



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA MORELOS
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD COMPLEMENTARIA**

**“Prevalencia de diagnóstico de patología dual en pacientes con conductas
suicidas hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos IMSS”**

TESIS

PARA OBTENER POR EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

Dr. Omar Joshue Ortiz Alvarez

TUTORES PRINCIPALES:

Dr. Miguel Palomar Baena

Tutor de Tesis

Dr. Joaquín Gutiérrez Soriano

Tutor de Tesis

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, [MAYO] 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Nombre: Dr. Miguel Palomar Baena

Adscripción: Coordinación de Educación e Investigación en Salud, Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México.

Lugar de trabajo: DM Nacional, San Pedro el Chico, Gustavo A. Madero, 07480 Ciudad de México, CDMX.

Teléfono: 55 1731 6139

Correo electrónico: diamig.pal@gmail.com

INVESTIGADOR ASOCIADO

Nombre: Dr. Joaquín Gutiérrez Soriano

Adscripción: Universidad Nacional Autónoma de México

Lugar de trabajo: Universidad Nacional Autónoma de México

Teléfono: 55 4135 2475

Correo electrónico: drjoaquinrgs@yahoo.com

INVESTIGADOR ASOCIADO

Nombre: Dr. Omar Joshue Ortiz Alvarez

Adscripción: Residente de Psiquiatría del Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México.

Lugar de trabajo: DM Nacional, San Pedro el Chico, Gustavo A. Madero, 07480 Ciudad de México, CDMX.

Teléfono: 55 2899 0471

Correo electrónico: drojoa@gmail.com

Índice

| | |
|---|----|
| Resumen | 1 |
| Introducción | 2 |
| Marco Teórico | 3 |
| Suicidio | 3 |
| Definición | 3 |
| Epidemiología | 4 |
| Grupos de Riesgo | 4 |
| Asociación entre Suicidio y Consumo de Sustancias | 5 |
| Patología Dual | 6 |
| Definición | 6 |
| Epidemiología | 6 |
| Etiopatogenia | 7 |
| Antecedentes | 9 |
| Justificación | 15 |
| Planteamiento del Problema | 16 |
| Pregunta de Investigación | 17 |
| Objetivos | 17 |
| Objetivo General | 17 |
| Objetivos Específicos | 17 |
| Hipotesis | 18 |
| Hipotesis Alternativa | 18 |
| Hipotesis Nula | 18 |
| Definición de Variables | 19 |
| Material y Método | 22 |
| Tipo de Estudio | 22 |
| Población de estudio | 22 |
| Muestra | 22 |
| Cálculo del Tamaño de Muestra | 22 |
| Criterios de Selección | 24 |
| Criterios de Inclusión | 24 |
| Criterios de Exclusión | 24 |

| | |
|--|----|
| Criterios de Eliminación | 24 |
| Instrumentos | 25 |
| Formato Estructurado | 25 |
| Escala de Riesgo Suicida de Plutchik | 25 |
| Test de Screening de Abuso de Drogas (DAST-10) | 26 |
| Procedimiento | 26 |
| Análisis Estadístico | 27 |
| Consideraciones éticas | 28 |
| Recursos de financiamiento y factibilidad | 30 |
| Resultados | 31 |
| Características Sociodemográficas de los Pacientes Hospitalizados | 31 |
| Prevalencia de Diagnóstico de Patología Dual | 32 |
| Tipo de Sustancia Psicoactiva de Consumo | 32 |
| Tipo de Trastorno Psiquiátrico Diagnosticado | 33 |
| Comparación de Hipótesis | 33 |
| Modelos para evaluar las variables confusoras | 34 |
| Discusión | 35 |
| Conclusión | 37 |
| Bibliografía | 38 |
| Anexos | 41 |
| Anexo I. Instrumento de Recolección de Datos | 42 |
| Anexo II. Carta de Consentimiento Informado | 44 |
| Anexo III. Carta de Autoría | 45 |
| Anexo IV. Carta de no conflicto de interés | 46 |
| Anexo V. Carta de confidencialidad de datos. | 47 |

“Prevalencia de diagnóstico de patología dual en pacientes con conductas suicidas hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos IMSS”

Resumen

Introducción: La patología dual se denomina como la concurrencia en un mismo individuo de por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico, su prevalencia se sitúa entre el 15 al 80%. La Organización Mundial de la Salud define el suicidio como "el acto deliberado de quitarse la vida, iniciado y realizado por la persona, en pleno conocimiento o con la expectativa de un resultado fatal. Cada año, cerca de 703 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. El riesgo de suicidio en personas que consumen sustancias aumenta 2.6 veces. Mas del 40% de los pacientes con patología dual presentan conductas suicidas. **Objetivo:** Determinar la prevalencia del diagnóstico de patología dual en pacientes con conductas suicidas hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social. **Material y métodos:** Se realizará un estudio descriptivo transversal prospectivo observacional en 96 pacientes hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social con presencia de conductas suicidas, las cuales se identificarán mediante la aplicación de escala de riesgo suicida de Plutchik, la presencia de patología dual se constatará mediante el Test de Screening de Abuso de Drogas (DAST-10), para el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, en concurrencia con el diagnóstico de cada paciente obtenido del expediente clínico. **Recursos e Infraestructura:** No se requerirán recursos adicionales a los ya destinados para la atención de los pacientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Los gastos de papelería serán cubiertos por los investigadores. **Experiencia de Grupo:** Los investigadores principales serán médicos psiquiatras con vasta experiencia en la atención de pacientes con múltiples patologías psiquiátricas, así como en investigación. **Periodo de Estudio:** El estudio se realizará en un periodo de 3 meses tras su inicio.

Palabras Clave: Conductas suicidas, trastorno mental, consumo de sustancias, patología dual.

Introducción

La patología dual se puede definir como una enfermedad que designa la existencia simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno mental, o la intersección de ambas disfunciones. Hoy en día es una realidad clínica de la cual se necesita tener conocimiento. Mediante estudios epidemiológicos, se ha clarificado la significativa relación entre las conductas adictivas y otros trastornos psicopatológicos, reflejándose de manera directa en un incremento en la prevalencia de la patología dual, llegando a ser de un 53.2% en centros de atención de salud mental, hasta de un 63% en centros de atención especializado en adicciones.

Más del 40% de los pacientes con patología dual presentan conductas suicidas, entendiéndose estas mismas como un continuo en torno a cuatro apartados: la ideación suicida, amenaza de suicidio, intento de suicidio y suicidio consumado; actualmente añadiéndose una quinta que se recomienda sea contemplada como tal: las conductas autolesivas.

Las personas que sufren patología dual tienen mayor riesgo de suicidio que las personas que presentan solo un trastorno por consumo de sustancias u otro trastorno mental, por lo que resulta trascendente la detección y el manejo oportuno de la patología dual para prevenir el suicidio en una población de elevado riesgo. El riesgo suicida debe de tenerse presente siempre en todos los trastornos mentales. La mayoría de todos los pacientes con trastornos mentales son duales, por lo que es necesario organizar programas estructurados de prevención de riesgo suicida que tengan en cuenta aquellos factores asociados al consumo compulsivo de sustancias.

El abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas relacionado con muertes por suicidio fluctúa entre un 5% y un 27%, y el riesgo de suicidio para las personas con diagnóstico de alcoholismo a lo largo de su vida se sitúa alrededor del 15%.

El suicidio es un problema de salud pública que afecta a todas las regiones del mundo, cada año cerca de 703 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Afectando trágicamente a familias, comunidades y países. En 2019 fue la tercera causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años a nivel mundial.

Marco Teórico

Suicidio

Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como "el acto deliberado de quitarse la vida, iniciado y realizado por la persona, en pleno conocimiento o con la expectativa de un resultado fatal". (1)

Se puede considerar la publicación de Dur-kheim (1897) como el inicio de la investigación cualitativa en el campo del suicidio, definiéndolo como "todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado". (2)

Shneidman (1985), considera al suicidio como un acto consciente de aniquilación autoinducida, mejor entendida como un malestar multidimensional en las necesidades de un individuo que representa un problema para el cual el suicidio se percibe como la mejor solución. (2)

Una de las conceptualizaciones más actualizadas es la de Crosby, Ortega y Melanson (2011), quienes detallan el suicidio como la muerte resultante del comportamiento autoinfligido perjudicial en el que la persona tenía la intención de morir como resultado de dicha conducta. (2)

La conducta suicida se puede expresar como un continuo que va desde la ideación, planeación y tentativa hasta el suicidio consumado. (1)

La OMS configura el concepto de conducta suicida en torno a cuatro apartados: suicidio consumado, tentativa o intento de suicidio, amenaza de suicidio e ideación suicida; a lo que en la actualidad añade un quinto apartado que recomienda sea contemplado como tal: las conductas autolesivas.

- El suicidio consumado incluye todos los actos autoinfligidos que dan como resultado su propia muerte.
- La tentativa o intento de suicidio, se refiere a todo acto que sin llegar a tener como resultado la muerte, es realizado de forma deliberada contra sí mismo; incluyendo la voluntariedad.

- La ideación suicida incluye tanto los pensamientos inespecíficos sobre el escaso o nulo valor de la vida, hasta pensamientos concretos acerca de la consumación de un suicidio o las amenazas a llevarlo a cabo.
- Las conductas autolesivas, automutilación y autoagresiones se refieren al acto realizado que modifica el estado de humor del sujeto, originando lesiones físicas que altera la función, pérdida de sustancia y daño en los tejidos en cualquier parte del cuerpo tipo cortes, quemaduras y/o ataduras. Siendo mecanismos desadaptativos, en un intento, insuficiente e inadecuado, por mantener la integridad psicológica. (3)

Epidemiología

El suicidio es un fenómeno que afecta a todas las regiones del mundo y cada año, cerca de 703,000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Afectando trágicamente a familias, comunidades y países. En 2019 fue la tercera causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años a nivel mundial. (4,5)

Más del 77% de los suicidios ocurridos en 2019 tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. (4,5)

Aun tratándose de un grave problema de salud pública, puede existir importante prevención mediante intervenciones oportunas, basadas en la evidencia y, a menudo, de bajo costo. Para que las iniciativas preventivas sean eficaces, deben aplicar una estrategia multisectorial e integral. (4,5)

Grupos de Riesgo

Si bien, el vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales (en particular, la depresión y el consumo de alcohol) está bien documentado en los países de altos ingresos, muchos casos se dan de manera impulsiva en situaciones de crisis en las que la capacidad para afrontar psicoestresores económicos, de pareja, de salud, entre otros, se encuentra mermada. (4)

Así mismo, se ha demostrado que vivir conflictos, catástrofes, actos violentos, abusos, pérdida de seres queridos y sensación de aislamiento puede generar conductas suicidas. Las tasas de suicidio también son elevadas entre los grupos vulnerables y discriminados,

como los refugiados y migrantes; los pueblos indígenas; las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales e intersexuales; y los reclusos. El principal factor de riesgo es, con diferencia, un intento previo de suicidio. (4)

Asociación entre Suicidio y Consumo de Sustancias

Los trastornos mentales son un importante factor de riesgo, ya que cerca del 90% de personas que cometen suicidio presentan un diagnóstico psiquiátrico y cuando éstos se agravan suele presentarse mayor mortalidad por suicidio. (1,6,7)

Los trastornos mentales más frecuentes en adultos que han realizado intentos de suicidio son depresión, distimia, trastorno bipolar, trastorno de personalidad, ansiedad, agorafobia, abuso de sustancias (drogas psicoactivas, alcohol y tabaco), esquizofrenia, somatización y trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa. (8, 9)

El abuso de sustancias presenta altos niveles de comorbilidad con otros trastornos mentales (10,11), con una incidencia de 19% a 45%. Cerca del 50% de quienes se suicidan están intoxicados y el 18% de las personas con diagnóstico de alcoholismo se suicidan. (12)

El abuso de alcohol y sustancias psicoactivas relacionado con muertes por suicidio fluctúa entre un 5% y un 27%, y el riesgo de suicidio para las personas con diagnóstico de alcoholismo a lo largo de su vida se sitúa alrededor del 15%. El abuso de sustancias y alcohol es un importante predictor de suicidio y depresión. (13)

El riesgo de suicidio en personas que consumen sustancias aumenta 2.6 veces. El alcohol (72,9%), el cannabis y los sedantes (6,8%), y los estimulantes (9,6%). (14). También, el abuso/dependencia de cocaína tiene una prevalencia de 40,5% en casos de ideación suicida y 39, 2% de intentos. (15)

Algunos autores explican la asociación entre consumo de sustancias y suicidio proponiendo que la intoxicación puede reducir la inhibición y aumentar el riesgo de un acto de suicidio impulsivo, alterar la capacidad de juicio y potenciar la disforia, generar disfunción cerebral, cambios neuropsicológicos, cambio en estado de ánimo y conducta violenta, que son potenciados cuando se consume más de una sustancia. (14,16,17,18)

Patología Dual

Definición

Con este término se denomina a la concurrencia en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico. (19)

Pacientes con coexistencia de enfermedad adictiva y otras patologías mentales acuden más a los servicios de urgencias y requieren más hospitalizaciones psiquiátricas, muestran más conductas de riesgo e infecciones relacionadas como la infección por el VIH y el virus de la hepatitis C, mayores tasas de desempleo y marginación y más conductas violentas y criminales que los que sólo tienen diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias o diagnóstico de otro trastorno psiquiátrico. Es decir, se trata de individuos graves desde la perspectiva psicopatológica, médica y social. (20)

Epidemiología

La prevalencia de la concurrencia de trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos es elevada, situándose entre el 15-80% (11-15). Este amplio rango se debe a distintos factores, entre los que cabe destacar:

- 1) La heterogeneidad de las muestras en las que se ha llevado el estudio: población general, personas que acuden en demanda de tratamiento, consumidores captados fuera de servicios asistenciales.
- 2) Lugar en el que son atendidos: centros de la red de drogodependencias; recursos asistenciales de la red de salud mental; centros penitenciarios, etc.
- 3) Factores relacionados con la sustancia de abuso, tanto por sus efectos farmacológicos sobre el sistema nervioso central (sedantes, estimulantes, psicodélicos), como por su situación legal, disponibilidad y accesibilidad (cuánto más accesible sea una sustancia, más posibilidades hay de que personas sin antecedentes psiquiátricos y con estilos de vida normalizados la consuman).
- 4) Factores intercurrentes como, por ejemplo, la presencia de infección por el VIH que a su vez también se asocia a psicopatología.

5) Las dificultades diagnósticas, que como se describe a continuación, plantean problemas importantes y han sufrido cambios en los criterios utilizados a lo largo del tiempo. (21,22)

Etiopatogenia

La identificación de forma fiable y válida de un diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica en sujetos consumidores plantea dos problemas fundamentales. Por un lado, el hecho de que los efectos agudos y crónicos de las drogas sobre el sistema nervioso central, simulan síntomas de muchos de los trastornos mentales (por ejemplo, el insomnio producido por el consumo agudo de cocaína, indistinguible del insomnio de enfermedades psiquiátricas como la depresión), dificultando la diferenciación entre los síntomas psicopatológicos de los efectos agudos del consumo o de la abstinencia de la sustancia, de los propios de un trastorno psiquiátrico independiente. (19)

Los criterios del DSM5-TR permiten distinguir entre: “trastornos primarios” (trastornos mentales que no son relacionados por el consumo de sustancias ni debidos a una enfermedad médica), “efectos esperados” (síntomas considerados habituales que aparecen como consecuencia del consumo o la abstinencia de una sustancia) o “trastornos inducidos por sustancias” (cuando los síntomas son considerados como excesivos en relación con los que suelen aparecer en los síndromes de intoxicación o abstinencia a una sustancia), con la finalidad de poder facilitar un diagnóstico más preciso. (19)

Hay dos hipótesis principales que explican la comorbilidad:

- 1) Los trastornos por consumo de sustancias y los otros trastornos psiquiátricos son expresiones sintomáticas distintas de anomalías neurobiológicas preexistentes similares.
- 2) La administración repetida de drogas, a través de mecanismos de neuroadaptación, origina cambios neurobiológicos que tienen elementos comunes con las anomalías que median ciertos trastornos psiquiátricos. (19)

Así pues, la naturaleza de la relación entre los trastornos psiquiátricos y los trastornos por consumo es compleja y puede variar dependiendo de cada trastorno en particular. En general, estos trastornos duales son reflejo de al menos cuatro posibilidades:

1) Las distintas combinaciones de trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos pueden representar dos o más condiciones independientes, con sus respectivos cursos clínicos y necesidades de tratamiento. Esta combinación puede ocurrir por “casualidad” o como consecuencia de compartir los mismos factores predisponentes (ej. estrés, personalidad, factores ambientales en la infancia, vulnerabilidades genéticas, alteraciones neurobiológicas).

2) El primer trastorno puede influir en el desarrollo de un segundo trastorno, de forma que éste siga un curso independiente. Así, el consumo de drogas puede precipitar una predisposición a psicosis (por ejemplo, el consumo de cannabis como factor precipitante para un trastorno del espectro de la esquizofrenia) o causar un cambio fisiológico permanente que origine un trastorno permanente (por ejemplo, el consumo de estimulantes puede originar depresión o psicosis). Viceversa, durante la enfermedad psiquiátrica se puede desencadenar una conducta de consumo que derive en un trastorno por consumo de sustancias que evolucione de forma independiente (por ejemplo, el consumo de alcohol en episodios maníacos puede derivar en un alcoholismo independiente). En este caso también ambos trastornos deberán tratarse adecuadamente y durante el tiempo que se requiera.

3) El consumo de sustancias puede paliar la sintomatología psiquiátrica de un trastorno que no es diagnosticado o tratado convenientemente. En este caso el tratamiento adecuado de la enfermedad psiquiátrica podría hacer desaparecer el Trastorno por consumo de sustancias.

4) Algunos síndromes pueden ser cuadros psiquiátricos temporales, como psicosis parecidas a la esquizofrenia, como consecuencia de intoxicaciones con tipos específicos de sustancias (por ejemplo, psicosis en intoxicación por estimulantes) o abstinencia (por ejemplo, depresión en la abstinencia de estimulantes). (19)

Antecedentes

La conducta suicida es una situación común entre los individuos con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias. Sin embargo, se encuentran escasos estudios amplios que examinen los múltiples factores de riesgo para presentar la conducta suicida en las personas con trastorno por consumo de sustancias. (27)

El diagnóstico de patología dual puede establecerse secuencialmente o en paralelo a lo largo de la vida de una persona. Es una categoría diagnóstica que demanda de gran entrenamiento y coordinación de los sistemas de salud, para lograr brindar una adecuada atención integral. En pacientes con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias existe una asociación significativa con; la ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumado. (23)

Según investigaciones epidemiológicas, los trastornos psiquiátricos contribuyen al desarrollo de trastorno de consumo de sustancias en pacientes con patología dual; al igual que los trastornos por consumo de sustancias contribuyen al desarrollo de los trastornos psiquiátricos. En la práctica real, la superposición de los síntomas es a menudo difícil de aclarar hasta que el caso ha progresado sustancialmente. (25)

En el 2019, Diana Restrepo y colaboradores realizaron un estudio transversal descriptivo en Medellín Colombia, con el objetivo de comparar el riesgo de suicidio y las características sociodemográficas y clínicas, en 3 grupos de personas: pacientes con diagnóstico de patología dual; pacientes con presencia de trastornos relacionados con consumo de sustancias sin otra comorbilidad mental y pacientes con cualquier trastorno mental sin la presencia de un trastorno por consumo de sustancias coexistente.

En el estudio mencionado con anterioridad, se excluyeron pacientes institucionalizados, personas sin hogar, abarcando una población de entre 19 y 65 años. La muestra empleada fue de 896 calculada sobre una población de 189,882 personas. El instrumento utilizado fue la entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI) en su versión 3.0; entrevista diseñada por la Organización Mundial de la Salud para el abuso de drogas y alcohol. Dicho instrumento cuenta con 2 fases, donde la primera es un cribado de personas con riesgo de sufrir algún trastorno mental, mientras que la segunda cuenta con

prevalencias estimadas de 21 trastornos distintos. La primera fase se aplicó a 896 personas, de las cuales, 255 dieron positivo ante la presencia de algún trastorno mental, mismos que fueron designados para continuar con la segunda fase del estudio. Del subgrupo negativo, 25% fueron aleatoriamente seleccionados para responder la segunda fase del instrumento, siendo aplicada a un total de 415 personas.

En total, se incluyeron 303 adultos entre 19 y 65 años; el 63,0% fueron mujeres, la edad mediana fue de 41 años.

Las prevalencias encontradas fueron:

- Prevalencia a lo largo de la vida para conducta suicida de 19,9% y para patología dual de 7,9%.
- En el análisis bivariado, se encontró una fuerte asociación entre la conducta suicida y patología dual (OR, 13.85) con mayor magnitud en comparación con el trastorno afectivo (OR 10.13) y trastorno relacionado con sustancias (OR 5.5).
- Además, se encontró asociación con la edad y la búsqueda de atención de salud mental.

El principal hallazgo fue la fuerte asociación entre patología dual y conducta suicida en la población general, la magnitud de esta asociación fue mayor que la asociación encontrada entre trastornos mentales y trastornos relacionados con sustancias de manera independiente.

Además, se encontró que la asociación más fuerte fue entre conductas suicidas y patología dual, seguida de las conductas suicidas y cualquier trastorno afectivo; y en último lugar, la asociación entre la conducta suicida y el consumo de sustancias.

No obstante, el estudio tuvo como limitación; la exclusión de población sin hogar e institucionalizados, grupos poblacionales vulnerables para la presentación de patología dual. (23)

Youssef, IM. y colaboradores publicaron en el 2016, un estudio cuyo objetivo fue; examinar la relación entre patología dual y las conductas suicidas, investigar la

probabilidad de suicidio y la gravedad de depresión en trastorno por consumo de sustancias.

Se trató de un estudio de casos y controles, llevado a cabo en Al-Baha; hospital de Arabia Saudita, en un periodo de tiempo que abarcaba de mayo de 2011 a junio de 2012, donde la presunta prevalencia del trastorno por consumo de sustancias entre esta población de estudio fue de 7,8%. El tamaño de muestra calculado fue de 122 personas (casos), caracterizada por pacientes masculinos hospitalizados con una edad entre 18 y 45 años, que cumplían criterios de DSM-IV-TR para diagnóstico de abuso de sustancias, y que se encontraban consumiendo 2 o más sustancias.

Los pacientes fueron evaluados después del periodo de desintoxicación y retirada, donde los pacientes fueron clasificados en suicidas y no suicidas según la presencia a lo largo de la vida de antecedentes de ideación o intento de suicidio.

Los controles, representados por 117 masculinos, sujetos sin antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas, ni de presencia de trastorno psiquiátrico actual o pasado, o enfermedad médica grave.

Dentro de los resultados obtenidos, se encontró que:

- La conducta suicida y la probabilidad de suicidio fueron altos entre los consumidores 64.75% y 22.13% respectivamente.
- Las anfetaminas y el cannabis dominaron la lista de sustancias de las que se abusaba, con prevalencias de 87.7% y 70.49% respectivamente.
- Anfetaminas, alcohol e inhalantes fueron significativamente mayor en los casos suicidas que en los no suicidas.
- 39 pacientes (31,97%) iniciaron consumo de sustancias antes de la edad de 18 años, sin embargo
- No hubo asociación significativa entre la edad de comienzo del abuso de sustancias y las conductas suicidas.
- La duración del consumo de sustancias fue significativa para la asociación con conductas suicidas.

- 101 casos (82,79%) presentaban el diagnóstico de patología dual bien establecido, de los cuales:
 - Esquizofrenia (16.39%).
 - Trastorno esquizoafectivo (2.46%).
 - Trastorno bipolar tipo 1 (16.39%).
 - Trastorno depresivo mayor (18.03%).
 - Trastorno de ansiedad (3.28%).
 - Trastorno de adaptación (2.46%).
 - Trastorno de personalidad (23.77%).
- Los trastornos afectivos inducidos por sustancias, esquizoafectivo, depresivo mayor, personalidad antisocial y límite de la personalidad; estuvieron importantemente asociados con conductas suicidas.

Este estudio demostró que la asociación entre el abuso de larga duración de ciertas sustancias aunado a trastornos psiquiátricos; especialmente trastornos del estado de ánimo; puede desencadenar pensamientos suicidas. (24)

Szerman, N. y cols. (2015), publicaron un estudio multicéntrico con una muestra de 837 pacientes tratados en Madrid España, mismo estudio con objetivo de describir la prevalencia y las características clínicas. En particular el riesgo de suicidio; de pacientes con patología dual en comparación con otros grupos de pacientes psiquiátricos.

La población objetivo fueron pacientes tratados en servicios ambulatorios de clínica de adicciones, y en centros de salud mental en Madrid durante el año 2008. Los pacientes fueron específicamente interrogados sobre VIH, infecciones por hepatitis y riesgo de suicidio. Las sustancias de consumo se clasificaron en tabaco, alcohol, cannabis, opioides, cocaína, otros estimulantes, tranquilizantes, alucinógenos o inhalantes. Los trastornos mentales del Eje I, fueron asignados de acuerdo con Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), agrupándolos con base en la clasificación internacional de enfermedades en; trastornos de ansiedad, trastornos afectivos y trastornos psicóticos. Los Trastornos del Eje II se evaluaron con la versión en español del cuestionario para diagnóstico de la personalidad (PDQ-4+).

Se realizaron comparaciones entre 3 grupos de pacientes según el diagnóstico actual:

- Pacientes con patología dual (n=440).
- Pacientes con trastorno por consumo de sustancias, pero sin comorbilidad con algún otro trastorno psiquiátrico (n=141).
- Paciente con presencia de trastorno psiquiátrico, pero sin presencia de trastorno por consumo de sustancias (n=208).

El principal hallazgo de este estudio fue el aumento del riesgo suicida asociado con el diagnóstico de patología dual, en contraste con pacientes con otros trastornos psiquiátricos, particularmente en comparación con las pacientes con trastorno por consumo de sustancias, sin alguna otra comorbilidad psiquiátrica.

La prevalencia de patología dual en la muestra fue de 52,6%, este hallazgo podría explicarse por el uso de instrumentos estructurados y la inclusión de diagnósticos del Eje II, ya que, al excluirlos, la prevalencia de patología dual sería de un 44%. (25)

Roy, A. (2003) presentó un estudio con el objetivo de describir las características de los pacientes con trastorno por consumo de sustancias que realizan intento suicida. Se planteó la hipótesis de que los consumidores de sustancias que habían presentado intentos suicidas diferían de los que no habían presentado intentos suicidas, esto en cuanto a características clínicas, de personalidad, de desarrollo y variables psiquiátricas.

En el estudio se incluyeron 449 pacientes con dependencia a opiáceos (285) y a cocaína (164), de los cuales 310 fueron atendidos en el departamento de programa de tratamiento para el abuso de sustancias de asuntos veteranos en Nueva Jersey, mientras que 139 pacientes se atendieron en el centro comunitario de salud mental East Orange en Nueva Jersey.

Se realizó una entrevista clínica donde se incluyeron; Criterios del DSM para dependencia a opiáceos y cocaína, antecedente de conducta suicida en paciente y familiares de 1º y 2º grado, se realizó entrevista clínica estructurada de DSM IV para antecedente de depresión mayor, se realizó Índice de Gravedad de Adicción (ASI), se aplicó Cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ) y cuestionario de Trauma Infantil

de 34 ítems (CTQ), donde abarca: abuso emocional, físico, sexual; negligencia y abandono.

Dentro de los resultados se encontró que 175 pacientes habían cometido intento de suicidio a lo largo de la vida, lo que representaba un 39% de la muestra, los cuales en total, habían cometido 308 intentos de suicidio; los pacientes con intentos de suicidio eran significativamente más jóvenes y más a menudo mujeres; la mayoría de los pacientes con antecedente de intento suicida, tenían antecedente de al menos un episodio depresivo mayor a lo largo de la vida; 40 de los 175 tenían antecedente de conductas suicidas en familiares, de los cuales 26, habían sido intentos suicidas, mientras que 14 fueron suicidio consumado, de igual manera se encontró puntajes significativamente más altos para trauma infantil. (26)

Justificación

Se conocen múltiples factores de riesgo que actúan de manera directa e indirecta para la presentación de la conducta suicida, dentro de ellos los trastornos psiquiátricos, especialmente asociados con el consumo de sustancias.

Existe una conexión significativa entre la conducta suicida y el diagnóstico de patología dual, la cual se encuentra presente en más del 40% de los pacientes que experimentan conductas suicidas, lo que representa un mayor riesgo que aquellos que padecen solo un trastorno por consumo de sustancias u otro trastorno psiquiátrico de manera separada.

A pesar de ser un grave problema de salud pública, en nuestro entorno la información relativa a la asociación de conductas suicidas con patología dual es escasa. Esto puede estar relacionado con un subdiagnóstico de la patología dual, diagnosticándose y tratando de manera separada la coexistencia de ambos trastornos mentales, además de pasar desapercibidos los trastornos por consumo de sustancias, viendo estos últimos como un síntoma más de algún otro trastorno mental.

Por lo tanto, poner en práctica este problema puede ayudar a tomar medidas preventivas con base en estrategias específicas. Asimismo, en la práctica médica, se debe considerar la patología dual como un relevante factor de riesgo para la presentación de conductas suicidas, la respuesta, la evolución y, por ende, el pronóstico de los pacientes.

Planteamiento del Problema

El comportamiento suicida en el que se incluye la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado; constituyen en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública en México y el resto de los países del mundo, que, a su vez, se ha ido incrementando de modo alarmante en los últimos años.

Anualmente, cerca de 703 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Afectando trágicamente a familias, comunidades y países; siendo la tercera causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años a nivel mundial.

Se sabe que los trastornos mentales son un importante factor de riesgo, ya que cerca del 90% de personas que cometen suicidio presentan un diagnóstico psiquiátrico; el abuso de sustancias psicoactivas relacionado con muertes por suicidio fluctúa entre un 5% y un 27%.

La prevalencia de la patología dual es elevada, situándose entre el 15-80%, de tal manera que el adecuado establecimiento del diagnóstico de patología dual nos conlleva a un importante predictor de suicidio.

En la actualidad, el consumo de sustancias en la población en general ha incrementado de forma significativa, este incremento se ha determinado principalmente en la población joven, viéndose duplicada en la última década, reflejándose de manera directa en un incremento en la prevalencia de la patología dual, llegando a ser de un 53,2% en centros de atención de salud mental, hasta de un 63% en centros de atención especializado en adicciones.

Para lo anterior, es necesario conocer, cuál es propiamente la problemática que ocurre en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la prevalencia del diagnóstico de patología dual en pacientes con conductas suicidas hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social?

Objetivos

Objetivo General

- Determinar la prevalencia del diagnóstico de patología dual en pacientes con conductas suicidas hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Objetivos Específicos

- Determinar las características sociodemográficas de pacientes hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social con diagnóstico de patología dual y presencia de conductas suicidas.
- Determinar el tipo de sustancia psicoactiva de consumo en pacientes hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social con diagnóstico de patología dual y presencia de conductas suicidas.
- Determinar el tipo de trastorno psiquiátrico diagnosticado en pacientes hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social con diagnóstico de patología dual y presencia de conductas suicidas.

Hipotesis

Hipotesis Alterna

La prevalencia del diagnóstico de patología dual en pacientes hospitalizados con conductas suicidas será mayor a un 50%.

Hipotesis Nula

La prevalencia del diagnóstico de patología dual en pacientes hospitalizados con conductas suicidas será menor a un 50%.

Definición de Variables

| Nombre variable | Definición conceptual. | Definición operacional | Tipo de variable | Indicador. |
|-----------------|--|---|---|--|
| Sexo | Condición de genero de acuerdo con características genéticas. | Características físicas de nacimiento en pacientes hospitalizados en el HPM IMSS, según su ficha de identificación. | -Cualitativa nominal dicotómica - Independiente | 1=Hombre 2= mujer |
| Edad | Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento. | Número de años cumplidos en pacientes hospitalizados en el HPM IMSS, proporcionado por los mismos. | -Cuantitativa continua - Independiente | ___ años cumplidos |
| Escolaridad | Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. | Grado escolar concluido de los pacientes hospitalizados en el HPM IMSS, según la ficha de identificación. | -Cualitativa ordinal - Independiente | 1= sin escolaridad 2= primaria 3= secundaria 4= preparatoria 5= licenciatura 6= posgrado |
| Ocupación | Actividad a la cual se dedica la mayor parte del tiempo una | Actividad cotidiana realizada por parte del paciente hospitalizado en el | -Cualitativa nominal - Independiente | 1= Ama de Casa 2= Empleado |

| | | | | |
|------------------------|--|---|---|--|
| | persona: oficio, profesión, empleo, que puede o no ser remunerado. | HPM IMSS, obtenida de la ficha de identificación. | | 3= Desempleado 4= Estudiante |
| Estado Civil | Situación personal de lazos jurídicamente reconocidos. | Situación personal de lazos jurídicamente reconocidos en la cual se encuentra el paciente en el HPM IMSS, y en caso aplicable, su pareja. | -Cualitativa Nominal - Independiente | 1= Soltero 2= Casado 3= Concubinato / Unión Libre 4= Soltero 5= Viudo |
| Conductas Suicidas | Concepto de conducta suicida en torno a cuatro apartados: suicidio consumado, tentativa o intento de suicidio, amenaza de suicidio e ideación suicida. (OMS, 2021) | Presencia de ideación suicida o intento de suicidio de acuerdo a los ítems 13, 14 y 15 de escala de riesgo suicida de Plutchik. | -Cualitativa Ordinal -Dependiente | 1= Ideación Suicida 2= Intento de Suicidio 3= Conductas Autolesivas |
| Trastorno Psiquiátrico | Padecimiento o enfermedad clasificado en el CIE-10 como | De acuerdo con el diagnóstico establecido en el expediente clínico al momento del | -Cualitativa Nominal - Independiente | 1= Trastornos Depresivos 2= Trastornos de Ansiedad |

| | | | | |
|-------------------------------------|--|---|--|---|
| | trastorno psiquiátrico. | ingreso al área de hospitalización. | | 3= Trastornos de la Personalidad 4= Otros |
| Trastorno por Consumo de Sustancias | Patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo de sustancias. (DSM-5, 2014) | De acuerdo a el Test de Screening de Abuso de Drogas (DAST-10). | -Cualitativa nominal dicotómica - Independiente | 1= Presencia de Trastorno por consumo de sustancias 2= Ausencia de Trastorno por consumo de sustancias |
| Patología Dual | Concurrencia en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico. (Silva et al., 2013) | De acuerdo con criterios de CIE 10 para trastorno psiquiátrico y Trastorno por consumo de sustancias. | -Cualitativa nominal dicotómica - Independiente | 1= Presencia de diagnóstico de patología dual. 2= Ausencia de diagnóstico de patología dual. |
| Sustancia Psicoactiva | Compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan | Sustancia de consumo de acuerdo con encuesta estructurada. | -Cualitativa nominal. - Independiente | 0= Ninguna 1= Alcohol 2= Opioides 3= Cannabinoides 4= Cocaína 5= Otros Estimulantes |

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| | <p>pensamientos, emociones y el comportamiento. (OPS)</p> | | | <p>6= Sedantes e Hipnóticos 7= Alucinógenos 8= Inhalantes / Solventes Volátiles</p> |
|--|---|--|--|---|

Material y Método

Tipo de Estudio

Descriptivo, transversal, prospectivo, observacional.

Población de estudio

Pacientes derechohabientes hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social con presencia de conductas suicidas.

Muestra

Pacientes con conductas suicidas, hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social entre mayo de 2023 y junio de 2023, incluidos por muestreo no probabilístico.

Cálculo del Tamaño de Muestra

El servicio de hospitalización psiquiátrica del Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social, ha tenido un total de 80 pacientes hospitalizados con conductas suicidas en el periodo de tiempo establecido para nuestro estudio.

Se utilizó una fórmula para calcular el tamaño de muestra necesario para estimar una proporción utilizando la desigualdad de Tchebycheff, con una proporción del 50%, un margen de error del 5%, un nivel de confianza del 95% y una tasa de no respuesta del 20%.

$$n \geq (z\alpha/2)^2(p(1-p))/(d^2(1-\varepsilon^2))$$

Donde:

- n: tamaño de muestra necesario
- $z\alpha/2$: valor crítico de la distribución normal estándar que deja una probabilidad $\alpha/2$ en la cola superior (α es el nivel de significancia deseado)
- p: proporción poblacional (se estima a partir de estudios previos o se supone que es 0.5 si no se tiene información previa)
- d: precisión deseada (es decir, la distancia máxima entre la proporción muestral y la proporción poblacional que se tolera, a menudo se expresa como un porcentaje)
- ε : error máximo permitido para la desigualdad de Tchebycheff (es decir, la proporción de la varianza total que se tolera como incertidumbre)

Obteniéndose un total de pacientes para el presente estudio de 96 pacientes.

Es importante tener en cuenta que, en general, la desigualdad de Tchebycheff se utiliza como una herramienta de análisis para establecer límites superiores en la probabilidad de que una variable aleatoria se desvíe de su valor esperado, en lugar de para estimar el tamaño de muestra. En consecuencia, los tamaños de muestra calculados utilizando esta desigualdad son generalmente mucho más grandes que los tamaños de muestra calculados asumiendo una distribución normal del estimador.

Criterios de Selección

Para la selección de la población de estudio, se consideraron características únicamente relacionadas con razones científicas y de protección a los participantes y no con razones de discriminación o disponibilidad de estos, se realizará de manera equitativa e imparcial, se evitará la presencia de sesgos sociales, raciales, sexuales y culturales.

Criterios de Inclusión

- Pacientes hombres y mujeres.
- Pacientes de 18 a 65 años.
- Pacientes derechohabientes con presencia de conductas suicidas hospitalizados en el HPM IMSS.
- Pacientes que accedan a participar en el estudio por medio de un proceso de consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que presenten síntomas psicóticos al momento de la aplicación de encuesta estructurada.
- Pacientes con diagnóstico de discapacidad intelectual moderada o grave.
- Pacientes con diagnóstico de síndrome confusional agudo.
- Pacientes con diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor.

Criterios de Eliminación

- Pacientes que no cuenten con los instrumentos de evaluación completos al final del estudio.
- Paciente que decidan retirarse del estudio.

Instrumentos

Formato Estructurado

Formato que contiene apartado donde se interroga características sociodemográficas (edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad), sustancia psicoactiva de consumo; con el objetivo de clasificar el trastorno por consumo de sustancias, y diagnóstico de trastorno psiquiátrico establecido al ingreso obtenido desde el expediente clínico de los pacientes que conforman la población de estudio.

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Plutchik, Van Praag, Conte & Ricard, 1989). Validación española de Rubio et al. en el año de 1998 y la revisión de Sábado y Monforte en el 2010. (27)

Se trata de un instrumento auto aplicado que se compone de 26 ítems dicotómicos calificados con “sí” o “no”. Esta escala evalúa intentos suicidas previos, intensidad de ideación suicida actual, sentimientos de depresión y desesperanza, así como otros factores relacionados con los intentos.

Se trata de una escala sencilla y rápida de administrar, la cual se resuelve en un tiempo aproximado de entre 1 a 2 minutos, distingue pacientes con tentativa de suicidio, con antecedentes de ideación o con intentos suicidas; tiene una adecuada confiabilidad, con un α de Cronbach = 0.84. Siendo propuesto por los autores un punto de corte de 8 puntos con una sensibilidad y especificidad del 68%.

La validación de la versión española redujo la escala a 15 ítems y propuso un punto de corte de 6 puntos con una sensibilidad y especificidad del 88% para distinguir entre controles y pacientes con intento de suicidio. La confiabilidad en la validación en español fue mayor, con un α de Cronbach = 0.90 y la confiabilidad test-retest en 72 horas fue de 0.89. Existiendo una correlación estadísticamente significativa positiva con la Escala de Depresión de Zung y la Escala de Ansiedad de la Universidad de Kuwait, con una $p < 0.01$ para las dos escalas.

El análisis factorial de esta escala muestra cuatro factores significativos: sentimientos de inutilidad, ideación suicida, desesperanza y factores sociales. (28)

Test de Screening de Abuso de Drogas (DAST-10)

La estructura original del Test de Screening de Abuso de sustancias es una adaptación del Michigan Alcoholism Screening Test (MAST; Selzer, 1971) al consumo de otras sustancias distintas al alcohol y tabaco. Inicialmente constituido por 28 ítems (DAST-28), con posterioridad han sido desarrolladas dos versiones abreviadas para adultos -la DAST-20 y la DAST-10. (29)

La prueba de detección de abuso de drogas (DAST-10), se trata de un instrumento autoadministrado de 10 ítems con respuesta dicotómica, proporciona un índice cuantitativo de la medida en que se sufren problemas de abuso de drogas midiendo una dimensión subyacente de dependencia. Tiene una consistencia interna alta ($\alpha = 0.89$). Los puntos de corte (≥ 3) mostraron un alto grado de concordancia con los criterios diagnósticos de DSM-IV-TR, clasificando correctamente a más del 90% de los sujetos evaluados. (30)

La validación del DAST-10 en México, se realizó en una población adolescente, obteniendo un Alpha de Cronbach de 0.97. En la validez interna se obtuvo que todos los ítems fueron superiores a 0.83 y la validez convergente con correlaciones de 0.21 ($p=.01$). (31)

Procedimiento

Se obtendrá la aprobación del comité de bioética e investigación del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social. Acto seguido, el tesista residente de psiquiatría recolectará la muestra a partir de pacientes atendidos en el área de hospitalización con presencia de conductas suicidas en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el lapso comprendido entre el día uno del mes de mayo al día 30 del mes junio del año 2023.

Se les otorgará a los pacientes un consentimiento informado con la finalidad de obtener la aceptación de estos a efecto de ser incluidos en el estudio, las conductas suicidas, así como el riesgo suicida serán identificadas mediante la aplicación de escala de riesgo suicida de Plutchik, la presencia de patología dual se constatará mediante el Test de Screening de Abuso de Drogas (DAST-10), para el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, en concurrencia con el diagnóstico de cada paciente obtenido del expediente clínico.

Análisis Estadístico

Para el análisis de datos, se llevará a cabo un análisis descriptivo empleando medidas de tendencia y dispersión como media, mediana, desviación estándar, percentiles, frecuencias y porcentajes para describir las variables incluidas en el estudio (patología dual, trastorno psiquiátrico, trastorno por consumo de sustancias, sustancia psicoactiva de consumo, conductas suicidas, edad, sexo, escolaridad, ocupación y estado civil).

Mediante un análisis bivariado, se compararán las variables independientes (patología dual, trastorno psiquiátrico, trastorno por consumo de sustancias, sustancia psicoactiva de consumo, edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil) entre los participantes con conductas suicidas mediante distribución t para las variables continuas y la prueba chi-cuadrado para las variables categóricas.

Los análisis estadísticos se llevarán a cabo a través de RStudio para R (versión 3.4.1).

Consideraciones éticas

Los datos que sean obtenidos durante la presente investigación están sujetos a confidencialidad para su uso anónimo y sólo para lo que se ha autorizado, de acuerdo con la Declaración de Helsinki y sus revisiones, respetando los aspectos fundamentales de privacidad, confidencialidad, anonimato, beneficencia y no maleficencia. (32)

El presente protocolo de investigación se ajustó a los principios plasmados en los siguientes documentos donde se preserva la salud e integridad de los sujetos investigados con autorización del comité local para la realización del proyecto de investigación:

1. Declaración de Ginebra adoptada por primera vez por la 2ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Ginebra, Suiza, en Septiembre 1948, enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, en agosto 1968, por la 35ª en Venecia, Italia, en octubre 1983, en la 46ª, en Estocolmo, Suecia, en septiembre 1994 y revisada en su redacción por la 170ª y 173ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, en Francia en mayo del 2005 y 2006 respectivamente, y enmendada por la 68ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Chicago, Estados Unidos de América en octubre 2017.
2. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, en junio 1964 y enmendada en la 29ª asamblea en Tokio, Japón, en octubre 1975, en la 35ª asamblea en Venecia, Italia, en octubre 1983, en la 41ª en Hong Kong, en septiembre 1989, en la 48ª en Somerset West, Sudáfrica, en octubre 1996, en la 52ª en Edimburgo, Escocia, en octubre del 2000, la 59ª en Seúl, Corea, en octubre 2008 y la 64ª en Fortaleza, Brasil, en octubre 2013. (32)
3. El código de Nuremberg referido a las normas éticas sobre la experimentación en seres humanos, publicado el 20 de agosto de 1947.
4. El informe de Belmont el cual plantea los principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación creado por la Comisión

Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental el 18 de abril de 1979.

De igual forma, este estudio se ajustó al reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud en su última actualización en el 2014. (33)

1. Título segundo, Capítulo I, Artículo 13; el cual se refiere a la dignidad.
2. Título segundo, Capítulo I, Artículo 16; el cual pretende establecer la protección a la privacidad de los pacientes.
3. Título segundo, Capítulo I, Artículo 17 en su Fracción II que establece el riesgo en la realización del estudio, lo que lo califica como riesgo mínimo al solo usarse instrumentos auto aplicados.
4. Título segundo, Capítulo I, Artículo 20 y 21; el cual menciona que debe cumplirse con un consentimiento informado del individuo en quien se está aplicando el estudio.
5. Título Quinto, Capítulo Único, Artículo 100.- Las funciones de los Comités de ética e investigación serán:
 - I. Proporcionar asesoría a los titulares o responsables de la institución, que apoye la decisión sobre la autorización para el desarrollo de investigaciones;
 - II. Auxiliar a los investigadores para la realización óptima de sus estudios, y
 - III. Vigilar la aplicación de este Reglamento y demás disposiciones aplicables.
6. Título Quinto, Capítulo Único, Artículo 101.- Los titulares de las instituciones de salud registrarán los Comités a que se refiere el artículo 99 del presente Reglamento ante la Secretaría, la cual determinará las características y la periodicidad de los informes que habrán de proporcionar. Cuando se trate de los Comités de Ética en Investigación, el registro se realizará ante la Comisión Nacional de Bioética.
7. Título Quinto, Capítulo Único, Artículo 102.- El titular de la institución de salud, con base en los dictámenes de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, según corresponda, decidirá si autoriza la realización de las investigaciones que sean propuestas.

8. Título Quinto, Capítulo Único, Artículo 103.- Los Comités de Investigación y de Bioseguridad se integrarán con un mínimo de tres científicos, con experiencia en materia de investigación. (33)

Este estudio será evaluado y aprobado por el Comité de Bioética e Investigación en Salud 3501 del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza en 23 de mayo de 2023obteniendo el número de registro institucional R-2023-3501-071

Se anexa el formato de confidencialidad y consentimiento informado establecido por el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de México. (Anexos).

Recursos de financiamiento y factibilidad

Los recursos materiales requeridos, serán; bolígrafo y hojas blancas empleadas para la impresión del consentimiento informado y de los instrumentos de recolección de datos, mismos que serán aplicados a la población de estudio por el médico residente encargado de este estudio. Se requerirá sistema de cómputo para la realización de análisis estadístico.

No se requirieron recursos físicos ni monetarios adicionales a los ya destinados para la atención de los pacientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Los gastos de papelería se cubrirán por los investigadores.

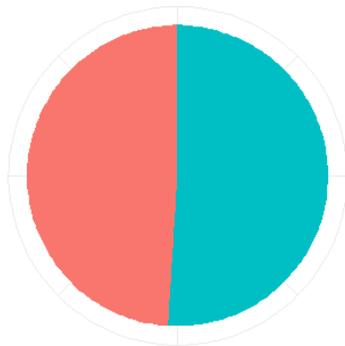
Resultados

Características Sociodemográficas de los Pacientes Hospitalizados

Se analizó una muestra de pacientes hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que presentaban conductas suicidas. La muestra consistió en 100 individuos. Se recopilaron datos sociodemográficos, que incluían edad, sexo, ocupación, estado civil y grupo de edad.

En cuanto a la edad de los pacientes, el rango varió entre 18 y 61 años, con una media de 33.88 y una desviación estándar de 9.57. Respecto al sexo, 42 pacientes eran hombres y 58 eran mujeres, lo que representa un 42% y 58% del total de la muestra, respectivamente. Con relación a la ocupación, 69 pacientes eran empleados, 7 eran estudiantes y 4 eran amas de casa. Además, se registraron 20 pacientes con otros tipos de ocupación o sin ocupación.

Distribución de Sexo



Sexo ■ Hombre ■ Mujer

Distribución de Ocupación

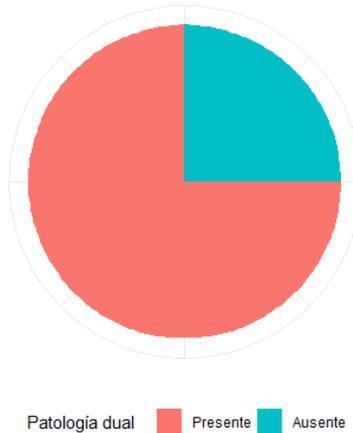


Ocupación ■ Ama de casa ■ Empleado ■ Desempleado ■ Estudiante

Prevalencia de Diagnóstico de Patología Dual

Se determinó la prevalencia de diagnóstico de patología dual en la muestra de pacientes con conductas suicidas. De los 100 pacientes analizados, 75 presentaron un diagnóstico de patología dual, lo que representa un 75% del total de la muestra.

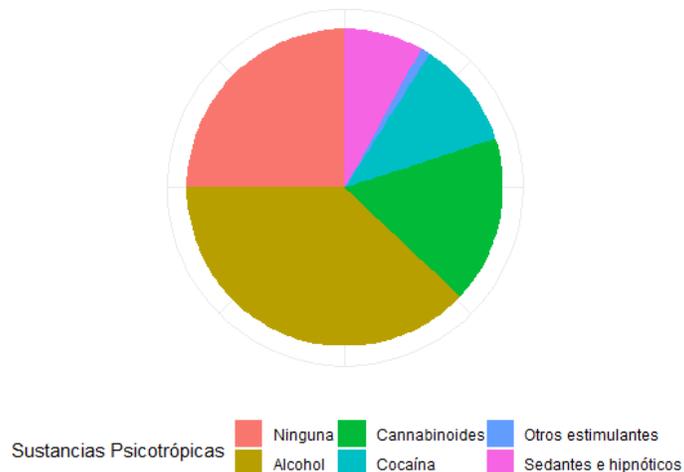
Distribución de Patología dual



Tipo de Sustancia Psicoactiva de Consumo

Entre los pacientes con diagnóstico de patología dual y conductas suicidas, se investigó el tipo de sustancia psicoactiva de consumo. Los resultados indicaron que 20 pacientes consumían alcohol, 14 pacientes consumían cannabinoides, y 8 pacientes consumían cocaína. Otros 33 pacientes consumían otras sustancias psicoactivas.

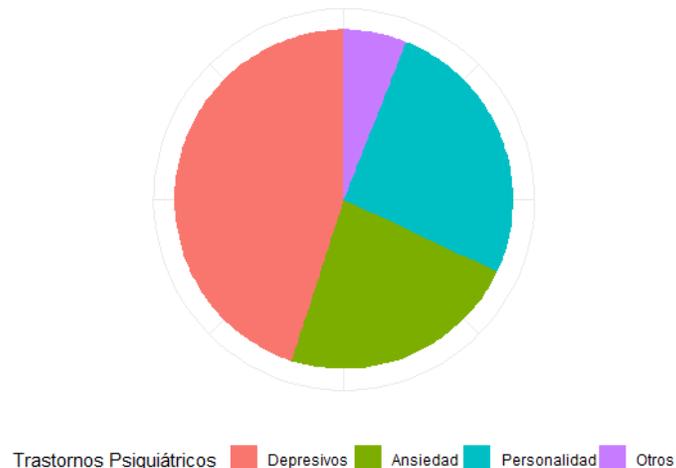
Distribución de Sustancias Psicotrópicas



Tipo de Trastorno Psiquiátrico Diagnosticado

Asimismo, se examinaron los trastornos psiquiátricos diagnosticados en los pacientes con patología dual y conductas suicidas. Se encontró que 42 pacientes tenían diagnóstico de depresión, 16 pacientes tenían diagnóstico de ansiedad, y 10 pacientes tenían diagnóstico de personalidad. Además, se detectaron otros 7 pacientes con diferentes tipos de trastornos psiquiátricos.

Distribución de Trastornos Psiquiátricos



Comparación de Hipótesis

Se evaluó la hipótesis alterna que planteaba que la prevalencia del diagnóstico de patología dual en pacientes hospitalizados con conductas suicidas sería mayor al 50%. La prevalencia obtenida fue del 75%, lo que confirmó la hipótesis alterna, ya que superó el umbral del 50%.

A pesar de ello, al evaluar si existían diferencias entre las conductas suicidas y la presencia de patología dual, la prueba exacta de Fisher a dos colas tuvo un valor de $p = 0.1468$. Por lo que no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las conductas suicidas y la presencia de patología dual en nuestra población.

Así mismo, se analizó si, la presencia de patología dual estaba asociada con el nivel de riesgo suicida medido por la escala de Plutchik en la muestra. Sin embargo, se encontró

un valor del estadístico t de 0.24245 (df = 38.507; p = 0.8097). por lo que no hay diferencia en el riesgo suicida entre los grupos con y sin patología dual.

Modelos para evaluar las variables confusoras

Finalmente, a pesar de no ser parte del análisis propuesto, se realizó un análisis de regresión ordinal para tratar de identificar la asociación de la variable dependiente (conductas suicidas), que representa los niveles de autolesión, intento de suicidio e ideación suicida, y la variable independiente de patología dual con niveles ausente y presente, con las variables confusoras (sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, tipo de sustancia consumida, trastornos psiquiátricos), respectivamente. Sin embargo, no hubo cambios en la asociación de las conductas suicidas y la presencia o ausencia de patología dual, solo la presencia de trastornos de personalidad estuvo asociada con los cambios entre los diferentes niveles de conducta suicida:

```
link threshold nobs logLik AIC niter max.grad cond.H
logit flexible 100 -83.71 179.41 6(0) 6.90e-11 5.4e+01
```

Coefficients:

| | Estimate | Std. Error | z value | Pr(> z) |
|------------------|----------|------------|---------|--------------|
| patdualpresente | 0.46434 | 0.48241 | 0.963 | 0.335782 |
| tpsidepresivos | 0.13332 | 0.51247 | 0.260 | 0.794749 |
| tpsiotros | 0.02251 | 0.89776 | 0.025 | 0.979995 |
| tpsipersonalidad | 2.23070 | 0.65790 | 3.391 | 0.000697 *** |

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Threshold coefficients:

| | Estimate | Std. Error | z value |
|--------------------|----------|------------|---------|
| ideación intento | -0.2058 | 0.5758 | -0.357 |
| intento autolesión | 3.2312 | 0.7040 | 4.590 |

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo examinar las características sociodemográficas y la prevalencia de diagnóstico de patología dual en pacientes hospitalizados con presencia de Conductas suicidas en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Los resultados muestran una muestra de 100 pacientes con conductas suicidas, con una distribución de género equitativa y una edad promedio de 33.88 años. La prevalencia de patología dual en la muestra fue del 75%, lo que destaca la relevancia de la comorbilidad entre trastornos psiquiátricos y consumo de sustancias en esta población, enfatizando la necesidad de abordajes preventivos y terapéuticos específicos en la atención de estos pacientes, no obstante, se requiere de un seguimiento y mayor investigación para obtener un panorama completo y detallado de esta problemática en la población estudiada.

Los resultados de este estudio respaldan nuestra hipótesis alterna, la cual predice que la prevalencia de patología dual en pacientes hospitalizados con conductas suicidas es considerablemente alta, superando el umbral del 50%. Esta relación entre patología dual y conductas suicidas se ha documentado en la literatura previa y nuestros hallazgos son coherentes con publicaciones similares. (23,24,25,26,34,38)

A pesar de la existencia de la relación entre patología dual y conductas suicidas, en el presente estudio, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las conductas suicidas y la presencia de patología dual en la población estudiada. Estos hallazgos sugieren que, aunque la patología dual es frecuente en pacientes con conductas suicidas, no es un factor determinante por sí solo para explicar estas conductas.

En cuanto a las características sociodemográficas, se observó que la mayoría de los pacientes eran mujeres, lo cual es consistente con estudios previos que han señalado una mayor prevalencia de conductas suicidas en mujeres en comparación con hombres. Además, la mayoría de los pacientes eran empleados, lo que sugiere que las presiones laborales y el estrés pueden ser factores contribuyentes en la presentación de conductas suicidas.

En cuanto a los resultados relacionados con la patología dual y el consumo de sustancias, se encontró que el alcohol, los cannabinoides y la cocaína eran las sustancias más comúnmente consumidas por los pacientes con patología dual y conductas suicidas. Estos hallazgos coinciden con estudios que han reportado una alta prevalencia de consumo de alcohol y drogas entre personas con riesgo de suicidio.

Con relación a los trastornos psiquiátricos diagnosticados, se identificaron principalmente trastornos depresivos y de ansiedad en los pacientes con patología dual y conductas suicidas. Estos resultados son consistentes con la literatura que ha asociado fuertemente la depresión y la ansiedad con el riesgo de suicidio.

El análisis de regresión ordinal reveló que la presencia de trastornos de personalidad estaba asociada con los cambios entre los diferentes niveles de conducta suicida. Esto indica que la comorbilidad de trastornos de personalidad podría estar relacionada con una mayor gravedad de las conductas suicidas, permaneciendo en línea con investigaciones previas que han enfatizado la asociación entre trastornos de personalidad, consumo de sustancias psicoactivas y comportamientos suicidas. (35, 36, 37, 38, 39, 40)

Una de las principales fortalezas de este estudio es el uso de análisis estadísticos rigurosos, y la inclusión de una muestra representativa de pacientes hospitalizados con conductas suicidas, lo que proporciona datos valiosos para entender mejor la asociación entre patología dual y conductas suicidas, fortaleciendo la validez interna de nuestros hallazgos. Otra de ellas de gran relevancia en este estudio, es su enfoque descriptivo y transversal, que permitió obtener una visión instantánea de la prevalencia de patología dual en pacientes hospitalizados con conductas suicidas.

Aunque este estudio ha proporcionado información relevante, también tiene ciertas limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, la naturaleza transversal del diseño, así como la falta de un grupo de control, dificulta el establecimiento de relaciones causales entre patología dual y conductas suicidas. En segundo lugar, la muestra utilizada fue seleccionada por muestreo no probabilístico, lo que podría limitar la generalización de los resultados a otras poblaciones.

Conclusión

Este estudio proporciona información relevante sobre las características sociodemográficas y la prevalencia de patología dual en pacientes con conductas suicidas hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Los resultados resaltan la importancia de evaluar y abordar de manera integral los trastornos psiquiátricos y el consumo de sustancias en pacientes con riesgo de suicidio, para brindar una atención clínica más efectiva y preventiva, con el objetivo de obtener una modificación de manera positiva de la respuesta, la evolución y por consiguiente el pronóstico de los pacientes. Sin embargo, se requiere de investigaciones adicionales con muestras más representativas y diseños de investigación más robustos para comprender mejor las complejas interacciones entre estas variables.

Aunque este estudio ha aportado información valiosa, se necesitan investigaciones futuras recomendando realizar análisis adicionales considerando otras variables relevantes para comprender mejor los factores que afectan las conductas suicidas, así mismo, que se utilicen diseños longitudinales para una comprensión más completa de la relación causal entre patología dual y conductas suicidas. Se espera que nuestros resultados inspiren futuros estudios que contribuyan al desarrollo de estrategias preventivas y terapéuticas más específicas y personalizadas para mejorar la calidad de vida de estos pacientes reduciendo el riesgo de conductas suicidas en esta población vulnerable.

Bibliografía

1. Bedoya Cardona EY, Montaña Villalba LE. Suicidio y Trastorno Mental. CES Psicología. 2016; 9(2):179–201.
2. Rangel J. N., Jurado S. Definition of suicide and of the thoughts and behaviors related to it: A review. Psicología y Salud. 2022; 32(1): 39-48.
3. Pedreira JL. Conductas Suicidas en la adolescencia: Una Guía Práctica para la intervención y la prevención. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2020;24(3):217.
4. Suicidio. World Health Organization. World Health Organization; 2021. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
5. Prevención del Suicidio [Internet]. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. 2021. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
6. Phillips MR. Rethinking the role of mental illness in suicide. American Journal of Psychiatry. 2010;167(7):731–733.
7. Windfuhr K, Kapur N. Suicide and mental illness: A clinical review of 15 years findings from the UK national confidential inquiry into suicide. British Medical Bulletin. 2011;100(1):101-121.
8. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A Meta-Review. World Psychiatry. 2014;13(2):153–160.
9. Silva D, Vicente B, Saldivia S, Kohn R. Conducta suicida y Trastornos PSIQUIÁTRICOS en Chile, UN Estudio Poblacional. Revista médica de Chile. 2013;141(10):1275–1282.
10. Davis L, Uezato A, Newell JM, Frazier E. Major depression and Comorbid Substance Use Disorders. Current Opinion in Psychiatry. 2008;21(1):14–18.
11. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh DM, Moeller FG, Swann AC. Suicidal behaviors and drug abuse: Impulsivity and its assessment. Drug and Alcohol Dependence. 2004;76.
12. Maris RW. Suicide. The Lancet. 2002;360(9329):319–326.
13. Ocampo R, Bojorquez I, Cortés M. Consumo de Sustancias y Suicidios en México: Resultados del sistema de Vigilancia Epidemiológica de las adicciones, 1994-2006. Salud Pública de México. 2009;51(4):306–313.

14. Borges G, Walters EE, Kessler RC. Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *American Journal of Epidemiology*. 2000;151(8):781–789.
15. Garlow SJ, Purselle D, D'Orio B. Cocaine Use Disorders and suicidal ideation. *Drug and Alcohol Dependence*. 2003;70(1):101–104.
16. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*. 2007;101(1-3):27–34.
17. Santamarina S, Iglesias C, Alonso M. Comportamientos suicidas y consumo de sustancias psicotropas. En: Bobes J, Sáiz P, García-Portilla M, Bascarán M, Bousoño M. *Comportamientos suicidas, prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Médica, 2004:91-95.
18. Conner KR, Beautrais AL, Conwell Y. Risk factors for suicide and medically serious suicide attempts among alcoholics: Analyses of canterbury suicide project data. *Journal of Studies on Alcohol*. 2003;64(4):551–554.
19. Torrens Mèlich M. Patología dual: Situación actual y retos de futuro. *Adicciones*. 2008;20(4):315.
20. Aharonovich E, Liu X, Nunes E, Hasin DS. Suicide attempts in substance abusers: Effects of major depression in relation to Substance Use Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(9):1600–1602.
21. Flynn PM, Brown BS. Co-occurring disorders in substance abuse treatment: Issues and prospects. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2008;34(1):36–47.
22. Casas M, Guardia J. Patología Psiquiátrica Asociada Al Alcoholismo. *Adicciones*. 2002;14(5).
23. Restrepo D, Gutierrez-Ochoa N, Rodriguez-Echeverri C, Sierra-Hincapie G. Suicide risk associated with dual diagnosis in general population. *Addictive Disorders & Their Treatment*. 2019;18(2):89–93.
24. Youssef, I., Fahmy, M., Haggag, W., Mohamed, K.A., Baalash, A.A. Dual Diagnosis and Suicide Probability in Poly-Drug Users. *Journal of the College of Physicians and Surgeons—Pakistan*. 2016; 26 (2): 130-133 .

25. Szerman N, Lopez-Castroman J, Arias F, Morant C, Babín F, Mesías B, et al. Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Substance Use & Misuse*. 2012;47(4):383–389.
26. Roy A. Characteristics of drug addicts who attempt suicide. *Psychiatry Research*. 2003;121(1): 99–103.
27. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R., Casado MA, Marín J.J. & Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Archivos de neurobiología. revista de psiquiatría y disciplinas afines*. 1998; 61(2):143-152.
28. Rangel-Garzón CX, Suárez-Beltrán MF, Escobar-Córdoba F. Escalas de Evaluación de Riesgo suicida en Atención Primaria. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2015;63(4):707–716.
29. Pérez Gálvez B, García Fernández L, De Vicente Manzanaro MP, Oliveras Valenzuela MA, Lahoz Lafuente M. Spanish validation of the Drug Abuse Screening Test (DAST-20 y dast-10) / Validación Española del Drug Abuse Screening Test (DAST-20 Y dast-10). *Health and Addictions/Salud y Drogas*. 2010;10(1): 35-50.
30. López-Lazcano AI, López-Pelayo H, Balcells-Oliveró M, Segura L, Gual Solé A. Validación de la Prueba de detección de consumo de alcohol, Tabaco y sustancias (assist) en pacientes con Trastorno Psiquiátrico ingresados en una unidad de agudos. *Adicciones*. 2021;34(4):259. -272.
31. Bedregal LE, Carter Sobell L, Sobell MB, Simco E. Psychometric characteristics of a Spanish version of the DAST-10 and the Rags. *Addictive Behaviors*. 2006;31(2):309–319.
32. World Medical Association Declaration of helsinki. *JAMA*. 2013;310(20):2191.
33. Ley general de salud. CAMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNION, NUEVA LEY (Última reforma publicada DOF 22-11-2021), 1–202. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
34. Zegarra-Valdivia JA, Chino Vilca BN, Cazorla Perez E. Prevalencia de patología dual en el Sur del Perú: Estudio Clínico-descriptivo. *Interacciones Revista de Avances en Psicología*. 2016;2(1):11.

35. Pedrero Pérez EJ, Ruiz Sánchez de León JM, Lozoya Delgado P, Rojo Mota G, Llanero Luque M, Puerta García C. Sintomatología prefrontal y trastornos de la personalidad en adictos a sustancias. *Revista de Neurología*. 2013;56(04):205.
36. Raine A. From genes to brain to antisocial behavior. *Current Directions in Psychological Science*. 2008;17(5):323–8.
37. McCloskey MS, Ammerman BA. Suicidal behavior and aggression-related disorders. *Current Opinion in Psychology*. 2018;22:54–8.
38. Yuodelis-Flores C, Ries RK. Addiction and suicide: A Review. *FOCUS*. 2019;17(2):193–9.
39. Nakar O, Brunner R, Schilling O, Chanen A, Fischer G, Parzer P, et al. Developmental trajectories of self-injurious behavior, suicidal behavior and substance misuse and their association with adolescent borderline personality pathology. *Journal of Affective Disorders*. 2016;197:231–8.
40. Lubman D, Hall K, Pennay A, Rao S. Managing borderline personality disorder and substance use - an integrated approach. *Australian family physician*. 2011;40(6):376–381.

Anexos

- **Instrumento de Recolección de Datos** Ver Anexo I
- **Carta de Consentimiento Informado** Ver Anexo II
- **Carta de Autoría** Ver Anexo III
- **Carta de no Conflicto de Intereses** Ver Anexo IV
- **Carta de Confidencialidad de Datos** Ver Anexo V

| Test de Screening de Abuso de Drogas (DAST-10) | | |
|---|----------------|---|
| Aplique este cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características (Criterios de Inclusión) | | |
| Test de Screening de Abuso de Drogas (DAST-10) | | |
| Instrucciones: Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no. | | |
| 1. ¿Ha consumido algún tipo de droga sin prescripción médica? | 1= Si 2= No | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha consumido más de una droga al mismo tiempo? | 1= Si 2= No | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Siempre que quiere es capaz de parar de consumir drogas? | 1= Si 2= No | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido pérdidas de memoria o le han aparecido "imágenes del pasado" como consecuencia de su consumo de drogas? | 1= Si 2= No | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Se ha sentido mal consigo mismo o culpable por su consumo de drogas? | 1= Si 2= No | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Su pareja o sus familiares suelen quejarse de su consumo de drogas? | 1= Si 2= No | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha desatendido a su familia a consecuencia de su consumo de drogas? | 1= Si 2= No | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha realizado alguna actividad ilegal para obtener drogas? | 1= Si 2= No | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha notado síntomas de abstinencia cuando deja de consumir drogas? | 1= Si 2= No | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Ha tenido problemas de salud como consecuencia del consumo de drogas? (Por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragias, etc.) | 1= Si 2= No | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Total de Respuestas Afirmativas | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Puntaje superior a 3 → presencia de Trastorno por consumo de sustancias = 1 | | |
| Puntaje Inferior a 3 → ausencia de Trastorno por consumo de sustancias = 2 | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Anexo II. Carta de Consentimiento Informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **“Prevalencia de diagnóstico de patología dual en pacientes con conductas suicidas hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos IMSS”**

Patrocinador externo (si aplica): NO.

Lugar y fecha: Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México, 2023

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: Determinar si existe una asociación entre su diagnóstico psiquiátrico, con el consumo de alguna droga o sustancia, y la forma en la que afecta para la presencia de su conducta suicida.

Procedimientos: Se le pedirá que resuelva 2 encuestas que le tomarán aproximadamente 10 minutos en total, después se le comentará sobre sus resultados y la posibilidad de continuar recibiendo apoyo.

Posibles riesgos y molestias: Es una investigación sin riesgo para el paciente. Podría molestar o incomodar el contestar preguntas sobre conductas suicidas.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: En caso de resultar presente esta asociación, se le brindará la atención necesaria, con el objetivo de cambiar el curso de su enfermedad, y con esto, mejorar el pronóstico de la enfermedad.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se comentará con respecto a los resultados obtenidos en las encuestas, y en caso necesario, la forma de recibir seguimiento en consulta externa de esta unidad.

Participación o retiro: Usted tiene la libertad de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin consecuencias sobre su atención.

Privacidad y confidencialidad: Se guardará estricta confidencialidad de sus resultados, y estos serán utilizados únicamente para los fines de la investigación.

Declaración de consentimiento.

| |
|--|
| |
| |

Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio.

Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: Los resultados servirán para dirigir de manera oportuna las políticas de salud institucional _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: _____

Investigador Responsable: Nombre: Dr. Miguel Palomar Baena Mat. 8708029
Teléfono: 55 1731 6139.
Correo electrónico: diamig.pal@gmail.com

Colaboradores: DR. OMAR JOSHUE ORTIZ ALVAREZ. Mat. 97367108
Tel. 55 2899 0471
Email. drojoa@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico Nacional del IMSS ubicado en Seris y Zaachila s/n. Col. La Raza, Azcapotzalco, CP 02990, Ciudad de México.

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013



Anexo III. Carta de Autoría

Ciudad de México a 25 de abril de 2023

Al firmar el presente reconocimiento de autoría, estoy de acuerdo con la tesis enviada para su revisión al Comité de Investigación (CIS) (3501) y al Comité de Ética en Investigación (CEI) (35018), de la Unidad Médica de Alta Especialidad UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico Nacional La Raza. Respondo por la autoría propia y acepto la de los demás investigadores, mujeres y hombres, por haber contribuido sustancialmente en la revisión y en la elaboración del proyecto de investigación con título **“Prevalencia de diagnóstico de patología dual en pacientes con conductas suicidas hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos IMSS”**. Recordando que el investigador principal: “Será directamente responsable de los aspectos científicos y éticos de la investigación propuesta. Art.13 y 14, así como en los Art. 100, 109,111, y 112. De la Ley General de Salud en México. Y de someter al CI y al CEI la solicitud de evaluación.

| Orden de Autoría | Nombre Completo | Matricula | ORCID | Firma |
|------------------|---------------------------|-----------|---------------------|-------|
| 1 | Omar Joshue Ortiz Alvarez | 97367108 | 0009-0005-1812-6714 | |
| 2 | Miguel Palomar Baena | 87088029 | 0000-0003-2178-0133 | |
| | | | | |

Este reconocimiento de autoría se llevó a cabo en la Ciudad de México el día 25 de abril de 2023.



Anexo IV. Carta de no conflicto de interés

Ciudad de México a 25 de abril de 2023

Conflicto de interés: Cualquier circunstancia o situación en la que el juicio profesional o la integridad de las acciones de un individuo o de la institución respecto a un interés primario se ve indebidamente afectado por un interés secundario, los cuales pueden ser financieros o personales, como el reconocimiento profesional, académico, concesiones o privilegios a terceros (ONU).

Nombre del proyecto de investigación: "Prevalencia de diagnóstico de patología dual en pacientes con conductas suicidas hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos IMSS".

Responda a las preguntas concernientes a usted y a sus "familiares directos". Este formato pretende identificar y abordar los conflictos de intereses, existentes y potenciales.

| Tengo algún conflicto de interés que reportar | SI | NO |
|--|----|----|
| Si tiene algún conflicto, especifique cuál | | X |
| Relación directa con la Investigadora o Investigador o sus colaboradores | | X |
| Relación profesional directa con los derechohabientes que participan en el estudio | | X |
| Algo que afecte su objetividad o independencia en el desempeño de su función | | X |

Si usted contestó afirmativamente a cualquiera de las preguntas formuladas arriba, por favor proporcione los detalles:

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información señalada es correcta.

En caso de incumplimiento de lo estipulado en el presente documento, me someto a las sanciones contenidas en Ley Federal de Responsabilidad de los Servidores Públicos, el Código de Conducta del Servidor Público del IMSS y las que de acuerdo con la falta apliquen

Nombre Completo y firma Asesor del proyecto de investigación.

Dr. Miguel Palomar Baena



Anexo V. Carta de confidencialidad de datos.

Ciudad de México a 25 de abril de 2023

Manifiesto que, como Asesor de proyecto de investigación no tengo interés personal, laboral, profesional, familiar o de negocios que puedan afectar el desempeño independiente e imparcial en emitir una opinión en los protocolos de investigación que me designen.

Conste por el presente documento que Yo: Miguel Palomar Baena en mi carácter médico especialista en psiquiatría que como consecuencia de la labor que desempeño en Hospital De Psiquiatría Morelos, participaré como Asesor del proyecto de investigación de nombre **“Prevalencia de diagnóstico de patología dual en pacientes con conductas suicidas hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos IMSS”**. Teniendo acceso al o (los) protocolos de investigación que se realizará en el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de SIRELCIS con mi ID y contraseña personal e intransferible.

Me comprometo indefinidamente a:

1. Mantener la reserva y confidencialidad de dicha información.
2. No divulgar a terceras personas físicas o morales el contenido de la información.
3. No usar la información directa o indirectamente en beneficio propio o de terceros, excepto para cumplir a cabalidad mis funciones relacionadas al cargo que desempeño.
4. No revelar total ni parcialmente a ningún tercero la información obtenida como consecuencia directa o indirecta de las conversaciones a que haya habido lugar.
5. No enviar a terceros, archivos que contengan la información precisada del CEI o establecimiento a través de correo electrónico u otros medios a los que tenga acceso, sin la autorización respectiva.
6. Fomentar el **comportamiento ético** en los becarios a asesorar en proyectos de investigación.
7. Revisar con las herramientas electrónicas existentes la **ausencia de plagio** en la tesis a asesorar.
8. En general, guardar reserva y confidencialidad de los asuntos que lleguen a mi conocimiento con motivo del trabajo que desempeño y en específico a la información precisada.

En caso de incumplimiento de lo estipulado en el presente documento, me someto a las sanciones contenidas en Ley Federal de Responsabilidad de los Servidores Públicos, el Código de Conducta del Servidor Público del IMSS y las que de acuerdo con la falta apliquen.

Dr. Miguel Palomar Baena