

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA**

**FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI**



**Trabajo Terminal**

Para obtener el diploma de Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas

**PRESENTA:**

C. Diego Iván Mario Ricaño Enciso

**ASESOR DE TRABAJO TERMINAL**

Dr. Edgar García Duarte

**Caracterización de pacientes con intento suicida que acuden al servicio de  
Urgencias del Hospital General de Zona No. 30 Mexicali**

**Mexicali, Baja California, octubre 2024**

## **IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES**

### **Investigador Responsable y Temático**

Nombre: Dra. Carmen María Sañudo Ley

Adscripción: Profesora Titular del Curso de Residencia de la especialidad de Medicina de Urgencias

Matricula: 98023202

Lugar de trabajo: H.G.Z. No. 30 IMSS

Teléfono: 664-36-48-868

Correo electrónico: [carmen.sanudo@uabc.edu.mx](mailto:carmen.sanudo@uabc.edu.mx)

### **Asesor metodológico y estadístico:**

DSc. María Elena Haro Acosta

Lugar de trabajo: Docente en Universidad Autónoma de Baja California.

Facultad de Medicina Mexicali

Teléfono: 686-543-3759

Correo electrónico: [eharo@uabc.edu.mx](mailto:eharo@uabc.edu.mx)

### **Alumno Tesista**

Nombre: Diego Iván Mario Ricaño Enciso

Adscripción: Médico Residente de la especialidad de Medicina de Urgencias

Matricula: 99036154

Lugar de trabajo: Hospital General de Zona (HGZ) No. 30 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Teléfono:(55) 12442776

Correo electrónico: [diegoricano@gmail.com](mailto:diegoricano@gmail.com)

<b>INDICE</b>	<b>Pág.</b>
Identificación de los investigadores	2
Resumen	4
Marco Teórico	5
Antecedentes	9
Justificación	13
Planteamiento del problema	14
Objetivos	15
Material y métodos	16
• Diseño del estudio	16
• Población de Estudio	16
• Período de estudio	16
• Lugar de Realización	16
• Muestreo	16
• Criterios de selección	19
• Instrumento de medición	20
• Procedimiento	20
• Operacionalización de variables	22
• Análisis estadístico	24
Aspectos Éticos y de Bioseguridad	25
Resultados	26
Discusión	36
Conclusiones	38
Anexos	39
Referencias bibliográficas	42

## RESUMEN

### **Título: Caracterización de pacientes con intento suicida que acuden al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No. 30 Mexicali**

**Antecedentes:** El suicidio es un problema de salud pública mayor a nivel mundial, se estima que alrededor de 800 000 personas mueren por esta causa al año en el mundo, en México sucedieron 8 351 fallecimientos por lesiones autoinflingidas, representando una tasa de 6.5 personas por cada 100 mil habitantes, siendo la cuarta causa de muerte en personas de 15 a 29 años de edad. Existen características comunes que predisponen a la conducta suicida, la cual se presenta al interactuar con estímulos e influencias ambientales que generan el estrés requerido para originar la ideación suicida. El conocer las características que predisponen a la conducta suicida ayudará a generar herramientas de prevención.

**Objetivo:** Caracterizar a los pacientes con intento suicida que acuden al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No. 30 Mexicali. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, se analizaron los expedientes de pacientes que ingresaron al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No. 30 por intento, ideación o suicidio. Las variables estudiadas fueron: edad, género, comorbilidades, enfermedad psiquiátrica, suicidio, intento de suicidio, intento suicida abortado, ideación suicida, intención suicida, letalidad del comportamiento suicida, conductas autolesivas deliberadas, seguimiento por psiquiatría en consulta externa, método de intento suicida, severidad de intento suicida. Se utilizó estadística descriptiva mediante el programa estadístico SPSS v24. **Resultados:** Se analizaron 136 expedientes, no se registraron defunciones por suicidio, 55 intentos de suicidio, ocho intentos de suicidio abortados y 96 con ideación suicida, los pacientes presentaron de manera simultánea intento suicida, intento suicida abortado, ideación e intención suicida, fueron 105 mujeres y 30 hombres y un paciente transgénero, la edad de mayor incidencia fue de 20-29 años, el método más utilizado fue sobredosis de medicamentos, el más letal ahorcamiento. **Conclusiones:** Conocer las características de los pacientes que acuden por intención suicida ayudará a mejorar la atención y tratamiento de los mismos.

**PALABRAS CLAVE:** Suicidio, letalidad, ahorcamiento, autoinflingido.

## **MARCO TEÓRICO**

El suicidio es un problema de salud pública mayor a nivel mundial, pues se estima que alrededor de 800 000 personas mueren por esta causa al año, según datos de la OMS. Mundialmente es la causa número 18 de muertes al año a cualquier edad y es la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años de edad, ocurriendo a razón de una muerte por suicidio cada 40 segundos.<sup>1</sup>

### **Generalidades del intento suicida y el suicidio**

La palabra “suicidio” proviene etimológicamente del latín *sui*-que significa “sí mismo” y *caedere*- que significa “matar” o “cortar”.<sup>2</sup> Suicidio se define como la muerte producida por uno mismo con evidencia de intenciones de morir; el intento de suicidio es la conducta autolesiva sin consecuencias fatales con evidencia de intenciones de morir; el intento suicida abortado es un comportamiento potencialmente autolesivo con evidencia de intención de morir abortado antes de realizar el daño físico; la ideación suicida son pensamientos sobre fungir como agente causal de su misma muerte; intención suicida es la expectativa subjetiva y deseo de que un acto autodestructivo termine en la propia muerte; la letalidad del comportamiento suicida es la relación objetiva entre el método o acción suicida y el peligro de perder la vida.<sup>3</sup>

### **Epidemiología**

Por ser un tema sensible y por ser considerado aun un tabú en algunas sociedades, por involucrar al sistema judicial y por la complejidad y variabilidad de métodos utilizados para cometer intentos suicidas y suicidios, se considera que existe un registro poco fiable de los intentos y suicidios concretados, sin embargo, se sabe que los intentos suicidas y las conductas suicidas no fatales son un 10 a 20 veces más frecuentes que el suicidio.<sup>4</sup>

### **Factores de riesgo para el suicidio y comportamientos suicidas**

Estos problemas son comunes después de la pubertad, probablemente asociado a la instauración de trastornos de la personalidad, abuso de sustancias, problemas familiares y escolares, relaciones conflictivas, experiencias adversas durante la infancia temprana, desarrollo de factores neuróticos o impulsivos en la personalidad

y especialmente inmadurez cognitiva, falta de juicio y poco control de los impulsos, lo anterior asociado a cambios neurobiológicos y conductas riesgosas.<sup>5</sup>

A los factores anteriores se asocia el estrés como un elemento crítico en las teorías sobre el suicidio, las cuales incluyen experiencias de vida repentinas, dificultades en la vida crónicas y traumas psicológicos se asocian a ideación e intentos suicidas en adolescentes y adultos, pues la relación entre eventos de vida negativos y el suicidio es constante.<sup>6</sup>

Cabe destacar que existe una relación evidente entre contextos de desarrollo clave en la adolescencia temprana, como son la familia y la relación con pares, y la influencia a largo plazo en la vida de las personas y a participar en conductas suicidas posteriormente, el vivir malas experiencias durante la adolescencia temprana se asocia a mayor riesgo de cometer conductas suicidas.<sup>7</sup>

Las relaciones entre biomarcadores de estrés en pacientes con comportamientos suicidas se encuentran desreguladas. Modelos experimentales relacionan la susceptibilidad genética con fallas en el funcionamiento del eje hipotálmo-adrenopituitaria, responsable de la respuesta al estrés provocando liberación de cortisol e interacciones anómalas con el sistema de respuesta inflamatoria, los factores neurobiológicos requeridos relacionados al suicidio. Al relacionar esos factores, los pacientes cometen actos suicidas al encontrarse vulnerables incapaces de manejar el estrés, siendo la principal causa de conductas suicidas.<sup>8</sup>

En lo relativo a estudios genéticos que predispongan a conductas suicidas, se han encontrado que la transcriptómica del suicidio puede tener como objetivo interactuar con las moléculas receptoras KCNJ2, A2M, AGT, PMP2 y VEZF1,<sup>9</sup> así como estudios que demuestran la asociación entre suicidio y la presencia de IL-6 en sistema nervioso central y en suero y disminuido en plasma celular<sup>10</sup> y el estrés nitro-oxidativo como principal causa de comportamiento suicida ya que participa en la liberación de moléculas que pueden atravesar la membrana encefálica.<sup>11</sup>

### **Criterios diagnósticos para comportamiento suicida según el DSM-5**

En el DSM-5 incluye al “Trastorno de Comportamiento Suicida” en el apartado de “Afecciones que necesitan más estudio”. En la actualidad, el DSM-5 no considera al

suicidio en sus múltiples maneras de presentación, no considera a la ideación suicida como un trastorno individual. El trastorno de Comportamiento Suicida es definido con los siguientes criterios diagnósticos: <sup>12</sup>

### **Criterios propuestos**

A. El individuo ha realizado un intento de suicidio (secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, cuyo conjunto de acciones llevará a su propia muerte) en los últimos 2 años). El “momento de inicio” es cuando tuvo lugar un comportamiento en el que se aplicó el método de suicidio.

B. El acto no cumple criterios para la autolesión no suicida (no conlleva una autolesión para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado de ánimo positivo).

C. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida o a los actos preparatorios.

D. El acto no se inició durante un delirium o un estado de confusión y no se llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso.<sup>12</sup>

### **Diátesis del suicidio**

La palabra *diátesis* proviene del griego *διάθεσις*, significa debilidad, sensibilidad o predisposición, si bien se conocen diversos factores fisiológicos propios que pueden predisponer al suicidio, existe un modelo psicológico conocido como “diátesis-estrés” que puede explicar la interacción entre los factores genéticos y biológicos (los cuales constituyen la diátesis) y los estímulos e influencias ambientales que generan el estrés requerido para originar desórdenes mentales, en este caso la ideación suicida.<sup>13</sup>

El suicidio es multifactorial (factores culturales, sociales, psicológicos, biológicos y genéticos) involucrados en la gestación de la ideación y el intento suicida, siendo la parte genética de gran importancia, ya que la conducta suicida en cualquiera de sus formas es hereditaria de forma independiente, sin dejar de lado las interacciones multifactoriales ambientales e intrínsecas del individuo para valorar el riesgo de suicidio.<sup>14</sup>

El modelo “diátesis-estrés” de Mann *et al.*<sup>15</sup>, presupone que la presentación de las diversas formas en que se presenta la conducta suicida es el resultado de la interacción entre los diferentes factores causantes de estrés ambiental y la predisposición a dicha conducta, la comentada diátesis, gestando el modelo estrés-diátesis que puede ayudar a identificar a personas con riesgo suicida y así crear las intervenciones necesarias para evitar el suicidio.

Con lo expuesto previamente, el presente estudio intenta conocer las características comunes que predisponen (diátesis) el intento de suicidio.

## ANTECEDENTES

En Noruega Krvavac *et al.*<sup>16</sup>, caracterizaron a pacientes suicidas entre pacientes con intención suicida y pacientes con suicidio consumado, sin encontrar diferencias concretas entre edad, género, diagnósticos o número de intentos previos, sin embargo consideran que los pacientes con intento de suicidio típicamente son mujeres, aisladas socialmente, con historia de tratamiento psiquiátrico y métodos de suicidio menos letales, comparados con pacientes de suicidio concretado: hombres de mayor edad, que viven solos, con comorbilidades somáticas, y métodos de suicidio más letales, en seguimiento deficiente por personal médico en atención primaria.

Geith *et al.*<sup>17</sup>, analizaron la información de 1 090 pacientes del Departamento de Toxicología Clínica de un hospital en Alemania tratados por envenenamiento autoinflingido, considerando la relación entre parámetros sociodemográficos con la severidad de envenenamiento autoinflingido. Hubo diferencias significativas, asociando a hombres con mayor letalidad y a mayor edad en intento suicida vs en mujeres con menor letalidad y a padres de familia en intentos moderados y severos de intento suicida, con 6.9% que presentaron resultado severo o fatal del envenenamiento.

El estudio realizado en Estado Unidos de América, entre los años 2014-2017, incluyeron 183 pacientes veteranos de guerra. Los motivos que impulsaban su intención suicida fueron en el 78% de casos “para terminar con el dolor o con la forma en la que se sentían”, el 5% fue una combinación entre recibir atención de terceros, venganza, una reacción de terceros y para detener el dolor y un 2% lo intentaron para obtener atención, venganza o reacciones específicas de terceros.<sup>18</sup>

En Corea del Sur, Oyuntuya *et al.*<sup>19</sup>, asociaron el uso y adicción de dispositivos inteligentes móviles (Smartphone) y suicidio en adolescentes. Incluyeron 54 948 adolescentes, el 10.9% presentaron ideación suicida y el 2% intento suicida en el transcurso del año previo. Aquellos encuestados con potencial riesgo de presentar adicción al uso de Smartphone, contaron con mayor riesgo de presentar ideación

suicida y aquellos con alto riesgo de adicción tuvieron riesgo incrementado de intento suicida.

Otro estudio realizado en Corea del Sur, pues la población asiática cuenta con altas tasas de suicidio, Kim et al., analizaron la información de 9 529 adultos de 18 años participantes del “Korea National Health and Nutrition Examination Survey”. Se recabó información del estilo de vida y su relación con ideación, planeación e intento suicida durante un año, destacando la relación entre tabaquismo y suicidio en sus tres variables y en aquellos con depresión y alcoholismo intenso aumentó el riesgo de intento suicida, los que tenían dieta saludable contaron con menos riesgo de presentar conductas suicidas.<sup>20</sup>

En China, Li *et al.*<sup>21</sup>, analizaron 5 515 casos de intento suicida en población urbana y rural, con características sociodemográficas. El 35.6% vivían en áreas rurales y 64,4% en áreas urbanas, entre 15 a 34 años de edad 48.1% en zona rural y 59.1% en zona urbana, el método de intento suicida más utilizado la ingesta de pesticidas en zona rural (52.1%) y sobredosis por medicamentos en zona urbana (39.2%), analizaron la presencia de intentos suicidas según el mes, siendo mayor en mayo a julio en zona rural y marzo a mayo en zona urbana.

Wang *et al.*<sup>22</sup> comentan sobre la importancia de no limitar la investigación alrededor del suicidio solamente a las áreas de psicología o psiquiatría, sino incluir otras ramas como la genética, inmunología, neurociencias y bioquímica para prevenir y entender el suicidio. En el meta-análisis realizado sobre conducta suicida en Urgencias, refieren que las conductas suicidas se presentan diariamente en la sala de urgencias de cualquier hospital. Estimaron que a nivel mundial aproximadamente 483 por cada 100 000 de personas al año, cometen suicidio posterior a ser egresados del servicio de urgencias.

Durante el año 2021 en México, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), sucedieron 8 351 fallecimientos por lesiones autoinflingidas, representando una tasa de suicidio de 6.5 personas por cada 100 mil habitantes, siendo la cuarta causa de muerte en personas de 15 a 29 años de edad, representan 16.2 suicidios por cada 100 mil hombres en esas edades, siendo la tasa de suicidios

en mujeres de 2.4 por cada 100 mil habitantes. La tasa de suicidios en personas de 15 a 29 años aumentó de 8.1 muertes en 2015 a 10.4 por cada 100 mil personas en el año 2021. Los estados con mayores tasas de suicidio en personas de 15 a 29 años son: Chihuahua con 26.4, Yucatán 23.5 y Campeche 18.8 suicidios por cada 100 mil, las tasas más bajas pertenecen a Veracruz 4.2, Baja California 3.9 y Guerrero 1.4 por cada 100 mil personas.<sup>23</sup>

El estudio efectuado en la Ciudad de México para conocer las características de los pacientes con suicidio en adolescentes, definiendo los factores asociados, mediante una encuesta. Se interrogó a 26 503 estudiantes. La prevalencia de intento de suicidio fue de 6.8% y los factores que aumentaban el intento suicida fueron ser mujer, menor de 16 años, ambiente familiar desfavorable, mala comunicación con los padres, baja autoestima, problemas de comportamiento y aprendizaje, enfermedades mentales, antecedente de abuso sexual, uso de drogas, tabaquismo y consumo de alcohol.<sup>24</sup>

El estudio realizado por Nicolini *et al.*<sup>25</sup>, en el año 2019 en la Ciudad de México, observaron una incidencia mayor de suicidios en hombres (6.8 por cada 100 000 hombres) que en mujeres (1.7 por cada 100 000 mujeres), aunado a un incremento generalizado en las tasas de suicidio, siendo de 5.65 suicidios por cada 100 000 habitantes en comparación con los 4.1 por cada 100 000 habitantes del 2015.

Durante la etapa de pandemia, hubo afectación a la salud mental, influyendo también en la incidencia de suicidio. Durante los primeros nueve meses de pandemia se registró un aumento del 3% en los suicidios en México, con incremento significativo en los estados con mayor densidad de población, con mayor incidencia previa de suicidio y con medidas más severas de aislamiento, como la Ciudad de México o Guadalajara.<sup>26</sup>

Jiménez-Genchi *et al.*<sup>27</sup>, recabó la información demográfica y clínica de 439 pacientes internados en un hospital psiquiátrico por ideación e intento suicida. Las mujeres representaron el 62.9%, hombres 36.7 % y personas transgénero 0.5%, con edad entre 17 a 74 años, con mayor incidencia de casos entre los 18 y 25 años. El diagnóstico más común fue depresión y de ellos el 45.5% presentó intento

suicida, siendo el envenenamiento por medicamentos el método más utilizado, seguido por lesiones con objeto punzocortante.

Valdez *et al.*<sup>28</sup>, en el año 2020 realizaron un estudio en el Instituto Nacional de Salud Pública para evaluar las condiciones de vida de los adolescentes que tuvieron intentos de suicidio en México. Incluyeron a 37 adolescentes, 14 hombres y 22 mujeres, sus familias estaban en pobreza lo cual generaba problemas familiares que fueron el motivo de los intentos de suicidio.

Cabello *et al.*<sup>29</sup>, analizaron la información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía del año 2017, la pobreza registrada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, la expectativa de vida del Consejo Nacional de Población ambos del 2018, la incidencia de depresión de la Secretaría de Salud del 2018, los resultados demostraron que 10% de las muertes violentas fueron suicidios, entre la edad de 15 y 49 años 8.76 personas se suicidan por cada 100 000 habitantes, el 14% vive en pobreza y que mientras más extensa es la familia, la incidencia de suicidio se disminuye, con aumento de suicidio entre personas que viven solas.

## JUSTIFICACIÓN

El suicidio y, consecuentemente, la ideación suicida, son tan antiguos como la humanidad misma. Deben ser tratados de forma integral, como parte de la adecuada atención a la salud, pues somos seres compuestos por funciones biológicas, sociales y psicológicas, volviendo imperante considerar la salud mental como parte fundamental para el desarrollo integral de la persona. Es conocido que el suicidio es una de las causas de mortalidad de mayor preocupación a nivel mundial.<sup>3, 4</sup>

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), el suicidio es un problema de salud pública mayor a nivel mundial. <sup>1</sup> Es por ello que se estudiarán las características comunes en la diátesis del intento suicida en pacientes que acuden a urgencias en el hospital.

Existen modelos psicológicos para la atención de enfermedades mentales donde se proponen intervenciones basadas en la relación “diátesis- estrés”, donde se considera que existen características comunes que integran una predisposición biológica o genética a presentar enfermedades mentales o, en este caso particular, suicidio o intención suicida.<sup>10</sup>

Para generar las intervenciones adecuadas en la población derechohabiente en Mexicali, es obligación conocer cuáles son las características comunes de la población susceptible al suicidio y así concebir las intervenciones adecuadas para prevenir el suicidio en nuestra población, de esta forma intervenir de manera precoz y captar a pacientes con alto riesgo de concretar el suicidio.<sup>15-17</sup>

La presencia de pacientes con ideación o intento suicida en el servicio de Urgencias del Hospital General de Zona (HGZ) N° 30 es constante, conocer las características de la población que solicita atención médica por esas causas ayudará a generar las estrategias preventivas eficientes y evitar riesgos a la salud y vida de los pacientes con enfermedades mentales.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El suicidio es un problema epidemiológico que afecta al sistema de salud en todos los países, la OMS refiere que es la causa número 18 de muertes al año a cualquier edad y, de mayor preocupación, es la segunda causa de muerte en personas en edad productiva, a razón de una muerte por suicidio cada 40 segundos.<sup>1</sup>

Los pacientes con ideación e intento suicida son atendidos en los servicios de Urgencias de todas las instituciones de salud,<sup>9</sup> volviendo imperante el recabar información sobre los pacientes con ideación e intento suicida que acuden a Urgencias del HGZ N°30 del IMSS, para identificar de manera pronta a aquellos con altos riesgos de conductas autolesivas y así generar las estrategias preventivas adecuadas para fortalecer la atención a la salud mental brindada.

Por lo antes descrito es importante identificar las características clínicas que integran las características comunes en los pacientes con conducta suicida, previo a presentar estrés que pueda detonar la ideación o intentos suicidas, por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuáles son las características comunes del intento suicida en pacientes que acuden al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No. 30 Mexicali?**

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

- Determinar las características comunes del intento suicida en pacientes que acuden al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No. 30 Mexicali.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con intento de suicidio en el servicio de Urgencias del Hospital General de Zona N°. 30.
- Conocer el número de hospitalizaciones de pacientes con intento de suicidio.
- Cuantificar el porcentaje de los pacientes que fueron enviados al servicio de Psiquiatría posterior a su ingreso al servicio de Urgencias.
- Distinguir los meses del año con más ingresos al servicio de Urgencias.
- Identificar comorbilidades.
- Conocer los métodos de intento suicida.
- Mencionar la severidad de intento suicida.

## MATERIALES Y MÉTODOS

**Diseño del estudio:** Observacional, descriptivo y retrospectivo.

**Población de Estudio:** Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que acudieron al servicio de Urgencias Adultos entre los días primero del mes de marzo del año 2023 al primero de marzo del año 2024, se analizaron expedientes de pacientes derechohabientes del IMSS que ingresaron al servicio de urgencias del Hospital General de Zona (HGZ) No. 30 por intento suicida, ideación suicida o suicidio, fue en pacientes que permanecieron en el servicio de Urgencias Adultos o que requirieron hospitalización por presentar conducta suicida y que a su ingreso o durante su estancia se asignaron los diagnósticos con los códigos X60 al X84, F00 a F99 y Z55 a Z65.

**Periodo de estudio:** El mes de abril del 2024 se recabó la muestra de expedientes del mes de marzo 2023 a marzo 2024.

**Lugar de Realización:** HGZ No. 30 del IMSS.

**Muestreo:** No probabilístico, a conveniencia.

**Tamaño de Muestra:** No se calculó tamaño de muestra, ya que se incluyeron a todos los expedientes de los pacientes con diagnósticos con códigos CIE-10, que se encuentran relacionados con la conducta suicida:

-Del código X60 al X84 para lesiones autoinfligidas intencionalmente: X60 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos, X61 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte, X62 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos), no clasificados en otra parte, X63 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo, X64 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados, X65 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición al alcohol, X66 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores, X67

Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros gases y vapores, X68 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas, X69 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados, X70 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, X71 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión, X72 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta, X73 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga, X74 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, X75 Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo, X76 Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas, X77 Lesión autoinfligida intencionalmente por vapor de agua, vapores y objetos calientes, X78 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante, X79 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo, X80 Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado, X81 Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento, X82 Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor, X83 Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados, X84 Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados.

-Del código F00 al F99 para trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos: F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer, F01 Demencia vascular, F02 Demencia en otras enfermedades clasificadas, F03 Demencia sin especificar, F04 Síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otros psicotrópicos, F05 Delírium, no inducido por alcohol o por otros psicotrópicos, F06 Otros trastornos mentales debidos a daños neuronales, disfunciones y enfermedades físicas, F07 Trastornos de personalidad y comportamiento debido a enfermedades neuronales, daños y disfunciones, F08 Trastorno narcisista de la personalidad, F09 Trastornos mentales orgánicos o sintomáticos sin especificar, F10 Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de alcohol, F11 Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de opioides, F12 Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de cannabinoides,

F13 Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos, F14 Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de cocaína, F15 Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes, incluyendo la cafeína, F16 Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de alucinógenos, F17 Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de tabaco, F18 Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles, F19 Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas y otros psicotrópicos, F20 Esquizofrenia, F21 Trastorno esquizotípico, F22 Trastornos delirantes persistentes, F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios, F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas, F25 Trastornos esquizoafectivos, F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos, F29 Psicosis no orgánica sin especificar, F30 Episodio maníaco, F31 Trastorno bipolar, F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único, F33 Trastorno depresivo mayor, recurrente, F34 Trastornos persistentes del estado de ánimo [afectivos], F39 Trastorno del estado de ánimo [afectivo], no especificado, F40 Trastornos fóbicos de ansiedad, F41 Otros trastornos de ansiedad, F42 Trastorno obsesivo-compulsivo, F43 Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación, F44 Trastorno de conversión disociativo, F45 Trastorno somatomorfo, F48 Otras neurosis, F50 Trastornos de la conducta alimentaria, F51 Trastornos no orgánicos del sueño, F52 Disfunción sexual no orgánica, F53 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificado en otro lugar, F54 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar, F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia, F59 Trastorno del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación, F60 Trastorno de personalidad específico, F62 Cambios de personalidad duraderos, no atribuibles a enfermedades o daños cerebrales, F63 Trastornos impulsivos y de hábito, F64 Trastornos de identidad de género, F65 Trastornos de la preferencia sexual, F66 Trastornos psicológicos y de comportamiento asociados con el desarrollo y la orientación sexual, F68 Otros trastornos de la personalidad y el comportamiento en adultos, F69 Trastornos de la personalidad y el comportamiento en adultos sin

especificar, F70 Retraso mental leve, F71 Retraso mental moderado, F72 Retraso mental severo, F73 Retraso mental profundo, F78) Otros retrasos mentales, F79 Retrasos mentales sin especificar, F80 Trastornos específicos del lenguaje y del habla, F81 Trastornos de desarrollo específicos de habilidades académicas, F82 Trastornos de desarrollo específicos de funciones motoras, F83 Trastornos de desarrollo específicos mixtos, F84 Trastorno generalizado del desarrollo, F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico, F89 Trastornos del desarrollo psicológico sin especificar, F90 Trastornos hipercinéticos, F92 Trastornos mixtos de conducta y emociones, F93 Trastornos emocionales específicos en el comienzo de la niñez, F94 Trastornos de funciones sociales específicos del comienzo de la niñez y la adolescencia, F95 Tics, F98 Otros trastornos emocionales y de comportamiento iniciados normalmente en la niñez y en la adolescencia, F99 Trastorno mental no especificado en otra parte.

-Del código Z55 al Z65 personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales: Z55 Problemas relacionados con la educación y la alfabetización, Z56 Problemas relacionados con el empleo y el desempleo, Z57 Exposición a factores de riesgo ocupacional, Z58 Problemas relacionados con el ambiente físico, Z59 Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas, Z60 Problemas relacionados con el ambiente social, Z61 Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez, Z62 Otros problemas relacionados con la crianza del niño, Z63 Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares, Z64 Problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales, Z65 Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales.

### **Criterios de selección:**

#### **De Inclusión**

- Expedientes de pacientes con diagnósticos CIE-10 X60 al X84
- Expedientes de pacientes con diagnósticos CIE-10 F00 a F99 con nota de valoración por Psiquiatría debido a ideación o intento suicida.

- Expedientes de pacientes con diagnósticos CIE-10 Z55 a Z65 con nota de valoración por Psiquiatría debido a ideación o intento suicida.
- Mayores de 18 años.
- Independientemente del género.
- Con referencia de ideación o intento suicida en nota de ingreso o en nota de valoración por el servicio de Psiquiatría.

### **Criterios de Exclusión**

- Pacientes derivados de otro hospital sin información clínica.
- Pacientes sin referencia de ideación o intención suicida en nota de ingreso.

### **Criterios de Eliminación**

- Pacientes con expediente incompleto o ausencia de este.

### **Instrumentos de medición**

**Hoja de recolección de datos.** Se incluyeron las siguientes variables: Edad, sexo, comorbilidades, diagnósticos de (enfermedad psiquiátrica, suicidio, intento de suicidio, intento suicida abortado, ideación suicida, intención suicida), seguimiento por psiquiatría en consulta externa, método de intento suicida y mes del ingreso (Anexo 1).

### **Procedimiento**

Previa autorización por el Comité Local de Investigación en Salud, el Comité de Ética en Investigación y la Dirección de la Institución (Anexo 2), se realizó de la siguiente forma:

1. Se solicitó al Área de Información Médica y Archivo Clínico listado de los ingresos al servicio de Urgencias Médicas del HGZ No. 30 en el periodo del estudio, el listado contó con número de seguridad social y diagnósticos de ingreso, lo antes mencionado se realizó en instalaciones del HGZ No. 30.
2. El Área de Información Médica y Archivo Clínico entregó listado en Excel, por medio de memoria USB que será adquirida y entregada por médico tesista.

3. La información recibida se analizó en Excel, en laptop Lenovo propiedad del médico tesista.
4. Se analizaron los ingresos del primero de marzo del año 2023 al primero de marzo del año 2024, se extrajeron los Códigos X60 al X84, F00 a F99 y Z55 a Z65, se recolectó la información en Excel, el cual se transportó en una memoria USB, misma que fue resguardada en la oficina del Coordinador de Enseñanza e Investigación del HGZ No. 30.
5. Se identificó en los expedientes los diagnósticos de ingreso a Urgencias Adultos con los Códigos CIE-10: X60 al X84, F00 a F99 y Z55 a Z65, son los pacientes con ingreso potencialmente debido a conducta suicida, durante el periodo del estudio.
6. Al contar con los expedientes que cumplieron con los códigos de CIE-10 en el periodo de tiempo, se concentró la información en un documento de Excel y se analizaron los expedientes individualmente accedendo a la Plataforma de Hospitalización del Ecosistema Digital en Salud (PHEDS) del hospital donde se puede revisar el "Historial Médico".
7. Se ingresó a la Plataforma PHEDS en la unidad de enseñanza del hospital en las computadoras del "Área de Consulta y Lectura" para obtener los expedientes electrónicos según los códigos de CIE-10 X60 al X84, F00 a F99 y Z55 a Z65, pues son pacientes que ingresaron a hospitalización o tuvieron estancia en el servicio de Urgencias Adultos.
8. Se analizó nota de ingreso y notas de valoración por Psiquiatría para identificar pacientes con ideación, intento suicida o suicidio.
9. La información se captó desde los expedientes electrónicos a través de dicha plataforma digital. Se recabaron las variables anotadas en el Anexo 1 en hoja de Excel y después se analizaron los datos obtenidos mediante el programa estadístico SPSS v.24.

## Operacionalización de variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Indicador
Edad	Es el intervalo de tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento a la fecha actual.	Años cumplidos del paciente registrado en el expediente clínico	Cuantitativa Discreta	18 años y más
Género	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Grupo de personas que tienen un fenotipo en común registrado en el expediente clínico	Cualitativa Dicotómica	Masculino Femenino Otros
Comorbilidades	Enfermedad crónica que presenta un individuo.	Enfermedades crónicas que presenta el paciente desde hace tiempo, se recabara la información registrada en el expediente.	Cualitativa nominal	Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial Sistémica Enfermedad renal crónica Obesidad
Días de hospitalización	Días que permaneció el paciente hospitalizado	Duración de la estancia intrahospitalaria, ya sea en urgencias u hospitalización	Cuantitativa discreta	1 y más días
Mes	Mes del año en que el paciente ingreso a Urgencias Adultos	Mes en que el paciente busco atención médica por conducta suicida	Cualitativa ordinal	Enero a diciembre
Enfermedad psiquiátrica	Enfermedad mental según CIE-10	Enfermedades psiquiátricas que presenta el paciente desde hace tiempo, se recabara la información registrada en el expediente.	Cualitativa nominal	Esquizofrenia Ansiedad Depresión Trastorno bipolar
Suicidio	Muerte producida por uno mismo con evidencia, ya sea explícita o implícita	Muerte por lesión autoinflingida	Cualitativa Dicotómica	1.- Si 2.- No
Intento de suicidio	Conducta autolesiva sin consecuencias fatales acompañada por evidencia de intenciones de morir	Lesión autoinflingida sin muerte	Cualitativa Dicotómica	1.- Si 2.- No

Intento Suicida abortado	Comportamiento potencialmente autolesivo con evidencia de intenciones de morir, pero que fue abortado antes de realizar el daño físico	Planeación de suicidio sin lesión	Cualitativa Dicotómica	1.- Si 2.- No
Ideación suicida	Pensamientos sobre fungir como el agente causal de su misma muerte	Pensamiento de suicidio	Cualitativa Dicotómica	1.- Si 2.- No
Intención Suicida	Expectativa subjetiva y deseo de que un acto autodestructivo termine en la propia muerte	Deseo de suicidio	Cualitativa Dicotómica	1.- Si 2.- No
Conductas Autolesivas deliberadas	Actos dolorosos, destructivos y lesivos autoinflingidos sin la intención de fallecer	Conductas de riesgo	Cualitativa nominal Dicotómica	1.- Si 2.- No
Seguimiento por Psiquiatría en consulta externa	Pacientes que ya cuentan con valoraciones previas y consultas por Psiquiatría	Paciente población del servicio de Psiquiatría	Cuantitativa Dicotómica	1.- Presente 2.- Ausente
Método de intento suicida	El medio por el cual el paciente atentó contra su persona	Método de intento suicida	Cualitativa nominal	1.- Medicamentos 2.- Otro tipo de químicos 3.- Fuerza física 4.- Arma punzante o punzocortante 5.- Arma de fuego 6.- Ahorcamiento 7.- Inmolación
Severidad de intento suicida	Afección a órgano o sistema por método suicida, discapacidad y días de estancia hospitalaria	Severidad	Cualitativa discreta	1.- Discapacidad 2.- Daño a órgano o sistema 3.- Días de estancia hospitalaria

### **Análisis estadístico**

Una vez identificada la información de los pacientes con ideación suicida, intención suicida y suicidio, se clasificó a los pacientes según sus características sociodemográficas y comorbilidades para determinar su frecuencia expresada en porcentaje. Las características clínicas se expresaron en porcentaje y se mostraron en tablas y gráficos. Se utilizó el programa estadístico SPSS v. 24.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

El propósito del estudio fue conocer las características sociodemográficas que integran la diátesis de ideación suicida en derechohabientes atendidos en el HGZ N° 30 IMSS. De acuerdo a los lineamientos aceptados en materia de investigación y temas éticos aceptados y considerados en normas mexicanas, internacionales y, sobre todo, en lo establecido en la declaración de Helsinki; también incluyendo lineamientos referentes a investigación y ética establecidos en las normas, instructivos institucionales y el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su título segundo, sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo I, disposiciones comunes y artículo 16 se procedió a proteger la privacidad del individuo. Se solicitó y se contó con la autorización por el Comité Local de Investigación y de las autoridades directivas del hospital.

De acuerdo al Reglamento General de Salud en Materia de Investigación todo estudio debe contar con firma de consentimiento informado, siendo el Comité de Ética en Investigación el único facultado para conceder una dispensa del mismo, se solicitó y otorgó dicha dispensa por escrito del comité (Anexo 3).

Con base en el Capítulo I artículo 17, el riesgo de la investigación corresponde a una investigación sin riesgo debido a que es un estudio retrospectivo.

### **Beneficios de la investigación**

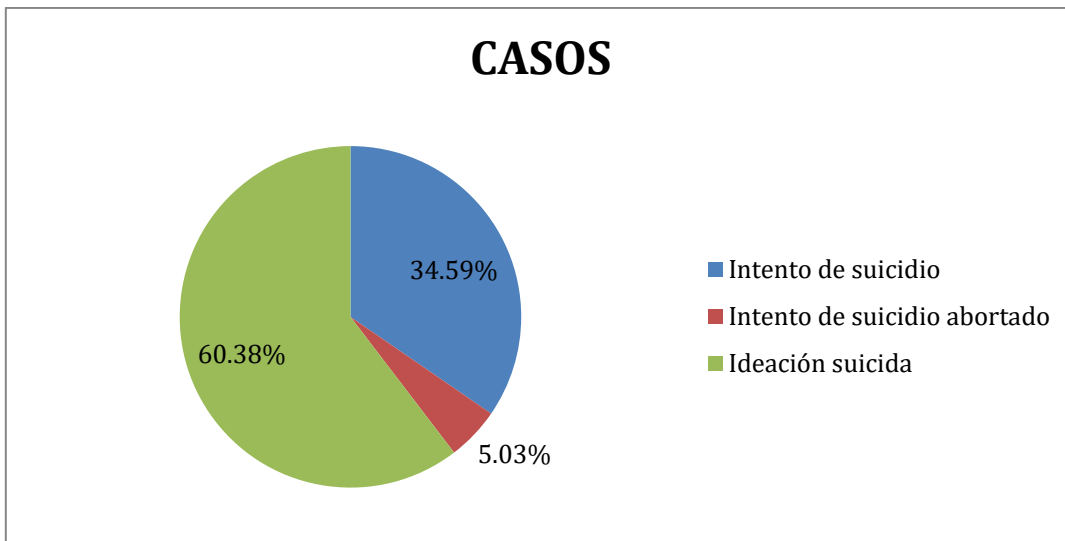
Será para la institución, lo que permitirá conocer las características de los pacientes que predisponen al intento de suicidio atendidos en el servicio de urgencias. Lo cual ayudará a implementar estrategias de mejora en dicha población para evitar estos problemas.

### **Aspectos de Bioseguridad**

Al ser un estudio donde se analizarán expedientes electrónicos, no se trata con residuos peligrosos biológico-infecciosos. El presente estudio no amerita medidas específicas que transgredan situaciones de bioseguridad.

## RESULTADOS

En total se revisaron 136 expedientes, no se registraron defunciones por suicidio, fueron atendidos 55 intentos de suicidio, ocho intentos de suicidio abortados y 96 con ideación suicida, los pacientes presentaron de manera simultánea intento suicida, intento suicida abortado, ideación e intención suicida. (Grafico 1)

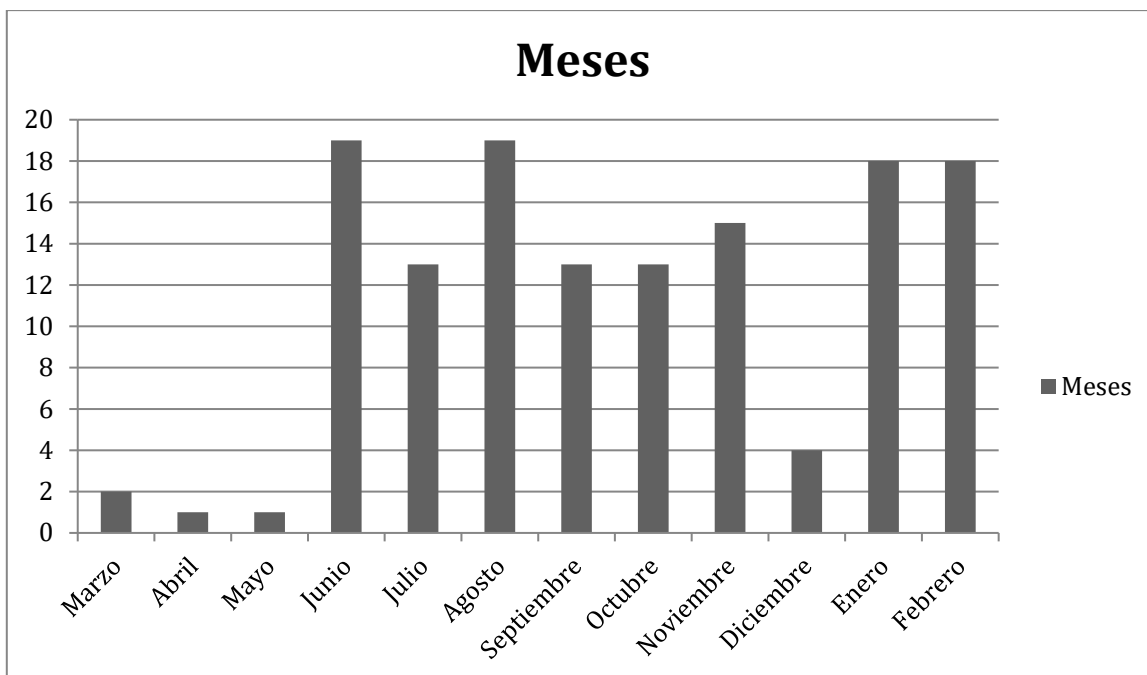


**Gráfico 1: Porcentaje de casos según motivo de atención**

### Casos por mes y por clave CIE-10

Con respecto al mes de atención médica se registraron más casos en los meses de junio y agosto (19 casos) respectivamente; seguidos de los meses de enero y febrero con 18 casos. (Tabla 1).

**Tabla 1: Casos mensuales tratados por ideación o intento suicida**

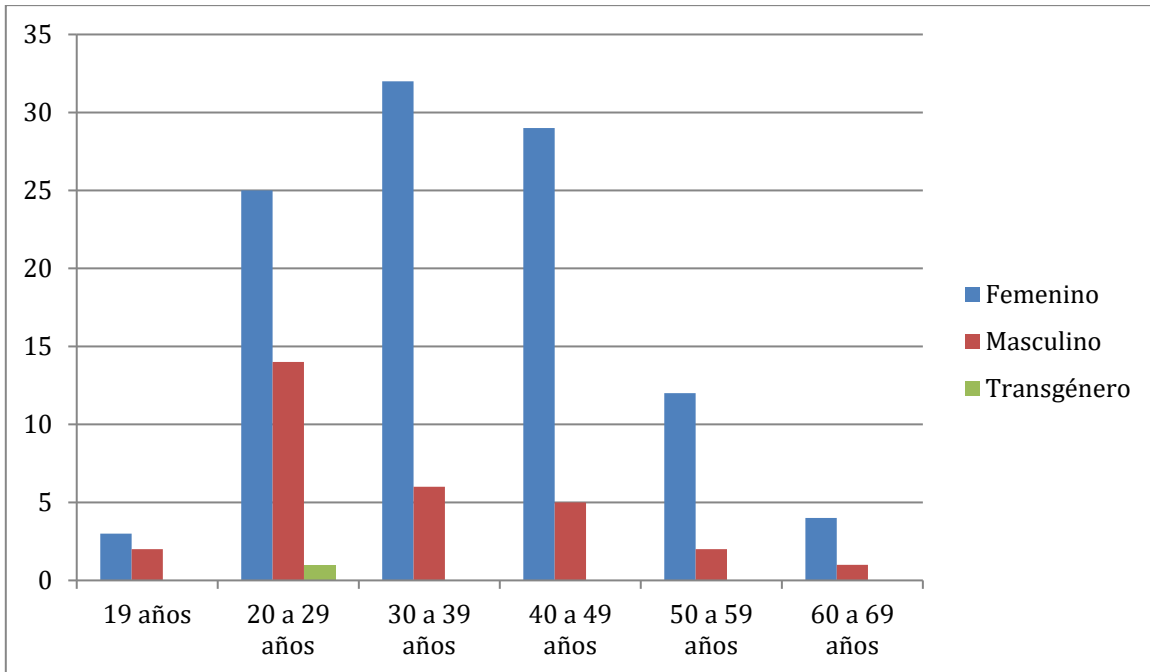


Por diagnóstico registrado del CIE-10 se cuantificaron uno de las claves F130, F233, F313, F319, F322, F323, F328, F331, F332, F333, F339, F411, F603, F89X, X609, X641, X649, Z719; dos del F064, F209, F29X, F413, F422, F55X, X780, cuatro con F329, cinco F419, seis Z915 y 87 con F412, siendo este último el de mayor incidencia. Cabe señal que se incluyeron dos diagnósticos Y578 (efectos adversos de otras drogas y medicamentos) por tratarse de intentos de suicidio con medicamentos, pues a su ingreso se utilizó la clave ya mencionada pues se consideró sobredosis de los mismos.

### **Edad y género**

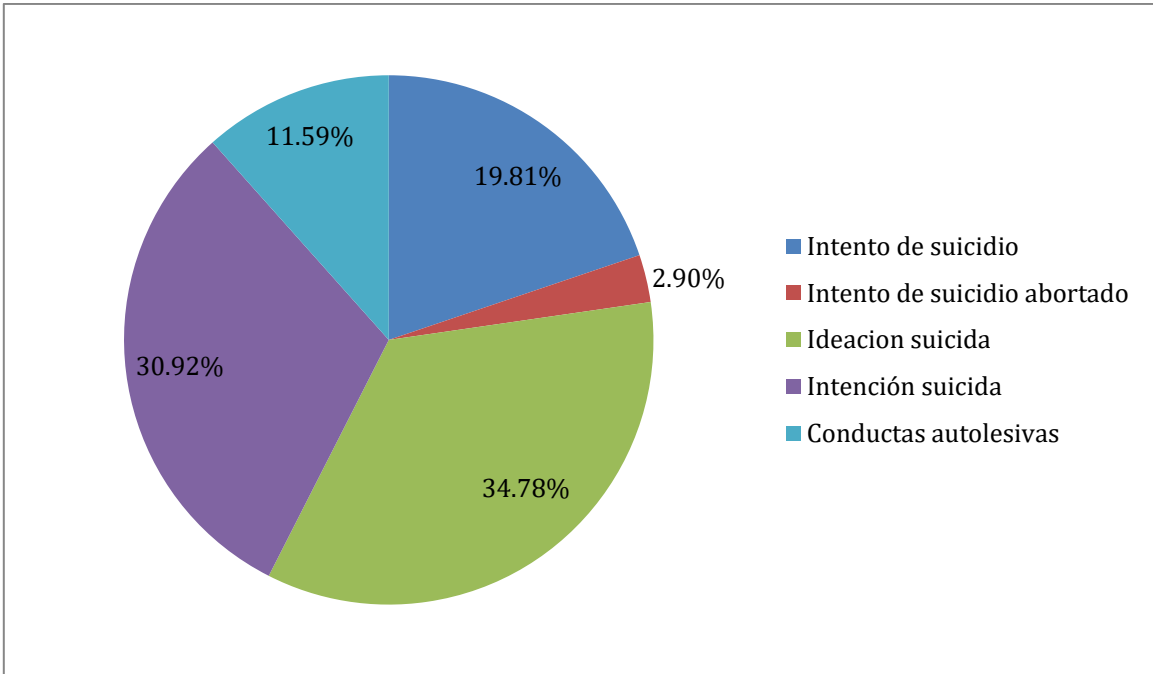
Del global, se obtuvieron 105 registros del género femenino, 30 del masculino y un paciente transgénero. Sobre la edad, predominaron los grupos de edad de 30-39 años y 40-49 años y el género femenino en ambos grupos. (Tabla 2).

**Tabla 2: Frecuencia de la población según por grupos de edad y género**

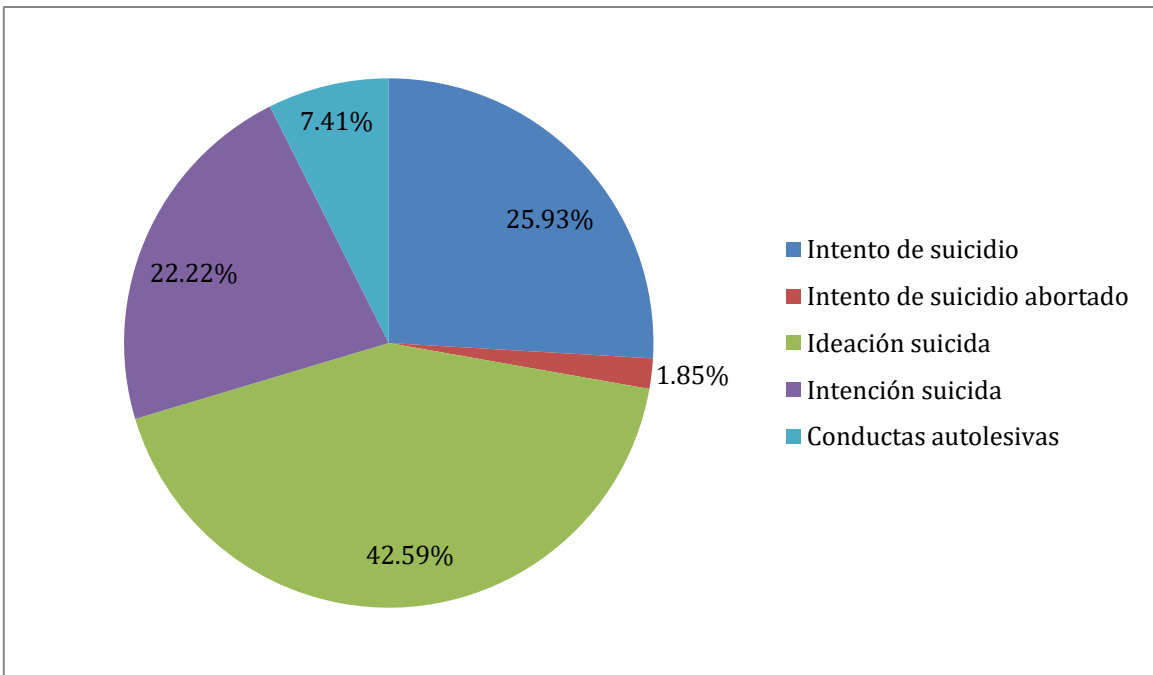


Al comparar entre géneros, en el femenino, se registraron 41 intentos de suicidio, seis intentos de suicidio abortados, 72 con ideación suicida, 64 con intención suicida y veinticuatro con conductas autolesivas. (Gráfico 2).

En cuanto al grupo de género masculino se obtuvieron catorce intentos de suicidio, un intento de suicidio abortado, veintitrés con ideación suicida, doce con intención suicida y cuatro con conductas autolesivas (Gráfico 3). El paciente transgénero recibió atención por ideación e intención suicida y conductas autolesivas.



**Gráfico 2. Porcentaje de variables de suicidio en el género femenino**



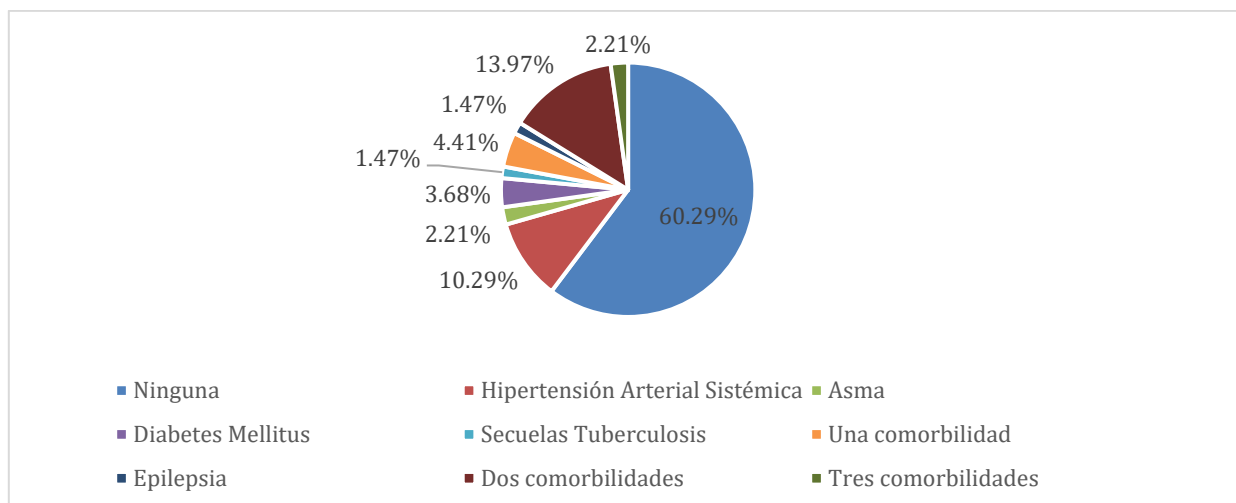
**Gráfico 3. Porcentaje de variables de suicidio en el género masculino**

## Comorbilidades

En materia de las comorbilidades, siendo estas enfermedades crónico-degenerativa, predominaron: 82 pacientes (69.29%) no tuvieron comorbilidades, catorce (13.7%) tuvieron hipertensión arterial sistémica (HAS), seguida de cinco (10.29%) con diabetes mellitus (DM).

Diecinueve pacientes tuvieron dos comorbilidades, siendo la más frecuente DM y HAS (9 casos), HTA e infección por VIH y HAS e hipotiroidismo (2 casos) respectivamente. Un caso con: tuberculosis e infección por VIH, fibromialgia con hipotiroidismo, DM más hipertiroidismo, HAS más enfermedad renal crónica, epilepsia más retraso psicomotriz no especificado y portador de DM y asma.

Para concluir, dos pacientes reportaron tres comorbilidades, el primero con epilepsia, HAS y prediabetes; el segundo con DM, cardiopatía isquémica e hipertiroidismo. Durante el año de estudio se valoró a una paciente con embarazo de 9.5 semanas de gestación, misma que también notificó anemia y rinitis alérgica. (Gráfica 4).

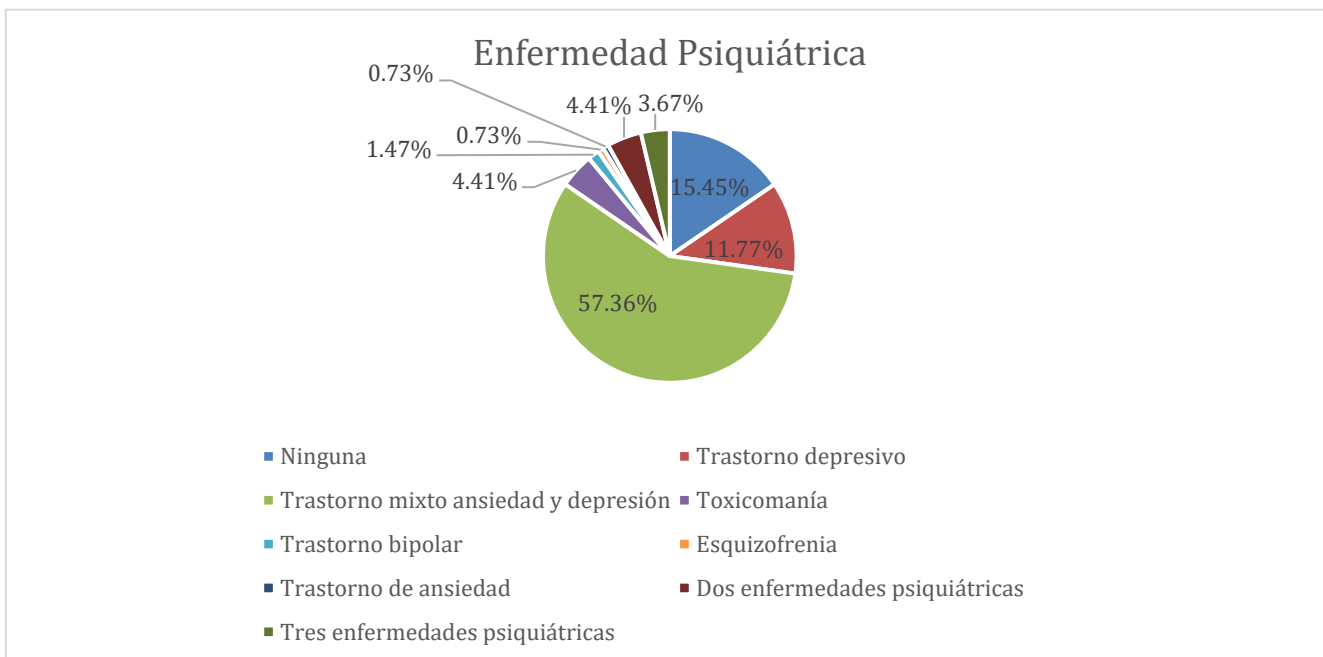


**Gráfico 4. Frecuencia de comorbilidades de la población de estudio**

Respecto a enfermedades psiquiátricas, se asentaron 21 casos sin enfermedad psiquiátrica previa, 78 ya conocidos con trastorno mixto de ansiedad y depresión,

dieciséis con trastorno depresivo, seis reportaron toxicomanía a cannabis o cristal, dos con trastorno bipolar, uno con esquizofrenia y otro con trastorno de ansiedad. Seis pacientes se registraron con dos enfermedades psiquiátricas de la siguiente manera: dos con trastorno depresivo recurrente y trastorno mixto de ansiedad y depresión, alcoholismo más trastorno mixto de ansiedad y depresión, bipolaridad más trastorno mixto de ansiedad y depresión, trastorno esquizoafectivo más ansiedad y depresión y trastorno depresivo recurrente más toxicomanías (anfetaminas y cannabis).

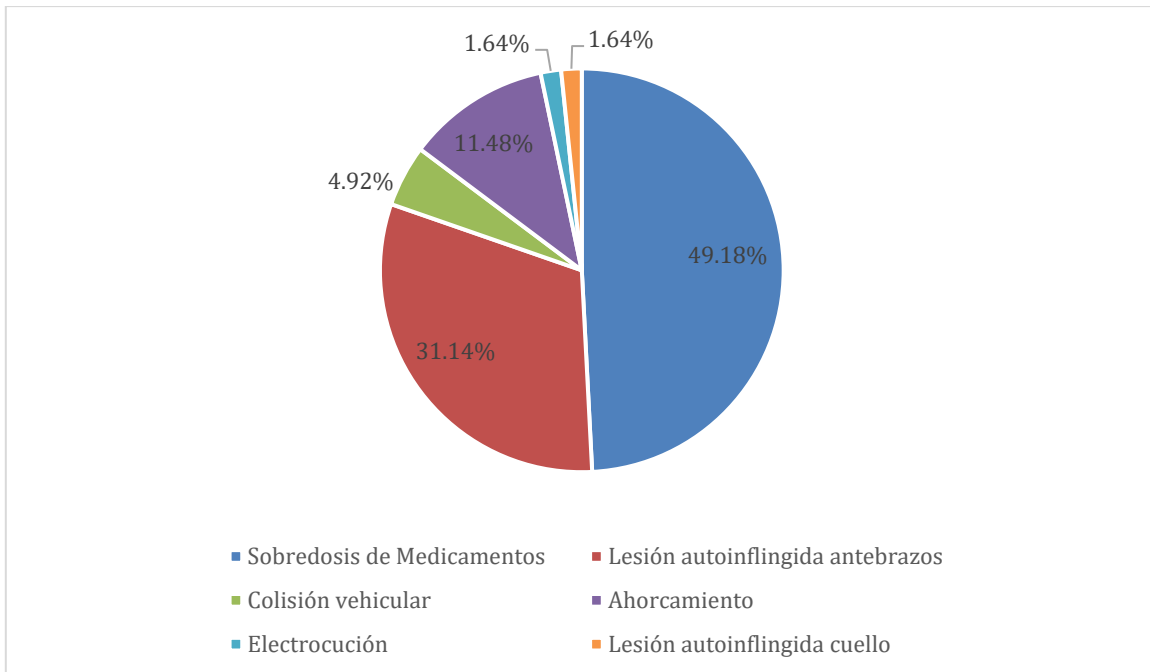
Se recopilaron cinco pacientes con tres enfermedades psiquiátricas, el primero presentó esquizofrenia, trastorno de ideas delirantes y trastorno de personalidad antisocial; el segundo esquizofrenia, trastorno depresivo y toxicomanía dependiente de metanfetaminas, el tercero trastorno mixto de ansiedad y depresión, distimia y trastorno de personalidad emocionalmente inestable, el cuarto trastorno mixto de ansiedad y depresión, trastorno depresivo y trastorno límite de la personalidad y el quinto y último trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno límite de la personalidad y trastorno mixto de ansiedad y depresión. (Gráfico 5)



**Gráfico 5. Presencia de enfermedad psiquiátrica en pacientes atendidos por ideación o intento suicida**

### Método y severidad del intento suicida

En cuanto al método de suicidio elegido, ya sea en intento de suicidio o intento de suicidio abortado, se registraron tres por colisión vehicular, siete por ahorcamiento, uno por electrocución, 19 por lesiones autoinflingidas en antebrazos con objeto punzocortante, 30 por sobredosis de medicamentos y uno por lesiones autoinflingidas en cuello. (Gráfico 6).

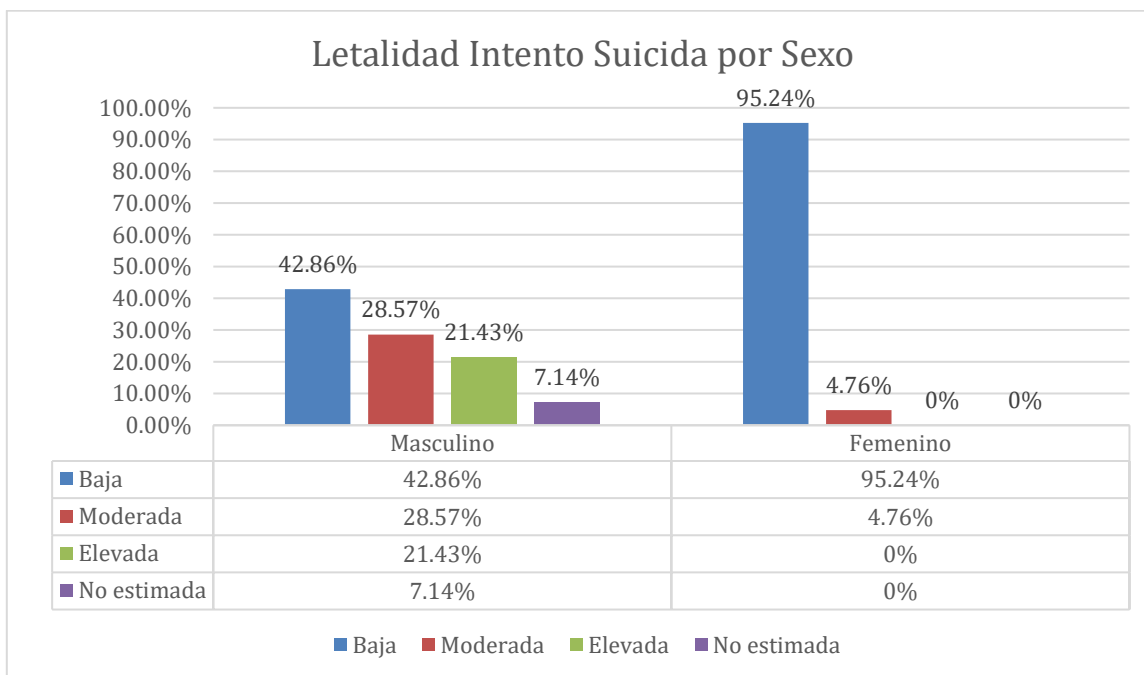


**Gráfico 6. Método de intento suicida**

Sobre la letalidad del intento suicida, se consideró a 46 de baja letalidad, seis de moderada y tres de letalidad elevada, de estos últimos en su totalidad del género masculino; el resto de este género se completó con seis de letalidad baja y cuatro de letalidad moderada, un caso no se pudo estimar letalidad pues paciente se retiró previo a valoración por Psiquiatría. En el género femenino se presentaron 40 casos

de baja letalidad y dos de letalidad moderada, sin casos de letalidad elevada. (Tabla 3)

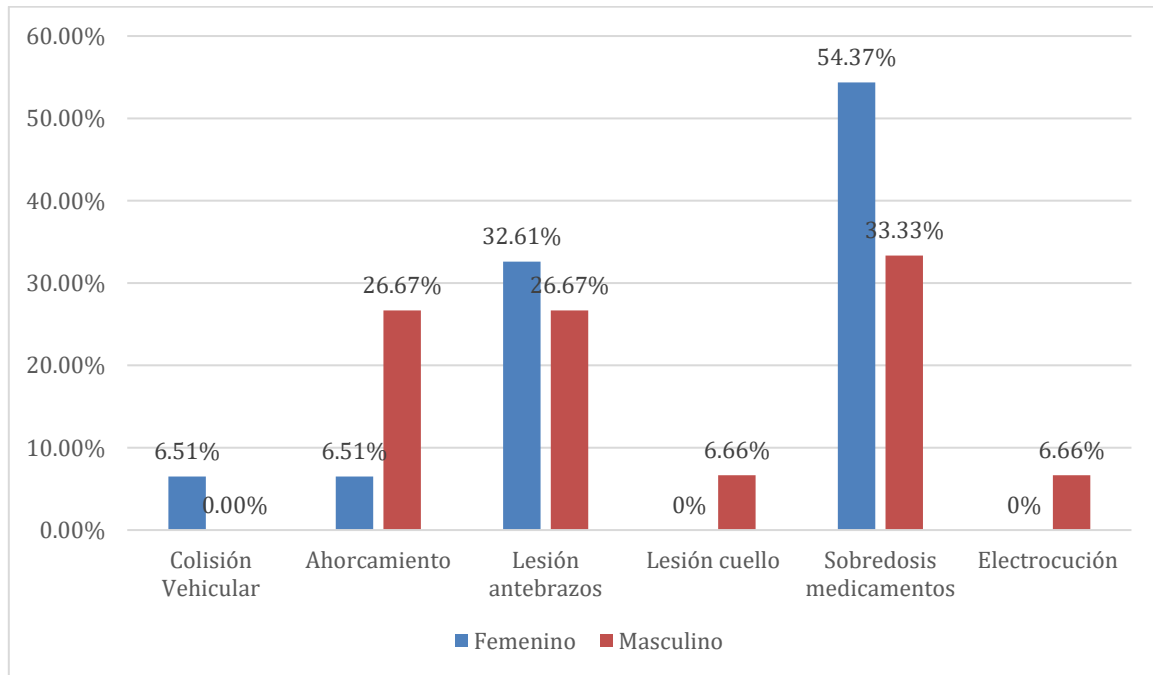
**Tabla 3 Letalidad de intento suicida en porcentaje por género**



Por método de intento suicida o intento suicida abortado según género, los pacientes femeninos optaron en tres ocasiones por colisión vehicular, tres ahorcamientos, 15 por lesiones punzocortantes en antebrazos y 25 por sobredosis de medicamentos. Del género masculino se documentaron cuatro por ahorcamiento, uno por electrocución, cinco por sobredosis de medicamentos y

cuatro por lesión autoinflingida en antebrazos y uno lesión autoinflingida en cuello. (Tabla 4).

**Tabla 4. Método de intento suicida por género**

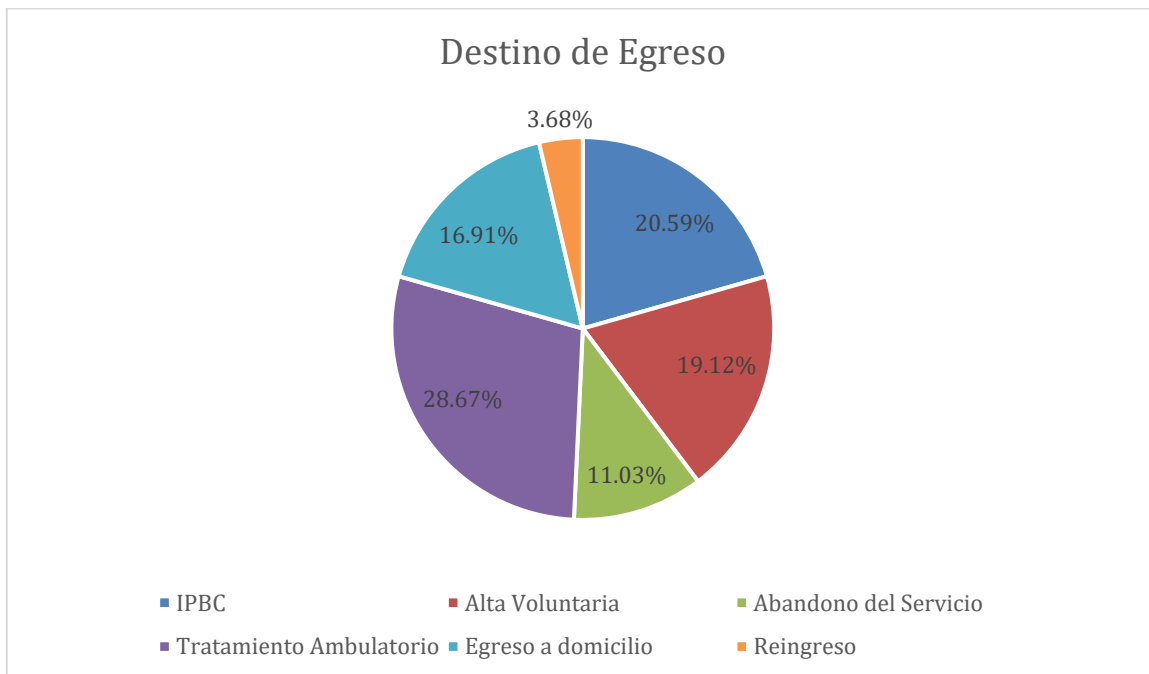


### Hospitalización y seguimiento por consulta externa

Estimado en días, el tiempo total de estancia hospitalaria, ya sea en Urgencias o en Hospitalización, fue de 311 días. La estancia más prolongada fue de 16 días para un único caso y, en contraparte, 77 pacientes cursaron solo un día en el servicio de Urgencias Adultos, seis pacientes solo permanecieron algunas horas o no permitieron continuar con la valoración por Psiquiatría por fuga del servicio, 17 cumplieron dos días, ocho con tres y cuatro días, cuatro con cinco días, seis con seis días, tres pacientes con siete, cuatro con ocho días, uno con nueve y uno con 10 días.

Sobre el destino hospitalario, 28 pacientes fueron referidos al Instituto de Psiquiatría de Baja California para continuar vigilancia y tratamiento, 26 solicitaron alta voluntaria en el servicio de Urgencias Adultos, 15 optaron por abandonar el servicio,

a 39 pacientes se les inició tratamiento ambulatorio por parte de Psiquiatría desde Urgencias, 23 egresaron de hospitalización a su domicilio por mejoría y con tratamiento ambulatorio. Casos particulares fueron cinco expedientes donde se registra nota de abandono de la unidad y en menos de veinticuatro horas el paciente reingresó para completar protocolo de estudio, de estos cinco, tres egresaron de hospitalización por mejoría y a dos se les inició tratamiento ambulatorio desde Urgencias. (Gráfico 7).



**Gráfico 7. Destino de egreso de los pacientes**

Con respecto al seguimiento por Psiquiatría en consulta externa, del total de casos, 75 pacientes no cuentan con seguimiento previo o posterior a su ingreso a Urgencias y el resto, 61 derechohabientes, sí acudieron a valoración en consulta externa.

## DISCUSIÓN

Se registraron, en total 136 expedientes de pacientes que ingresaron al servicio de Urgencias Adultos por intento o ideación suicida, las variables analizadas inicialmente (suicidio, intento de suicidio, intento de suicidio abortado, ideación suicida e intención suicida) no se presentaron de manera única, a menudo los pacientes presentaron más de una a su ingreso.

Por diagnóstico, el más frecuente fue trastorno mixto de ansiedad y depresión, también hubo presencia de trastorno depresivo, misma situación que se presentó en estudios anteriores.<sup>20,27</sup> Por mes de frecuencia, no se encontró relación con los meses de mayor incidencia en estudios previos,<sup>21</sup> pues se registraron más ingresos por ideación e intento suicida los meses de junio y agosto.

Según el género de los pacientes estudiados, se replica la mayor presencia de casos de intento e ideación suicida en las mujeres, similar a lo reportado en otros estudios,<sup>16,24,27</sup> sin embargo, el estudio de Nicoli *et al*,<sup>25</sup> comenta mayor frecuencia en los hombres, en el presente estudio no se registraron caso de suicidios concretados.

Por edad, el grupo de mayor porcentaje de casos fue de los 20 a 29 años en los hombres y de los 30 a 39 años en las mujeres, información no concordante con lo analizado por Geith *et al*,<sup>17</sup> donde el intento e ideación suicida fue más frecuente en los hombres de mayor edad. Respecto a la información recaba en México, solo el género femenino coincide con lo reportado por INEGI el 2021,<sup>23</sup> con respecto a los rangos de edad y suicidio.

En cuanto a la letalidad del intento suicida, los casos de letalidad elevada, que ameritaron más días de estancia hospitalaria y uno de ellos intubación mecánica invasiva, fueron los hombres, dos por ahorcamiento y uno más por lesiones autoinflingidas en cuello por el riesgo potencial de lesiones en vasos sanguíneos del cuello; coincidiendo con varios estudios.<sup>16,17</sup>

El método de intento suicida más comúnmente utilizado fue la sobredosis con medicamentos, información similar obtenida por Li *et al*,<sup>21</sup> pues en población urbana se observó la sobredosis de medicamentos como el principal método de suicidio.

Cabe señalar que el método suicida que presentó mayor letalidad fue el ahorcamiento realizado por hombres y que ningún paciente con intento de suicidio por sobredosis de medicamentos presentó letalidad elevada.

Respecto a las comorbilidades, la más común fue HAS, durante el análisis de expedientes no se documentó que algún paciente tuviera ideación o intento suicida asociado a comorbilidades, a señalar que se recabo información de población general, en el estudio realizado en veteranos de guerra en Estados Unidos,<sup>18</sup> el 78% de casos se asoció a enfermedades que causan dolor, lo anterior no se presentó en los casos registrados.

Wang *et al*,<sup>22</sup> estimaron que 483 personas por cada 100 000, al año, cometen suicidio posterior a ser egresados del servicio de Urgencias, la información obtenida demostró que el 44.85% de los pacientes atendidos en el hospital sede, no acudieron a valoración por Psiquiatría posterior a su egreso, también destaca que el 30.15% de pacientes no concluyeron su atención médica inicial pues se fugaron del servicio o solicitaron alta voluntaria, con el riesgo de reingresar por misma sintomatología o con intentos de suicidio de mayor letalidad.

## CONCLUSIONES

En la presente caracterización de pacientes que acudieron al hospital sede, se recabaron 136 expedientes que empatan con la información ya conocida con antelación, a excepción de la edad en las mujeres. En lo demás, la información es compatible con lo ya conocido: mayor frecuencia y menor letalidad en las mujeres y menor frecuencia y mayor letalidad en los hombres.

En cuanto a los objetivos planteados inicialmente, se logró cuantificar la edad, género, comorbilidades, enfermedades psiquiátricas, destino hospitalario, método de intento suicida y letalidad del mismo.

Es fundamental mejorar las condiciones en las cuales se reciben a los pacientes en los servicios de Urgencias Adultos pues de ello depende el apego al tratamiento y a las indicaciones por parte de Psiquiatría, se presentó alta incidencia de fugas y altas voluntarias del servicio por incomodidad en las áreas de espera.


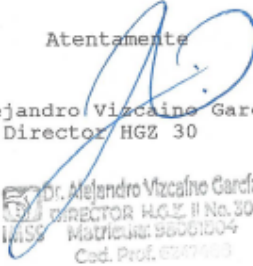
Los pacientes que acuden por intención e ideación suicida son un grupo heterogéneo, con múltiples características personalísimas que motivan la ideación o intención suicida, el lograr caracterizar la presencia de las causas que las provocan, ayudará a generar mejores formas de contención, tratamiento y seguimiento para los pacientes que padecen ideación o intento suicida. Dar continuidad a estudios como éste, mejorará la atención y prevención del suicidio, mismo que ha aumentado en los últimos años.

## ANEXOS


### Anexo 1. Hoja de recolección de datos

Edad	18 años y más
Sexo	Masculino Femenino
Comorbilidades	Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial Sistémica Enfermedad renal crónica Obesidad
Días de hospitalización	Un día, dos días, tres días (anotar número de días)
Mes de hospitalización	Enero a diciembre
Enfermedad psiquiátrica	Esquizofrenia Ansiedad Depresión Trastorno bipolar
Suicidio	1.- Si 2.- No
Intento de suicidio	1.- Si 2.- No
Intento Suicida abortado	1.- Si 2.- No
Ideación suicida	1.- Si 2.- No
Intención Suicida	1.- Si 2.- No
Conductas Autolesivas deliberadas	1.- Si 2.- No
Seguimiento por Psiquiatría en consulta externa	1.- Presente 2.- No presente
Método de intento suicida	1.- Medicamentos 2.- Otro tipo de químicos 3.- Fuerza física 4.- Arma punzante o punzocortante 5.- Arma de fuego 6.- Ahorcamiento 7.- Inmolación
Severidad de intento suicida	1.- Discapacidad 2.- Daño a órgano o sistema 3.- Días de estancia hospitalaria

## Anexo 2. Carta de Anuencia del Director

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL	<b>Carta de no inconveniencia</b>
<b>HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 30</b>		
Fecha: 31 de enero del 2024		
Comité Local de Investigación en Salud Comité de Ética en Investigación Presente		
<p>En mi carácter de Director (a) General del <b>Hospital General de Zona no. 30</b>, declaro que no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en esta Unidad, el protocolo de investigación con título "<b>Caracterización de pacientes con intento suicida que acuden al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona no. 30</b>" que será realizado por <b>Diego Ivan Mario Ricaño Enciso</b>, como Investigador(a) Responsable la <b>Dra. Carmen María Sañudo Ley</b>, en caso de que sea aprobado por ambos Comités de Evaluación.</p> <p>A su vez, hago mención de que esta Unidad cuenta con la infraestructura necesaria, recursos financieros y personal capacitado para atender cualquier evento adverso que se presente durante la realización del protocolo autorizado.</p> <p>Sin otro particular, reciba con el presente un saludo cordial.</p>		
Atentamente		
Dr. Alejandro Vizcaino García Director HGZ 30		
 Dr. Alejandro Vizcaino García DIRECTOR HGZ II No.30 IMSS MATICUM: 86061004 Ced. Prof. 6287403		

### ANEXO 3. Carta Excepción al consentimiento informado

 **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**Excepción a la carta de consentimiento informado**

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 30

Fecha: 31 de enero del 2024

**SOLICITUD AL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACION  
EXCEPCIÓN DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicito al Comité de Ética en Investigación que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación "Caracterización de pacientes con intento suicida que acuden al servicio de urgencias del Hospital General de Zona no. 30" es una propuesta de investigación sin riesgo que implica la recolección de los siguientes datos ya contenidos en los expedientes clínicos:

A) Sexo	J) Ideación Suicida
B) Edad	K) Intención Suicida
C) Comorbilidades	L) Conductas autolesionadas deliberadas
D) Días de Hospitalización	M) Seguimiento por psiquiatría en consulta externa
E) Mes	N) Método de intento suicida
F) Enfermedad Psiquiátrica	O) Severidad del intento suicida
G) Suicidio	
H) Intentó de suicidio	
I) Intentó suicida abortado	


**MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS**

En apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en el expediente clínico y/o base de datos disponible, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo.

La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo antes mencionado, cuyo propósito es producto comprometido (tesis, artículo, cartel, presentación, etc.)

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud vigentes y aplicables.

Atentamente:



Nombre y firma: Carmen María Saucedo Ley  
Categoría contractual: Médico No Familiar  
Investigador(a) Responsable

Excepción a la carta de consentimiento informado

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sher L, Oquendo MA. Suicide: An Overview for Clinicians. *Med Clin North Am.* 2023;107(1):119-130.
2. Naguy A, Elbadry H, Salem H. Suicide: A Précis! *J Family Med Prim Care.* 2020;9(8):4009-4015.
3. OCarroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 1996;26(3):237-52.
4. Bilsen J. Suicide and Youth: Risk Factors. *Front Psychiatry.* 2018; 9:540.
5. McLoughlin A, Sadath A, McMahon E, Kavalidou K, Malone K. Associations between humiliation, shame, self-harm and suicidal behaviours among adolescents and young adults: A systematic review protocol. *PLoS One.* 2022;17(11): e0278122.
6. Stewart JG, Shields GS, Esposito EC, Cosby EA, Allen NB, Slavich GM, et al. Life Stress and Suicide in Adolescents. *J Abnorm Child Psychol.* 2019; 47(10):1707-1722.
7. Kasen S, Chen H. Social context and change in suicide ideation in a community sample of youths. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2020; 55(3):319-327.
8. Thomas N, Armstrong CW, Hudaib AR, Kulkarni J, Gurvich C. A network meta-analysis of stress mediators in suicide behaviour. *Front Neuroendocrinol.* 2021;63: 100946
9. Piras IS, Huentelman MJ, Pinna F, Paribello P, Solmi M, Murru A, et al. A review and meta-analysis of gene expression profiles in suicide. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2022; 56:39-49.
10. González TB, Tovilla CA, López ML, Genis AD, Juárez IE. Interleukin-6 levels in serum, plasma, and cerebral spinal fluid in individuals with suicide behavior: Systematic Review and Meta-Analysis with Meta-Regression. *J Interferon Cytokine Res.* 2021; 41(7):258-267.
11. Vasupanrajit A, Jirakran K, Tunvirachaisakul C, Maes M. Suicide attempts are associated with activated immune-inflammatory, nitro-oxidative, and

- neurotoxic pathways: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021; 295:80-92.
12. American Psychiatric Association. *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.DSM-5®. Edición: 5ª. Editorial Médica Panamericana.* 2014.
  13. Campillo C, Fajardo G. Prevención del suicidio y la conducta suicida. *Gac Méd Méx.* 2021; 157(5): 564-569. <https://doi.org/10.24875/gmm.21000205>.
  14. McGuffin P, Perroud N, Uher R, Butler A, Aitchison KJ, Craig I, et al. The genetics of affective disorder and suicide. *Eur Psychiatry.* 2010;25(5):275-277.
  15. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA.* 2005;294(16):2064-74.
  16. Krvavac S, Bystad M, Wynn R, Bukholm IRK, Jansson B. Characteristics of patients who complete suicide and suicide attempts while undergoing treatment in Norway: Findings from Compensation Claims Records. *Int J Environ Res Public Health.* 2023; 20(5):4083.
  17. Geith S, Lumpe M, Schurr J, Rabe C, Ott A, Zellner T, et al. Characteristics and predictive factors of severe or fatal suicide outcome in patients hospitalized due to deliberate self-poisoning. *PLoS One.* 2022; 17(11): e0276000.
  18. Primack JM, Thompson MF, Peters A, Quinn M, Kelsey M, Miller IW, et al. Suicide Characteristics of Veterans Hospitalized for Suicide Ideation or Attempt. *Mil Med.* 2023: usad196.
  19. Shinetsetseg O, Jung YH, Park YS, Park EC, Jang SY. Association between smartphone addiction and suicide. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19(18):11600.
  20. Kim H, Ryu S, Jeon HJ, Roh S. Lifestyle factors and suicide risk: A nationwide population-based study. *J Affect Disord.* 2023; 328:215-221.
  21. Li L, Liu C, Tong Y, Wu J, Zhou W, Yin Y, et al. Comparison of characteristics of suicide attempts registered in urban and rural areas in China. *Front Psychiatry.* 2022; 12:805324.

22. Wang M, Swaraj S, Chung D, Stanton C, Kapur N, Large M. Meta-analysis of suicide rates among people discharged from non-psychiatric settings after presentation with suicidal thoughts or behaviours. *Acta Psychiatr Scand*. 2019;139(5):472-483.
23. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Estadística a Propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio, Comunicado de Prensa Núm. 503/22, 8 de septiembre de 2022. [citado 08/12/2022]. Disponible en [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP\\_SUICIDIOS22.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.pdf)
24. Dávila CA, Luna M. Suicide attempt in teenagers: Associated factors. *Rev Chil Pediatr*. [Internet]. 2019 [citado 20/08/2022]; 90(6): 606-616. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i6.1012>.
25. Nicolini H, Sánchez JP, Castillo RG, López ML, González TB, Chávez S, Montes JE, Martínez J, Tovilla CA, Genis AD. Gender Differences in Suicide and Homicide Rates in Mexico City during 2019. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul 21;19(14):8840.
26. Borges G, Garcia JA, Pirkis J, Spittal MJ, Gunnell D, Sinyor M, et al. A state level analyses of suicide and the COVID-19 pandemic in Mexico. *BMC Psychiatry*. 2022; 22(1):460.
27. Jiménez J, Rodríguez SG, Ramírez J, Martínez MA. Suicidal ideation and suicide attempt in patients with psychiatric disorders in a Mexico City hospital. *Gac Med Mex*. 2023;159(3):219-225.
28. Valdez R, Cruz AL, Rojas A, Arenas L. Living Conditions of Adolescents Who Have Attempted Suicide in Mexico. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(16):5990.
29. Cabello H, Márquez ME, Díaz L. Suicide rate, depression and the human development index: An Ecological Study From Mexico. *Front Public Health*. 2020; 8:561966.