



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Medicina  
Hospital Psiquiátrico  
“Fray Bernardino Álvarez”

Título:

Diferencia entre la satisfacción de la funcionalidad familiar en población hospitalizada por riesgo suicida y sus acompañantes, en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

Presenta la Tesis para obtener el  
Diploma de Especialista en Psiquiatría:  
**Alejandra Toral Martínez**

Asesor Teórico  
Dra. Xóchitl Martínez Bustamante

Asesor Metodológico  
Dr. Pablo Vera Flores

Ciudad de México a 10 de junio de 2021

---

---



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.

---

## Agradecimientos

En primer lugar, a mis papás, por el apoyo incondicional y amor que siempre me han dado, gracias por impulsarme.

A José Manuel y Mariana por siempre motivarme.

Al Dr. Pablo Vera, mi primer maestro en Psiquiatría.

A la Dra. Socorro González, por ser.

A la Dra. Xóchitl Martínez, por sus enseñanzas y contención en más de una ocasión (“calma”).

A mis co-Rs ex Guardia 3, tíos, platicones, impulsivos, enojones, dramáticos, funcionalmente disfuncionales, mi familia Fray.

A Elena y a Pepe.

A Karen y Mariana, mi otra familia queretana.

Finalmente agradezco sus enseñanzas a todos los que han participado en mi formación profesional, doctores, RR mayores, RR menores y pacientes, todos maestros en distintos disfraces, gracias.

# ÍNDICE

---

<i>Agradecimientos</i> .....	1
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>2</b>
<i>RESUMEN</i> .....	6
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>7</b>
<i>MARCO TEÓRICO</i> .....	8
EVOLUCIÓN HISTÓRICA .....	8
DEFINICIONES.....	11
EPIDEMIOLOGÍA.....	13
MODELOS Y FACTORES DE RIESGO.....	17
FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES .....	18
Factores genéticos .....	18
Adversidad en la vida .....	19
Características de personalidad asociadas .....	20
Déficits cognitivos .....	21
FACTORES DE RIESGO PRECIPITANTES .....	21
REDUCCIÓN DE RIESGO .....	24
LA FAMILIA EN LA REDUCCIÓN DEL RIESGO .....	25
EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA .....	27
INTERVENCIONES.....	29
<b>2. MÉTODO</b> .....	<b>33</b>
<i>JUSTIFICACIÓN</i> .....	33
<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i> .....	34
<i>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</i> .....	34
<i>OBJETIVO GENERAL</i> .....	34
<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i> .....	34
<i>HIPOTESIS</i> .....	35
<i>DEFINICIÓN DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA</i> .....	35
<i>UNIVERSO</i> .....	38
<i>MUESTREO</i> .....	38
<i>TIPO DE ESTUDIO</i> .....	38
<i>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</i> .....	38
<i>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</i> .....	38
<i>CRITERIOS DE ELIMINACIÓN</i> .....	39
<i>SELECCIÓN DE LAS FUENTES, MÉTODOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN</i> .....	39
METODOLOGÍA .....	39
OBTENCIÓN DE LA MUESTRA .....	39
INSTRUMENTOS.....	40

CONFORMACIÓN DE LA BASE DE DATOS .....	41
MÉTODOS ESTADÍSTICOS .....	41
CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	42
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	43
<b>3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y RESULTADOS .....</b>	<b>44</b>
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS CON RIESGO SUICIDA .....	46
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS FAMILIARES .....	50
PRUEBAS CRUZADAS .....	54
<b>4. DISCUSIÓN .....</b>	<b>59</b>
SUICIDIO EN MÉXICO.....	59
FACTORES DE RIESGO.....	60
LA SATISFACCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	61
<b>5. CONCLUSIONES .....</b>	<b>62</b>
<b>6. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>64</b>
<b>7. ANEXOS .....</b>	<b>68</b>
CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	68
“Declaración de no conflicto de intereses” .....	69
1 . FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	70
2. APGAR FAMILIAR (AUTOAPLICADA).....	72
3. ESCALA COLUMBIA PARA EVALUAR LA SERIEDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA(C-SSRS).....	73
ESCALAS A SER RESPONDIDAS POR EL FAMILIAR.....	75
I. FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	75
II. APGAR FAMILIAR (AUTOAPLICADA).....	77

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Descripción de variables y unidad de medida .....	35
<b>Tabla 2.</b> Cronograma de actividades .....	43
<b>Tabla 3.</b> Representación de las variables de la satisfacción familiar reportada en el grupo de personas con riesgo suicida.....	45
<b>Tabla 4.</b> Representación de las medidas de tendencia central para el grupo de personas con riesgo suicida.....	46
<b>Tabla 7.</b> Representación del sexo del grupo de personas con riesgo suicida .....	47
<b>Tabla 8.</b> Representación de la Identidad de Género del grupo de personas con riesgo suicida. ....	47
<b>Tabla 9.</b> Representación de la orientación sexual del grupo de personas con riesgo suicida. ....	48
<b>Tabla 10.</b> Representación del estado civil del grupo de personas con riesgo suicida. ....	49
<b>Tabla 11.</b> Representación de la escolaridad del grupo de personas con riesgo suicida. ..	49
<b>Tabla 12.</b> Representación de las creencias religiosas del grupo de personas con riesgo suicida. ....	50
<b>Tabla 13.</b> Representación del consumo de sustancias de las personas con riesgo suicida. ....	50
<b>Tabla 14.</b> Representación del parentesco del grupo de familiares.....	51
<b>Tabla 15.</b> Representación de las medidas de tendencia central para el grupo de familiares.....	51
<b>Tabla 16.</b> Representación del sexo e identidad de género del grupo de familiares. ....	51
<b>Tabla 17.</b> Representación de la orientación sexual del grupo de familiares.....	52
<b>Tabla 18.</b> Representación del estado civil del grupo de familiares.....	52
<b>Tabla 19.</b> Representación de la escolaridad del grupo de familiares.....	52
<b>Tabla 20.</b> Representación de las creencias religiosas del grupo de familiares. ....	53
<b>Tabla 21.</b> Representación del consumo de sustancias del grupo de familiares .....	53
<b>Tabla 22.</b> Resumen de procesamiento de casos.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>Tabla 23.</b> Resumen de las Pruebas de Chi cuadrada. ....	54
<b>Tabla 24.</b> Caracterización de distribución posterior para correlaciones por parejas. ....	55
<b>Tabla 25.</b> Representación del recuento de la relación entre la satisfacción familiar y la letalidad.....	55
<b>Tabla 26.</b> Representación del recuento de la relación entre la satisfacción familiar y la severidad de la ideación suicida. ....	56
<b>Tabla 27.</b> Representación del recuento de la relación entre la satisfacción familiar y la letalidad potencial del intento suicida.....	57
<b>Tabla 28.</b> Representación del recuento de la relación entre la severidad de la ideación suicida y la letalidad del intento suicida.....	57
<b>Tabla 29.</b> Representación de la prueba de chi-cuadrado para las variables de severidad (de la ideación suicida) y letalidad del intento suicida.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Representación gráfica de las frecuencias observadas e hipotetizadas en la prueba de chi-cuadrado para las categorías de satisfacción familiar, obteniéndose un valor de P de 0.001.....	45
<b>Figura 2.</b> Distribución de los puntajes obtenidos en la escala de APGAR familiar por grupo. ....	45
<b>Figura 3.</b> Representación gráfica de la distribución de las frecuencias por edad acorde al género .....	47
<b>Figura 4.</b> Representación gráfica de la distribución de las personas pertenecientes a una orientación sexual considerada dentro de las minorías sexuales (LGBT) con riesgo suicida. ....	48
<b>Figura 5.</b> Gráfico que expone las frecuencias por satisfacción familiar del grado de letalidad suicida. ....	56
<b>Figura 6.</b> Representación gráfica de la distribución de letalidad del intento suicida acorde a la severidad de la ideación suicida, encontrándose una correlación de .003. ....	58

## RESUMEN

Diferencia entre la satisfacción de la funcionalidad familiar en población hospitalizada por riesgo suicida y sus acompañantes, en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

### INTRODUCCIÓN

El suicidio y la conducta suicida son actualmente un problema de salud global, estimándose que anualmente suceden 800,000 suicidios<sup>1,4</sup> y más de 25 millones de intentos<sup>8</sup> a nivel mundial, reportándose en México un incremento en las tasas de suicidio del 275% de 1970 a 2010<sup>9,10</sup>. En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de 2018 a 2019 se ha reportado un incremento del 38.14% en la atención en personas con riesgo suicida, desconociéndose los factores asociados a dicha población.

La satisfacción de la función familiar es una variable considerada dentro de los factores predisponentes que, identificadas a tiempo, pudieran incluso ser factores protectores, abordándose en este estudio tanto a la persona con riesgo suicida hospitalizada como a su familiar, lo cual nos permitirá evaluar de la manera más completa, no solo el riesgo suicida, sino en medida de lo posible el soporte para en un futuro desarrollar mejores estrategias de prevención.

### OBJETIVO

Evaluar la diferencia de la satisfacción familiar entre población hospitalizada por riesgo suicida en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, y sus acompañantes, en el periodo comprendido de julio de 2020 a diciembre de 2020.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se aplicó en personas hospitalizadas con riesgo suicida la cédula de identificación para variables sociodemográficas, la Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (Sp-CSSRS) para estadificar el riesgo suicida, así como el APGAR familiar para la satisfacción de la función familiar, replicándose la aplicación de esta última en el acompañante.

### RESULTADOS

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa ( $P$  0.001) entre la satisfacción familiar de la población con riesgo suicida y sus familiares. En cuanto a otros hallazgos sobre el grupo con riesgo suicida, el 29.18% pertenece a grupos considerados de riesgo por ser minorías sexuales, el 64.58% se encontraban solteros al momento de la atención y el 75% de las personas consumen de manera regular alcohol o tabaco, y el 66.7% alguna sustancia psicoactiva ilícita.

### CONCLUSIONES

En México se desconoce en gran medida que es lo que ha generado el incremento en las conductas suicidas, por lo que conocer los factores asociados a la conducta suicida, tanto precipitantes como predisponentes, así como las características de la población con riesgo suicida, será de vital importancia para poder dirigir estrategias efectivas de prevención, siendo la familia una pieza clave en el soporte, detección y apoyo.

**PALABRAS CLAVE** Suicidio, riesgo suicida, conducta suicida, función familiar, experiencias vitales tempranas, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

# 1. INTRODUCCIÓN

---

El suicidio, definido por la Real Academia de la Lengua Española como el acto voluntario por el que una persona pone fin a su existencia <sup>1</sup>, y la conducta suicida como los comportamientos o situaciones intencionales puedan resultar en el fin de la vida, sin importar su letalidad o no <sup>2, 3</sup> son actualmente un problema de salud global, siendo estimado por la Organización Mundial de la Salud (OMS por sus siglas en español) que ocurren aproximadamente 800,000 suicidios anuales a nivel mundial <sup>2,4</sup>, impactando en las poblaciones más vulnerables<sup>5</sup>, reportándose más de 25 millones de intentos suicidas anuales y 175 veces más el número de personas que han reportado ideación suicida<sup>8</sup>. En México, ha habido un incremento en las tasas de suicidio del 275% de 1970 a 2010 <sup>9,10</sup>, actualmente siendo la segunda causa de muerte en la población de 15 a 29 años <sup>11</sup>, desconociéndose en gran medida los factores predisponentes, precipitantes y protectores, encontrándose en 2016 a nivel nacional una prevalencia de ideación suicida del 2.3%, con el 0.8% reportando planeación y 0.7% con historia de al menos un intento suicida previo <sup>12</sup>, aun faltando mucho por investigar, desconociéndose en gran medida las condiciones que han influido en el incremento gradual de la conducta suicida, además de los factores predisponentes, precipitantes y protectores <sup>10</sup>. Hasta el momento en el departamento de estadística del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” se reporta que en el 2018 se atendieron 2609 personas con intento suicida, de los cuales 2162 se presentaron con intento suicida y 568 con autolesiones, cifras que se incrementaron en 2019, con un incremento del 38.14% en personas con riesgo suicida, 56.57% en intento suicida y 87.5% en personas que acudieron con autolesiones, situación que nos revela, no sólo están acudiendo más personas con riesgo suicida, si no que los que acuden, de acuerdo a lo previamente expuesto, cuentan con mayor riesgo de atentar contra su vida, al momento no contándose con un registro más amplio de las características de dicha población, lo cual es importante debido a la demanda de atención, pudiendo ser un parteaguas en mejorar las estrategias de prevención del suicidio en nuestro país.

## MARCO TEÓRICO

### EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Históricamente el suicidio y su conceptualización en el occidente ha variado, existiendo ya reflexión sobre el mismo en las culturas de la antigüedad <sup>13</sup>, considerado en la Antigua Grecia por Platón y después por Aristóteles como un acto contra la obligación a la sociedad, utilizándose ya en el siglo V a.C. “*autosfaghe*” y “*autokeires*” por Sófocles y Eurípides respectivamente como terminología para definir a aquellos que se matan a ellos mismos <sup>13,14</sup>, evolucionando el concepto junto con la sociedad, ejemplificándose esto en que el suicidio para los Estoicos podía ser considerado como una expresión de la individualidad y la libertad del hombre; para nuevamente, ya en tiempos del imperio Romano, ser un crimen contra la sociedad y naturaleza, contemplado en la ley como crimen que podía resultar en la requisición de los bienes de la víctima <sup>14</sup>, sin embargo, algunos autores también lo podían considerar como un acto solemne, desprendido e impasible si estaba basado en principios políticos, filosóficos y relacionales, considerado entonces como “*Romana mors*” <sup>14</sup> además de que por primera vez en la historia aparece una figura legal para las personas que cometían suicidio por un padecimiento mental, en términos de locura, insanidad e ira, siendo denominados como “*Non Compos Mentis*” <sup>15</sup>.

En el judaísmo se encuentra la primera prohibición del suicidio hasta el siglo I d.C. <sup>14</sup>, siendo en el antiguo testamento evaluado y contextualizado dependiendo de la motivación del personaje <sup>15</sup>, pudiendo ser condenado como un gran pecado o glorificado como martirización <sup>13</sup>, continuando esta visión con la llegada del Cristianismo y, desde el siglo III, con Agustín de Hipona, se designa al suicidio con el término “*crimen homicidi*” para referirse al suicidio y “*homicida*” para el suicida <sup>14,15</sup>, vocablos que también eran empleados para definir a los asesinatos y asesinos <sup>14</sup>. Tomás de Aquino, ya lo contextualiza como un pecado, convirtiéndose en el siglo XIII en uno de los peores crímenes contra Dios <sup>15</sup>.

La palabra “suicidio” fue utilizada por primera vez en el siglo XVII en Religio Medici, usándose como una decisión racional que podría estar vinculada con trastornos de la mente y ya exponiéndose en la obra “Anatomía de la Melancolía” de Robert Burton como un auto-asesinato <sup>14</sup>, relacionándose por primera vez con la depresión <sup>15</sup>. En la Ilustración algunos filósofos como Tomás Moro, John Donne y Michael de Montaigne llegaban a defender el suicidio como una muerte noble e incluso por la Gloria de Dios <sup>14</sup>.

En el siglo XVIII Voltaire, Montesquieu y Beccaria siguieron desarrollando el concepto del suicidio como un derecho del hombre, buscando incluso la despenalización de éste, evolucionando junto con el entendimiento de la vida de la mano del Contractualismo, Utilitarismo y Neo-epicureísmo <sup>14</sup>.

En el siglo XIX, junto con el Romanticismo, se registró el primer aumento de suicidios asociado a la glorificación del suicidio y su difusión en medios, principalmente en la literatura, destacando las consecuencias secundarias a la publicación de “El Joven Werther” de Goethe, novelas de Tolstoi y de Schiller, documentándose esta situación por Tissot en 1840 y proponiéndose a finales de siglo por Durkheim el rol de la sociedad en la determinación del suicidio <sup>13,14</sup>, ya definiéndolo como "todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado" <sup>16</sup> y propone cuatro tipos de suicidio, el egoísta, el altruista, el fatalista y el anómico <sup>14, 17</sup> influyendo en la conceptualización del suicidio, empezando a entenderse como una situación con distintos niveles o categorías desde las que debía ser abordado<sup>14,17</sup> y apoyado por las teorías utilitaristas, con conceptos como “sociedades suicidógenas” <sup>17</sup>, siendo el reflejo de la desintegración y falta de cohesión social<sup>18</sup>. En el siglo XX el concepto de suicidio fue evolucionando de la mano de las distintas escuelas filosóficas y psicoanalíticas, llegando incluso a intentar formarse la “suicidología” como una disciplina autónoma en 1960 <sup>19</sup>, exponiéndose por Schneidman que reducir el suicidio al contexto depresivo limitaba de forma importante su estudio<sup>15</sup> considerándolo más el resultado de dolor psicógeno, combinándose con otras propuestas como la de Beck, en la que se

considera resultado de la desesperanza, o como una vía de escape en la teoría de Baumeister <sup>20</sup>.

En cuanto al desarrollo del concepto de suicidio en los pueblos mesoamericanos que poblaron la región previo a la Conquista Española se encuentra la información bastante reducida, ya que muchos de los textos y códices fueron destruidos y se ha obtenido la información de la reinterpretación de los conquistadores <sup>13</sup>.

Sobre la visión de la civilización Azteca, que pobló la región del Valle de México alrededor del siglo XIII, existen varias historias en las que los Dioses cometían alguna forma de suicidio o de sacrificio, una de ellas, expuesta en el Códice Chimalpopoca, escrita entre el 817 y 895 d.C., describe la inmolación de Quetzalcóatl en fuego sagrado tras haber cometido incesto con su hermana en estado de ebriedad e influenciado por Tezcatipotla. En el Códice Florentino, transcrito por Bernardino de Sahagún, se relata el mito azteca de la creación del sol y la luna, en el que dos deidades, Tecuciztecatl y Nanauatzin, se sacrifican buscando ser el sol de nuestro mundo, el primero, por miedo, se convierte en la luna, y el segundo, al sacrificarse sin duda, se convierte en el sol. Es importante destacar que de acuerdo a los datos que se tienen de la cultura Azteca, el sacrificio humano parecería ser una práctica frecuente, basado en la premisa religiosa de que los humanos debían pagar en sacrificio a los dioses el que ellos se sacrificaron para crear la tierra, de esa manera ofreciéndose vidas de manera tanto voluntaria como involuntaria, por lo que el autosacrificio era visto como una manera de pagar una deuda, además de recibir la recompensa de vivir con las deidades en sus cursos naturales, lo que lo hacía incluso un privilegio <sup>13, 21</sup>.

En el contexto de batallas, de acuerdo a lo expuesto por Juan de Torquemada en "Monarchia Indiana", publicada por primera vez a principios del siglo XVII, el suicidio era visto como una muerte preferible al ser derrotado, citando como ejemplo al tercer huey tlatoani Chimalpopoca, quien eligió una muerte digna al ahorcarse contra la opción de morir de inanición por su enemigo, y por lo tanto alcanzó la victoria en la muerte.

En cuanto a la cultura maya, que pobló la región de la península de Yucatán y Sur del país, dividiéndose en diferentes periodos que abarcan desde el 3000 a.C. (arcaico) hasta el siglo X d.C. (Clásico Terminal), aún con entidades políticas durante la Conquista (Postclásico tardío) y aldeas que sobreviven en la actualidad, el sacrificio humano era una práctica frecuente, siendo visto como algo necesario para mantener el orden cósmico, incluso siendo la sangre humana necesaria para mantener al sol en su curso, y al igual que los Aztecas, la historia del sol y la luna tiene origen en el autosacrificio, cuando los gemelos Hunahpu y Xbalan se sacrifican en Xibalba, renaciendo con mayor poder y tomando el lugar de los astros.

De acuerdo a Diego de Landa, quien expone en la Relación de las Cosas de Yucatán el siglo XVI d.C., el suicidio era visto como una manera de alcanzar la gloria divina, siendo la diosa Ixtab quien veía por los suicidas, con la muerte por ahorcamiento como la más favorable, si bien actualmente se duda de la veracidad de la información <sup>13</sup>.

## DEFINICIONES

El suicidio, definido como la conducta o el acto autodestructivo que tiene como meta, explícita o inferida, alcanzar la muerte <sup>3,22</sup>, inicialmente valorado como un constructo unidimensional es actualmente englobado dentro de un marco teórico mucho más amplio, incluso considerándose la posibilidad de plantear un espectro suicida dado su origen multifactorial<sup>2,23</sup>, existiendo a nivel mundial un problema ya que no hay un consenso internacional en cuanto al significado preciso de la terminología empleada <sup>2,19</sup>.

Dentro de las definiciones actualmente manejadas, se entenderá por conducta suicida a los comportamientos o situaciones intencionales puedan resultar en el fin de la vida, sin importar su letalidad o no <sup>2,3</sup>, considerándose un término que no distingue entre los intentos suicidas no fatales y los que culminan en la muerte <sup>24</sup>, definiéndose como intento suicida a la conducta autodestructiva no fatal con la intención de morir <sup>2</sup> y suicidio consumado a los actos fatales <sup>2, 25</sup>.

El término conducta suicida en algunas definiciones excluye las ideas suicidas <sup>23</sup>, e ideación suicida, consideradas como el deseo de terminar con la vida <sup>2</sup>, son parte del riesgo suicida, tratándose de pensamientos que pueden encontrarse en un rango entre ideación pasiva, refiriéndose al deseo de morir, a una ideación activa, en la que ya se contempla la opción de atentar contra la vida propia, llegando incluso a la planeación para lograrlo <sup>23</sup>, pudiendo presentarse de manera casual, transitoria, pasiva, activa o persistente <sup>26</sup>, incluso proponiéndose una clasificación que distinga la ideación de la planeación suicida <sup>24</sup>.

Dentro de las escalas y definiciones, dada la variabilidad actual, la FDA adoptó las definiciones propuestas por el Columbia Lighthouse Project, de la Universidad de Columbia, por lo que el término previamente empleado de “gesto suicida”, que se refiere a la intención de llevar a cabo un intento, actualmente se puede clasificar en comunicación, amenaza o conducta relacionada, con o sin intencionalidad suicida, incluyéndose en esta categoría las lesiones autoinflingidas y amenazas sin intencionalidad suicida, que pueden ser verbales o no verbales, además de las propuestas metodológicas para alcanzar un fin potencialmente autolesivo (amenaza suicida vs planeación suicida) <sup>26</sup> sugiriéndose evitar el uso de este término; ya dentro de las conductas estableciéndose como un “intento suicida abortado” a la preparación para un intento de suicidio pero la persona se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo, mientras que un “intento suicida interrumpido” es cuando la persona es detenida o interrumpida ajeno a su voluntad al empezar un acto potencialmente autolesivo<sup>54</sup>.

Otro término empleado es el de suicidabilidad (del inglés “suicidality”) en el que se ha agrupado la ideación suicida, intentos suicidas, suicidio y conductas autolesivas <sup>19, 27</sup> sin embargo dada la ambigüedad del término se ha propuesto su abandono <sup>26, 27</sup>.

## EPIDEMIOLOGÍA

La organización mundial de la salud (OMS por sus siglas en español) estima que ocurren alrededor de 785, 000 a 800,000 suicidios anuales a nivel mundial <sup>2, 4</sup>, magnitud que se ha ejemplificado al ser considerado que una persona toma su vida cada 40 segundos <sup>5,6</sup>, siendo el 78% de éstos en países de ingresos “medianos a bajos” <sup>28</sup>, estimándose que por cada suicidio consumado hay aproximadamente 20 personas que presentan algún intento suicida <sup>2, 22</sup>, lo que se traduce en más de 25 millones de intentos suicidas anuales, y 175 veces esa cifra en personas con ideación suicida<sup>8</sup>, detectándose una tasa estandarizada a todos los grupos etarios de manera global de suicidios consumados del 10.7 a 11.4 por cada 100,000 habitantes <sup>22, 28</sup>, llegando a reportarse que el 29.9% de los adolescentes han tenido ideas suicidas en algún momento y del 6.8 al 9.7% han tenido algún intento suicida <sup>3</sup>.

A nivel mundial se ha detectado una disminución en las tasas de suicidio aproximada al 30% en lo que a transcurrido del siglo XXI, sin embargo, esto ha sido por la disminución del suicidio en China en mayor parte, e India <sup>2</sup>, países que en conjunto tienen aproximadamente el 37% de la población mundial total <sup>29</sup>, mientras que, en otros países, como Estados Unidos y Brasil, las tasas de suicidio han aumentado hasta un 35% <sup>2</sup>, reflejado en que en los últimos años a nivel mundial se han documentado más muertes anuales por suicidio que por homicidio, Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) y accidentes automovilísticos <sup>7</sup>.

Existe una diferencia en cuanto al ratio por género (masculino/femenino) tanto de intentos suicidas como de la letalidad de los mismos y que ha cambiado a lo largo del tiempo, siendo que en 1950 se consideraba un ratio de letalidad suicida de 3.2, el cual ha incrementado a 3.6 en el siglo XXI <sup>22</sup>, sin embargo, con discrepancias a nivel mundial, siendo la mayor diferencia en el continente Americano y países en donde la religión predominantemente es el Cristianismo, mientras que Asia y países con el hinduismo como religión principal suelen tener menor ratio masculino-femenino <sup>30</sup>. Los únicos países registrados donde la tasa de suicidio en femeninos

es mayor a los suicidios por masculinos es en China y Bangladesh <sup>6, 28</sup> lo cual nos demuestra la disparidad en los intentos suicidas a nivel mundial, teniendo el mayor ratio de diferencia St. Vincent y las Granadinas 12.2, Panamá 9.2, Jamaica 8.7, en donde el suicidio en varones es hasta 12 veces más frecuente que en mujeres <sup>28</sup>.

Los países con mayores tasas de suicidio en mujeres han sido Corea del Sur 16.4, Corea del Norte 15.4, India 14.3, Sri Lanka 13.7. Mientras que los que presentan mayores tasas de suicidio en hombres son Sri Lanka 58.7, Lituania 58, Mongolia 47.8, Kazakstán 46.8 <sup>28</sup>. Un dato importante para considerar, es que a menor tasa de fertilidad (medida que refleja los movimientos de equidad de género, desarrollo y educación para mujeres) hay un menor riesgo suicida en mujeres, mientras que en las sociedades con mayores ingresos per cápita y educación el riesgo suicida en hombres es mayor <sup>30</sup>.

En cuanto a los grupos etarios, son los adolescentes y adultos jóvenes, entre 15 y 29 años de edad, quienes tienen el mayor número de suicidios calculado en números absolutos <sup>28</sup>, siendo calculada en personas de 15 a 19 años de 6.04 a 7.4/100,000 <sup>6</sup>, sin embargo las tasas de suicidio por edad también varían dependiendo de la región geográfica, pudiendo inferirse que hay varias variable socioculturales además de económicas que podrían influir en la conducta suicida, reportándose que en el grupo de 15 a 29 años previamente comentado la mayor tasa de suicidio es en el Sureste de Asia, sin embargo, al disminuir el rango de edad, contemplando de 15 a 19 años únicamente, los países con mayores tasas de suicidio son Nueva Zelanda, Estonia, Uzbekistán <sup>6</sup>, mientras que en países europeos la mayor tasa suele ser en individuos de 45 a 59 años <sup>28</sup>. Sin embargo, en países de occidente, como Estados Unidos de América, la tasa de suicidios ajustada de 1999 a 2014 ha aumentado 24%, siendo el grupo con mayor incremento el de mujeres de 10 a 14 años, además de que en las mujeres de 15 a 19 años en 2015 se alcanzó la mayor tasa de suicidios en los últimos 40 años <sup>6</sup>.

El método de suicidio varía considerablemente dependiendo de la sociedad <sup>9</sup>, siendo a nivel mundial el método más común ahorcamiento hasta en 40% de los

casos, seguido de envenenamiento <sup>4</sup>, saltar hacia o esperar a un objeto en movimiento y saltar de altura <sup>6</sup>, mientras que en India, Pakistán y Sri Lanka la inmolación constituye uno de los principales métodos <sup>9</sup>. Encontrándose a nivel mundial variables en el envenenamiento entre los géneros, siendo que por mujeres es más frecuente el uso de drogas y medicamentos mientras que el uso de otras sustancias, como pesticidas, es más frecuente en hombres <sup>4,6</sup>. Se ha encontrado también que el suicidio con armas de fuego es mayor en países que tienen mayor acceso, sin que esto impacte sobre los otros métodos <sup>6</sup>. En cuanto al intento suicida, es en envenenamiento el método más común, ocupando del 85 al 95% de los ingresos hospitalarios relacionados a suicidio <sup>31</sup>.

En México, se ha reportado un incremento de suicidios en los últimos 40 años <sup>9</sup>, que en 1970 era un problema en la población de mayor edad, ha seguido la tendencia internacional, cambiando los grupos de mayor riesgo <sup>10</sup>, reportándose en 2017 una tasa de suicidio de 5.2/100,000 habitantes <sup>11</sup>, principalmente en hombres, con un incremento en la tasa de 5.95/100,000 en el año 2000 a 8.5/100,000 en 2015, mientras que en mujeres ha sido un incremento de 1.06 a 2/100,000 <sup>9</sup>, siendo la población de 20 a 24 años la que ocupa una tasa más alta con 9.3/100,000 <sup>11</sup>. Siendo estas cifras aún más impactantes si se analizan los datos de 1970 a 2010, registrándose un aumento del 275%. <sup>10</sup>.

Actualmente se considera que el suicidio ocupa el lugar número 22 de causas de muerte en el país, abarcando a todos los grupos etarios, sin embargo, en la población de 15 a 29 es la segunda causa de muerte<sup>11</sup>, encontrándose a nivel nacional un área de mayor riesgo en el sureste, conformada por los estados de Tabasco, Campeche y Quintana Roo <sup>10</sup>. Sin embargo, de acuerdo al INEGI en 2016 y 2017 el estado con mayor tasa de suicidios han sido Chihuahua <sup>11</sup>.

En cuanto al método, se ha encontrado que en el país la mayor parte de los suicidios, tanto en hombres como en mujeres, es por ahorcamiento <sup>9, 10</sup> y en las demás causas de suicidio se ha encontrado gran variabilidad por región y año,

reportándose que en hombres el segundo método suele ser con un arma de fuego y en mujeres por saltar de altura <sup>9</sup> o por envenenamiento <sup>10, 11</sup>.

De acuerdo al reporte de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco realizada en 2016 (ENCODAT 2016) se encontró a nivel nacional una prevalencia de ideación suicida del 2.3%, con el 0.8% reportando planeación y 0.7% con historia de al menos un intento suicida previo. En cuanto a los intentos suicidas el método más frecuente fueron las lesiones con objeto punzocortante, seguido de sobredosis con fármacos, ahorcamiento y uso de armas de fuego y sobredosis con sustancias ilícitas, detectándose que el 27.3% de los intentos requerían atención médica <sup>12</sup>.

Es importante comentar que la información sobre la mortalidad por suicidio a nivel mundial no es totalmente fidedigna por diversas causas, entre las cuales está el sub reporte, mala clasificación o falta de identificación de conductas suicidas, el hecho de que en algunos países la conducta suicida es ilegal o el estigma mismo que lleva la muerte por suicidio, así como la falta de registros epidemiológicos y de mortalidad nacionales en varios países, siendo estimado por la OMS que el 71% de los suicidios anuales ocurren en países sin datos confiables <sup>6, 32</sup>. Otras limitaciones es la falta de identificación de la muerte por suicidio dada la heterogeneidad de la metodología, grupo etario, pudiendo pasar en adultos mayores por una muerte por causas naturales <sup>32</sup>. En México, los datos sobre el suicidio se encuentran registrados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el INEGI y la Dirección General de Información en Salud (DGIS) <sup>9, 12</sup>, sin embargo, puede haber discrepancias en la información <sup>9</sup>. Además de que hasta 2005, las estadísticas de intentos de suicidio y suicidios eran registradas por agencias del Ministerio Público, publicándose por el INEGI a partir de 2006 datos solamente de suicidios, los cuales se captan mediante los registros de las estadísticas de mortalidad <sup>11</sup>.

## MODELOS Y FACTORES DE RIESGO

La conducta suicida es compleja y multicausal <sup>3</sup>, siendo influenciada por la interacción de factores biológicos, clínicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales <sup>2, 4</sup>. Se ha propuesto que la conducta suicida es el resultado de la relación entre factores predisponentes (distales o diátesis), y precipitantes (proximales, gatillo o estresores) <sup>2</sup> que pudieran ser considerados signos de alarma <sup>7</sup>. De tal manera que habría que discernir entre los factores de riesgo que pudieran ser predictores longitudinales de pensamientos o conductas suicidas, factores causales de conductas suicidas, factores concomitantes o asociados y factores predisponentes <sup>7</sup> para poder definir estrategias de prevención.

El modelo biopsicosocial incluye la interacción de factores genéticos, experienciales, psicológicos, clínicos, sociológicos y ambientales, existiendo variabilidad individual y modificada por otros factores como impulsividad y ansiedad, apoyo social y la estabilidad de las relaciones interpersonales, variando además la importancia para el individuo por su edad y sexo, siendo compatibles con la propuesta de un espectro suicida, existiendo múltiples fenotipos <sup>2</sup>, siendo similar a la teoría de vulnerabilidad fluida, en la que el riesgo suicida es un proceso no lineal afectado por la relación e interacción entre diferentes factores tanto estáticos como dinámicos <sup>33</sup>.

Otro modelo analiza el curso de la vida y como diferentes factores de riesgo actúan en diferentes etapas de la vida y pudiendo ser el suicidio el resultado de la acumulación de los mismos, siendo la causalidad inferida por las asociaciones consistentes, temporales y fuertes entre los factores con el suicidio <sup>4</sup>, siendo similar el modelo de Grito de Dolor, en el que situaciones estresantes llevan a percepciones de derrota, y es cuando estas situaciones son percibidas como inescapables y proyectadas al futuro, que aumenta el riesgo suicida, interactuando la memoria autobiográfica con la capacidad de adaptación <sup>34, 35</sup>.

El modelo psicológico de estrés-diátesis explica el riesgo suicida como la combinación de estresores en personas vulnerables, manifestándose esto como ideación suicida, la cual es exacerbada por impulsividad y agresión, llegando a manifestarse como una conducta suicida <sup>4</sup>, similar a la teoría de la motivación volición integrada propone que algunos factores de riesgo aumentan el riesgo suicida y contribuyen a la emergencia de la ideación, mientras que otros actúan sobre la volición o capacidad para intentar suicidarse <sup>33</sup>. A este modelo se le ha agregado el interpersonal, en el que se genera desesperanza al sentirse una carga para los demás o no ser aceptado en entornos sociales <sup>4</sup>.

La teoría de los tres pasos (en inglés “Three Step Theory”), desarrollado en 2015, propone un primer paso, en el que el dolor y la desesperanza interactúan precediendo ideación suicida, seguido por el segundo paso en el que la conectividad social podría fungir como factor protector contra el empeoramiento de la ideación y finalmente un tercer paso en el que los factores protectores adquiridos, prácticos y de disponibilidad distinguen aquellos con potencial suicida de los que finalmente tienen intentos de aquellos con ideación sin intentos <sup>33, 36</sup>.

## FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES

### Factores genéticos

Se ha reportado una heredabilidad de riesgo suicida en estudios gemelares y de adopción del 30 al 50% <sup>2,4</sup>, además de que los descendientes de personas que han intentado suicidarse presentan 5 veces más riesgo de tener intentos que la población general y si bien aumenta el riesgo suicida al doble en personas que perdieron a un padre por suicidio en comparación con los que murieron por otra causa, menos del 5% de las personas que cometen suicidio tienen historia de suicidio parental <sup>2</sup>, también influyendo la edad a la que se experimentó el suicidio paternal, siendo mayor el riesgo entre más jóvenes <sup>4</sup>.

En los estudios de asociación del genoma completo GWAS por su nombre en inglés, genome wide studies) se han identificado 32 polimorfismos de nucleótidos únicos

(SNPs por sus siglas en inglés) asociados con el locus TBX20, cuya función ha sido implicada en el sistema nervioso central sin ser identificada de forma específica <sup>2</sup>. Otros genes implicados en suicidio han sido GRIN2B, que codifica para una subunidad del receptor NMDA <sup>8</sup>, variantes de COL6A6, que codifica para la cadena Alpha 6 de colágena tipo VI, que participa en la guía axonal, GNAL, BACE1, NREP y CDC34, aún con poca evidencia de asociaciones, contribuyendo únicamente en un pequeño fenotipo conductual <sup>2</sup>.

En cuanto a la función cerebral en la persona suicida, se ha encontrado implicación de neuronas monoaminérgicas de 5 hidroxitriptamina (5-HT), con evidencia que sugiere menor concentración del metabolito de serotonina, 5-HIAA, en el núcleo dorsal del raphé, más neuronas 5HT y expresión de mRNA para hidroxilasa de triptófano en personas que consumaron el suicidio <sup>2,4,8</sup>. Otro hallazgo de evidencia anatomo-funcional a en personas que cometen suicidio en contexto de depresión es menor expresión de transportadores de glutamato en astrocitos, lo que puede explicar la rápida acción de antagonistas NMDA. Se han encontrado también los receptores GABA A regulados a la alza en cerebros de personas con depresión que cometieron suicidio, así como regulación a la baja de la subunidad  $\gamma 2$ , mas no en los suicidios sin aparente contexto depresivo, pudiendo ser por las diferentes metilaciones de DNA en corteza frontal <sup>8</sup>, planteándose la hipótesis de que cambios en la corteza prefrontal medial pueden influir en una sobreevaluación de los signos sociales de rechazo, producir respuestas emocionales deficientes y decrementar la capacidad para tomar decisiones <sup>4</sup>.

#### Adversidad en la vida

Las experiencias negativas o adversas en la infancia, definidas como la negligencia, abandono y abuso, e inestabilidad, pueden estar asociadas de manera importante con conducta suicida más adelante en la vida, lo que pudiera estar explicados por los cambios epigenéticos que incluyen modificación de la metilación del ADN e histonas, afectando el neurodesarrollo, respuesta a estrés y funcionalidad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal <sup>2,37</sup>, siendo interesante el impacto del maltrato infantil sobre el riesgo suicida, aumentando las conductas suicidas incluso con adecuado

funcionamiento neuropsicológico <sup>37</sup>, ya documentándose en los adultos una asociación importante con enfermedades cardiovasculares, pulmonares crónicas, cáncer, diabetes y trastornos autoinmunes, además de depresión, trastorno de estrés post-traumático, ansiedad, abuso de sustancias, conductas sexuales de riesgo y violencia, tanto autodirigida como interpersonal, por lo que no es de extrañarse exista una asociación al riesgo suicida.

Existen diversos instrumentos desarrollados para la medición de estas experiencias adversas, muchas partiendo de la teoría del apego, enfocadas en el recuerdo de la conducta de los padres, y otras en las teorías de las dinámicas de poder, retomadas en la “Teoría del Rango Social” o subordinación, siendo ante estos posicionamientos de amenaza, la fluidez y adecuada enunciación, definidos como la vulnerabilidad o capacidad de adaptación a factores predisponentes, son los únicos factores del desarrollo que se han propuesto como factores protectores en la conducta suicida <sup>2,37</sup>.

#### Características de personalidad asociadas

Uno de los puntos clave de mediación entre los distintos factores son las características de la personalidad del individuo, siendo la ansiedad e impulsividad y agresividad las más relacionadas a la conducta suicida<sup>2</sup>, sobre todo en las personas jóvenes<sup>4</sup>, sin embargo, también hay otros factores de la personalidad que relacionados pueden aumentar el riesgo, como el nivel de introversión y neuroticismo <sup>34</sup>.

Hay estudios que reportan que la ansiedad por sí sola tiene una asociación leve a la conducta suicida, sin embargo, interactúa con otras características de los individuos ya vulnerables a suicidio <sup>2</sup>. Otra conducta relacionada a un incremento de ideación e intentos suicidas es el perfeccionismo, ya sea real o por lo que se percibe como socialmente esperado, así como afecto negativo de este segundo punto, generando baja autoestima y exacerbado por rigidez, inflexibilidad y rumiación del pensamiento<sup>2, 4</sup>.

## Déficits cognitivos

La poca capacidad para resolver problemas, alteraciones en la memoria, así como la disminución en la capacidad para planear de manera positiva también se han asociado a la conducta suicida, ya que se han relacionado con una menor capacidad para el manejo de estrés <sup>2, 34</sup>.

## FACTORES DE RIESGO PRECIPITANTES

Los factores de riesgo que se exponen a continuación son conductas que se relacionan directamente, ya sea como precipitantes o como gatillos incluso <sup>2</sup>, siendo también importante identificar el momento en el que empieza la ideación suicida, identificándose como el primer año desde su génesis el de mayor riesgo <sup>20</sup>.

La conducta suicida no fatídica es uno de los factores predictivos más importantes para conducta suicida futura y suicidio consumado, registrándose que al menos el 40% de las personas que han fallecido por suicidio tenían al menos un intento previo, siendo encontrado que el riesgo de suicidio en los primeros 12 meses en sobrevivientes es del 1.6%, incrementándose a 3.9-4% en los siguientes 5 años <sup>2,4</sup>, existiendo un riesgo de cometer suicidio 40 veces mayor en las personas con un intento previo <sup>31</sup>, sin embargo, aunque un intento suicida es un factor predictor importante, 60% de las personas que se suicidan no tenían intentos previos <sup>38</sup>.

Factores clínicos que pueden influir en la transición de ideación suicida a intento suicida son trastornos ansiosos, trastornos del control de impulsos, trastorno de estrés post traumático, trastornos alimentarios, conductas autolesivas previas, exposición a conductas suicidas en otros y dependencia o abuso de alcohol y otras sustancias; siendo evidente la asociación entre trastornos o desórdenes que disminuyen la restricción/inhibición y las que incrementan el estrés<sup>2</sup>. Dentro de este marco podemos entender como los eventos vitales estresantes como separación de pareja, muerte de la pareja, el suicidio de alguien cercano (en particular de un hijo para las madres), diagnósticos de condiciones médicas crónicas pueden incrementar el riesgo suicida<sup>4</sup>.

Se considera a la enfermedad mental como un antecedente de suma importancia en el suicidio, reportándose que hasta el 90-95% de las personas tiene algún trastorno mental al momento de cometer suicidio que no siempre es diagnosticado o tratado de manera previa <sup>2,20</sup>.

Los trastornos psiquiátricos más comunes en personas que cometen suicidio son los trastornos depresivos y trastorno bipolar en un 30-50% de los suicidios <sup>4</sup>, seguidos por trastornos secundarios a abuso de sustancias y esquizofrenia y si bien, el suicidio no es el desenlace inevitable de los trastornos mentales, si hay una mayor incidencia y ciertos aspectos de los trastornos relacionados íntimamente con el riesgo <sup>2</sup>. Otro punto importante que se debe contemplar es el riesgo de suicidio tras egresos de hospitales o unidades psiquiátricas en las que el motivo de hospitalización fue riesgo suicida, considerándose la primera semana inmediata al egreso la de mayor riesgo <sup>20</sup>, encontrándose en un estudio que la tasa de suicidios consumados en esta población dentro de los primeros 3 meses tras el alta es de 178 por cada 100,000 personas y que en estudios de seguimiento de 3 a 12 meses la tasa de suicidio era 60 veces mayor a la de la población general, permaneciendo hasta 30 veces más alta que la población general en periodos de seguimiento de 5 a 10 años <sup>39</sup>.

Sobre el uso de sustancias relacionados con eventos suicidas, se ha encontrado el consumo de alcohol hasta en 40% de los suicidios consumados, y 25% de consumo sustancias ilícitas. Otras sustancias relacionadas con el suicidio, con patrones de uso referidos en los 6 meses previo al intento son sustancias con efecto hipnótico-sedante y cannabis.

Hay otras circunstancias con amplia evidencia de riesgo sobre suicidio dependiendo del grupo etario, como lo son impulsividad y agresividad, abuso de sustancias y trastornos de la conducta en personas jóvenes, en el adulto mayor son otros fenómenos comórbidos como depresión, pérdida de capacidades físicas, alteraciones o trastornos del sueño, trastornos cognitivos los que tienen mayor impacto. De los trastornos del sueño, es importante comentar que la disminución

del tiempo de sueño efectivo, insomnio y las pesadillas son los que mayor relación tienen con riesgo suicida.

El dolor crónico puede ser tanto un factor de riesgo *per se*, como al condicionar discapacidad, alteraciones del sueño, depresión y disminución de bienestar. Siendo el concepto de dolor insoportable, la falta de sensación de pertenencia así como la autopercepción de ser una carga para los demás situaciones que pueden ser motivadores directos de la conducta suicida <sup>2</sup>. Además de enfermedades como esclerosis múltiple y cáncer <sup>20</sup>.

Otros componentes que actualmente están en estudio son la desesperanza y el conocimiento de métodos potencialmente letales, buscando diferenciar entre conceptos que podrían favorecer la ideación sobre aquellos que podrían ya propiciar un intento suicida <sup>2</sup>. Particularmente en la desesperanza, que en un inicio fue vista como el vínculo entre depresión y suicidio, actualmente se ha propuesto considerarlo como un predictor de ideación suicida, aún si hay control de síntomas depresivos <sup>40</sup>.

Los estresores económicos y sociales, entre los que se encuentran asociaciones con factores proximales como pérdidas de relaciones, pérdida de trabajo, inestabilidad económica, acoso laboral y cambios recientes en la posición socio económica del individuo, además de estresores que persisten en el tiempo, como pobre estabilidad social, reglas socioculturales rígidas, aislamiento social y pertenecer a grupos LGBT+, dependiendo del entorno en el que se desarrollen pueden influir en el riesgo suicida asociado dependiendo de la región sociodemográfica, incluso llegando a reportarse tendencias de suicidios en clúster, particularmente en grupos muy jóvenes, llegando a considerarse dentro de este último rubro del 1-2% de los suicidios en niños <sup>2</sup>.

Sobre la población pediátrica y adolescencia temprana destacan como factores de riesgo más relevantes, a diferencia de otros grupos etarios, el género femenino, y un punto de vital importancia es la asociación entre la sintomatología depresiva <sup>3</sup>,

desesperanza <sup>40</sup> y la calidad de las relaciones familiares <sup>3</sup>. En adolescentes se ha considerado aún mayor el impacto sobre el riesgo de un intento suicida previo, siendo reportado que hasta el 10% de los adolescentes que han tenido un intento suicida tendrá un suicidio consumado dentro de los 10 años siguientes <sup>3</sup>. Otras variantes encontradas en adolescentes ha sido la prevalencia de la ideación suicida, siendo el doble en adolescentes femeninos que en masculinos, si bien al momento de analizar las muertes por suicidio, al igual que en los adultos, es mayor en los hombres <sup>40</sup>.

De acuerdo a lo previamente establecido, podemos entonces inferir que los grupos con mayor riesgo suicida son las personas con algún trastorno mental y/o con antecedentes de conductas suicidas, riesgo que se exagera considerando que son grupos estigmatizados y por lo tanto con menor sentido de pertenencia, internalizando estereotipos sociales, lo que puede llevar a consecuencias negativas cognitivas, afectivas y conductuales con resultados fatídicos <sup>36</sup>.

## REDUCCIÓN DE RIESGO

Existe una hipótesis de reducción de riesgo, en la que se plantea a la resiliencia, o capacidad de afrontamiento como opuesto al riesgo suicida, proponiéndose un espectro conformado por cada factor de riesgo con su “opuesto”, que sería un factor protector <sup>34,5</sup>.

Es importante considerar a los factores protectores como constructos psicológicos que ayudan a un individuo a superar adversidades, adaptarse y afrontar situaciones adversas <sup>34</sup>. la percepción de apoyo social, fundamentado en la presencia de relaciones interpersonales sólidas (familia, amigos, parejas, etc.), es un factor protector contra suicidio, documentado principalmente cuando hay antecedentes de eventos adversos en la infancia <sup>5</sup>, así como la capacidad resolutiva, y sentido de confianza y autoeficacia, que va asociado a la capacidad del individuo para percibir, identificar y manejar sus emociones <sup>34</sup>.

Las creencias y la religión como tal pueden influir de diversas maneras sobre el riesgo suicida, principalmente por las objeciones morales al suicidio y la convicción de ser castigado posterior a la muerte, por lo que de alguna manera podría ser considerado un factor protector <sup>35</sup> evidenciado por las menores tasas en países musulmanes, donde es visto como algo prohibido y mayores tasas en países ateos como China <sup>28</sup>. Sin embargo, también es importante considerar las diferencias por género de acuerdo a las costumbres religiosas de la población, en este caso notándose mayor radio masculino:femenino de suicidio en países cristianos y menor en países donde la religión principal es el hinduismo <sup>30</sup>.

#### LA FAMILIA EN LA REDUCCIÓN DEL RIESGO

Dado lo ya tratado en los párrafos previos, va a cobrar especial relevancia definir cuál es la importancia de la familia, tanto como un factor protector o, en el lado negativo, un factor predisponente para el riesgo suicida, ya que existen distintas modalidades de relaciones entre los miembros de las familias mexicanas y el establecimiento de los vínculos, considerándose la familia como un sistema abierto en constante evolución dada la interacción e intercambio con el ambiente y otros sistemas sociales <sup>42</sup>.

En México, los hogares familiares son el 88.1% del total de viviendas, de los cuales el 71.3% está compuesto por familias nucleares (incluyendo monoparentales), el 27.9% son hogares ampliados y el 0.8% son hogares compuestos (incluyen a personas sin correlación sanguínea) de acuerdo a los datos de 2018 reportados por el INEGI<sup>11</sup>, considerándose que existen varios tipos de familias en México, las tradicionales, compuestas por los padres e hijos y que pueden incluir a miembros de otra generación en el caso de las extensas; las familias en transición, que no incluyen alguna figura de las tradicionales y las emergentes, que albergan modelos nuevos que incluyen familias con padres del mismo sexo o las reconstituidas e incluso considerándose en este rubro a las familias unipersonales que constituyen el 11% de las “familias” en México <sup>43</sup>.

Una de las situaciones que contrasta entre la población mexicana y en general latinoamericana, con otras regiones del mundo, es que la familia suele ser el lugar

donde las personas desarrollan y mantienen los vínculos afectivos más intensos, documentándose que en el país el 80% de las personas mantiene contacto semanal con algún integrante de la familia, de los cuales el 60% llega a ser diario, brindando al grupo un sentido de cohesión, con múltiples subsistemas e interacciones entre los integrantes, sin embargo, la estructura de poder suele ser asimétrica dado el modelo patriarcal <sup>42</sup>, con un padre proveedor ausente y una madre abnegada <sup>44</sup>, por lo que suele haber mayor vínculo emocional con la madre en las relaciones paterno-filiales, sin embargo, en años recientes ha habido un acercamiento al equilibrio en la distribución del poder por género, evidenciado en el aumento de hogares jefaturados por mujeres, siendo ya del 28.5% en 2018 acorde a los datos de la INEGI, pese a lo cual persiste la percepción del rol del padre como autoritario, así como mayor dificultad de relacionarse con integrantes de mayor edad <sup>42</sup>, estando ya documentado que los apegos en las familias suelen ser evitativos y generadores de culpa, dinámicas que paradójicamente afectan la cohesión <sup>44</sup>, reforzados además por los modelos y prácticas de crianza basadas en la jerarquía de los padres, cumpliéndose las 5 funciones básicas, que son el cuidado, afecto, socialización, estatus y reproducción <sup>42</sup>.

La funcionalidad familiar impacta en el desarrollo personal de cada uno de los miembros de la familia, siendo parte de sus objetivos el permitir y facilitar a la par, la conformación de la identidad y socialización individual, a la vez que mantiene la cohesión grupal <sup>45</sup>, definida como el afecto, apoyo y compromiso que tiene cada integrante de la familia con respecto a los demás miembros del grupo <sup>46</sup>, por lo que identificar la dinámica, tipología, los vínculos y los patrones de disfuncionalidad familiar es importante para poder reconocer a tiempo el riesgo de trastornos mentales e incluso suicidio, ya que la resiliencia y adaptabilidad son desarrolladas en el seno de la familia <sup>45 46</sup>, tomando especial relevancia dado el impacto que tienen en el desarrollo, curso, pronóstico e incluso riesgo de recaída o resolución de los trastornos mentales <sup>46</sup>, por lo que definir una familia disfuncional empieza a cobrar relevancia, siendo definido como “aquella familia que no cumple con sus funciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su entorno” <sup>47</sup>.

En el caso del suicidio, se ha teorizado que puede ser resultado de una incapacidad de la familia para permitir la individualización de los miembros más jóvenes, siendo el intento suicida una manifestación de la autonomía o una “solución” a problemas familiares aparentemente irresolubles, mientras que en otras ocasiones es la vía de escape del miembro que funge en la dinámica como “chivo expiatorio” o de una relación paterno-filial autoritaria y abusiva <sup>48</sup>, también pudiendo ser la consecuencia de la incapacidad de la familia para desarrollar estrategias de afrontamiento y adaptabilidad ante las experiencias y emociones negativas <sup>46</sup>.

Existen varias escalas para valorar la funcionalidad, satisfacción y otras variables familiares, cobrando relevancia para éste trabajo la escala nombrada “APGAR familiar”, desarrollada en 1978 por Smilkstein y colaboradores para la medición cualitativa de la satisfacción familiar, validada en México por Gómez Clavelina y cols. en 2010, consta de 5 ítems en escala tipo Likert que constituyen las siglas A para la Adaptación, que se refiere a la manera en la que se reparten los recursos y el nivel de satisfacción percibida cuando es necesario disponer de ellos como ayuda o apoyo, P de *Partnership*, aludiendo a la asociación o cooperación entre los miembros de la familia para la comunicación y solución de problemas; G de *Growth*, que mide la libertad percibida dentro de la familia para el crecimiento e individualización; A de Afecto, que refleja la manera en la que se comparten las experiencias personales en el grupo, así como la intimidad emocional e interacción afectiva, finalmente quedando la R de Resolución, que trata la satisfacción con el tiempo que pasan entre ellos los miembros de la familia y la percepción de este compromiso. Cada ítem es puntuado con un valor 0 para casi nunca, 1 para algunas veces y 3, casi siempre, obteniéndose un puntaje global que clasifica la satisfacción en baja de 0 a 3, media de 4 a 6 y alta de 7 a 10, lo cual se puede interpretar como altamente funcional, moderadamente disfuncional o severamente disfuncional respectivamente.

## EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Como cualquier instrumento estadístico a nivel de población general se deben considerar los valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo <sup>41</sup>, por lo tanto, los modelos para predecir el riesgo suicida

pueden apoyar y mejorar la toma de decisiones en la clínica, considerándose que tienen un alto valor predictivo negativo <sup>4</sup> siendo el valor predictivo positivo apenas del 1% anual, con una sensibilidad de 56% y en personas consideradas con alto riesgo el VPP ha sido de apenas 5% a largo plazo <sup>50</sup>, y ya tomando en cuenta la gran variabilidad e interacción entre los diferentes factores de riesgo, la predicción de la conducta es altamente complicada, pudiendo tenerse una gran cantidad de faltos positivos <sup>34</sup>, por lo tanto la manera más común de evaluar el riesgo por los servicios de salud mental es por medio de entrevistas semi estructuradas <sup>50</sup> lo que se ha reflejado en que la asertividad diagnóstica o valor predictivo de riesgo en población general no ha mejorado en los últimos 50 años <sup>41</sup>.

La OMS ha recomendado que la prevención del riesgo sea alcanzada con una valoración de los factores de riesgo y protectores para poder establecer estrategias universales de prevención, selectivas para grupos de alto riesgo e indicadas para personas con riesgo individual, sin embargo, como ya se había expuesto anteriormente, hay diferencias notables entre diferentes naciones y poblaciones <sup>50</sup>, siendo el factor más común usado para clasificar como “alto riesgo suicida” la presencia de ideación suicida, sin embargo aproximadamente solamente el 1.4% de los identificados como tal morirán por suicidio, considerándose que de cada 1000, 17 se suicidarán en los siguientes 12 meses y solo unos pocos en el periodo considerado de vigilancia estrecha de 24 a 72 horas, lo cual genera en los clínicos una falsa seguridad de identificación del riesgo, ya que el 98% de las personas no iban a morir por suicidio independientemente de la intervención <sup>41</sup>.

Dentro de las escalas empleadas para evaluar el riesgo suicida hay distintas modalidades, pueden ser aplicadas por personal médico (clínico), autoaplicadas para riesgo y/o intencionalidad, auto y heteroaplicadas para factores protectores, instrumentos enfocados en población infantil y adolescente y escalas con fines específicos <sup>52</sup>. Una de las escalas más empleadas es la Escala de Ideación Suicida de Beck, que cuantifica y evalúa la recurrencia de pensamientos suicidas <sup>53</sup>, otra escala es la Escala Columbia para Evaluar el riesgo de suicidio, diseñada para identificar riesgo y conductas suicidas, permitiendo estratificarlo y distinguir contra

conductas autolesivas <sup>54</sup>, sin embargo, pese a ser entrevistas semi o estructuradas se ha encontrado que hay variabilidad en la respuesta dependiendo del entrevistador <sup>55</sup>.

Por lo anterior se ha recomendado evaluar cada persona de manera individual, valorando factores potencialmente modificables y con el uso de estrategias de prevención efectivas <sup>41</sup>, siendo tanto la sensibilidad como especificidad mejoradas cuando se usan métodos complementarios, en este caso evaluación clínica con algún instrumento de medición <sup>51</sup>, dirigiendo la investigación más hacia las necesidades para poder establecer intervenciones específicas, buscando prevenir el suicidio más que predecir <sup>2, 41, 51</sup>.

## INTERVENCIONES

Como ya se ha comentado previamente, la ideación suicida y conductas suicidas actualmente son un problema de salud pública importante, mortal y potencialmente prevenible <sup>7</sup>, sin embargo aún no contamos con la capacidad para discernir entre las personas que pueden experimentar ideación pero nunca progresar a conductas suicidas de aquellos que llegan a tener uno o múltiples intentos suicidas e incluso fallecer por esta causa <sup>2</sup>, siendo importante comentar que el 40% de las personas finadas por suicidio llegaron a estar en contacto con servicios médicos por causas no psiquiátricas <sup>56</sup>.

El autoreporte de intencionalidad suicida suele ser poco confiable, lo cual ha sido evidenciado tanto por la tasa de suicidios de personas egresadas hospitalariamente por riesgo suicida <sup>31</sup> como por la baja sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo, ya que no es posible crear un ítem que evalúe la variabilidad en la influencia de los factores predisponentes, precipitantes y las tomas de decisiones <sup>41, 55</sup>, asociado a que no hay evidencia de que algún factor de riesgo, amplio o específico, de manera única evidencia directa de efecto sobre la ideación, intencionalidad o muerte por suicidio<sup>7</sup>.

Entre las medidas universales como intervención sobre el riesgo suicida está la restricción a los medios por los que se comete el mismo <sup>2</sup>, principalmente los más usados y con mayor letalidad en ciertas poblaciones, ejemplos de esto es la remoción de sitios y facilidades para ahorcarse en hospitales y prisiones <sup>4</sup>; restricción al acceso a armas de fuego en varones estadounidenses y a pesticidas en poblaciones rurales de China, Sri Lanka e India; detoxificar el gas natural en Suiza y Reino Unido, así como la construcción de barreras en sitios que pudieran ser utilizados para saltar de altura <sup>57</sup>. Otros ejemplos de medidas universales son el manejo del suicidio por los medios de comunicación en diversas plataformas <sup>58</sup>, creándose ya guías para el manejo de las conductas de riesgo <sup>2</sup>, evitándose la sofisticación del suicidio o promoción del mismo como una solución <sup>57</sup>, además de la difusión de información para disminuir el estigma alrededor de la conducta suicida en los sobrevivientes <sup>36</sup>.

La farmacoterapia, en el caso de las conductas suicidas, va más dirigida al tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica, siendo los antidepresivos los que cuentan con mayor evidencia, reflejado en menores tasas de suicidio en las áreas con mayor prescripción de inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS)<sup>57</sup>, sin embargo, la información proviene de en su mayoría de estudios observacionales <sup>4</sup>. Particularmente en personas con esquizofrenia, el fármaco con mayor evidencia en riesgo suicida es la Clozapina, pudiendo también estar asociado a la monitorización continua que requiere <sup>2</sup>.

Entre las medidas farmacológicas en investigación se encuentra el uso de ketamina y enantiómeros de la misma, principalmente en personas con trastornos afectivos <sup>2</sup>, <sup>57</sup>.

El abordaje psicológico o psicoterapéutico ha tendido en enfocarse no sólo en la conducta suicida o riesgo, sino en las comorbilidades, como ansiedad y/o depresión <sup>4</sup>, siendo su efecto más notable a largo plazo <sup>57</sup>. La terapia cognitiva y cognitivo conductual son los abordajes con mayor evidencia a su favor, disminuyendo la incidencia del riesgo a 6 y 12 meses en adultos con alto riesgo <sup>2</sup>, otros abordajes

como *mindfulness* aumentan la estabilidad afectiva y capacidad de resolución <sup>4</sup>. Particularmente en personas con trastorno límite de la personalidad la terapia dialéctico conductual y hospitalización parcial orientada psicoanalíticamente han demostrado reducción del riesgo <sup>57</sup>. Para intervención en crisis hay modelos breves, en los que el objetivo es más la conducta que las causas y/o síntomas que llevan a ella <sup>2</sup>.

Finalmente hay que hacer un abordaje lo más completo posible, considerando todos los factores que pudieran estar asociados, incluyendo la calidad de vida, que puede estar mermada por condiciones propias del individuo, como el género, trastornos de personalidad y otros previamente comentados, así como problemas de salud, por lo que el abordaje finalmente tiene que ser dirigido <sup>2</sup>, siendo uno de los obstáculos sobre los que además se tiene que trabajar es la familia y ámbito social, buscando mejorar la red de apoyo y reducir el estigma <sup>36</sup>.

Varios estudios y modelos predictivos han mostrado que si se pudieran integrar varias intervenciones de prevención en un sistema multifacético se podría prevenir del 20 al 25% de los suicidios consumados <sup>38</sup>. Otra área de oportunidad es la integración de medidas tecnológicas, en las que se pueda combinar la información obtenida del uso personal con análisis y poder de *big data* para poder determinar el riesgo, pudiendo generar perfiles de riesgo individuales <sup>2, 38</sup>.

La tasa de suicidios a nivel mundial es virtualmente igual a la presentada hace 100 años <sup>20</sup>, por lo que actualmente se propone que, más que buscar hacer una predicción suicida se realice una intervención preventiva <sup>51</sup>, buscando en primera instancia identificar a la persona con riesgo para poder ofrecer una intervención esperanzadora, que reduzca el estrés y sufrimiento <sup>50</sup> y a largo plazo poder dirigirnos de una estadificación de riesgo a una evaluación de factores modificables y comprensión de las necesidades de una población específica para poder generar intervenciones efectivas <sup>41</sup>.

En México aún falta mucho por investigar, desconociéndose en gran medida las condiciones que han influido en el incremento gradual de la conducta suicida, además de los factores predisponentes, precipitantes y protectores asociados a fallas administrativas, falta de datos y de precisión en las causas de mortalidad no han permitido implementar una mejor estrategia de detección de riesgo <sup>10</sup>, siendo reportado que los principales factores de riesgo en la población mexicana pudieran ser consumo de sustancias y trastornos del control de impulsos <sup>9</sup>.

## 2. MÉTODO

---

### JUSTIFICACIÓN

Actualmente, a nivel mundial, el suicidio cobra cada vez más relevancia como un problema de salud pública, ya ubicándose en las primeras causas de muerte en grupos etarios con gran potencial productivo, provocando grandes repercusiones, tanto familiares como sociales por la pérdida de vidas a mano propia.

En México se desconoce en gran medida qué es lo que ha generado el incremento en las conductas suicidas, si bien ha cambiado el panorama sociodemográfico, es importante evaluar tanto los factores de riesgo como los considerados protectores, siendo, dado el grupo etario, de vital importancia el soporte familiar, tanto para normar conducta a seguir como por el seguimiento a largo plazo, pero ¿Qué sucede cuando la percepción del familiar no concuerda con la letalidad o intencionalidad suicida? ¿Se desestima el riesgo? Se pierde un gran factor protector, por lo anterior, además de ciertas diferencias en cuanto a los factores de riesgo en comparación con las estadísticas mundiales, se considera importante evaluar de la manera más completa, no solo el riesgo suicida, sino en medida de lo posible el ambiente de soporte para en un futuro, poder dirigir estrategias efectivas de prevención. Nuestro hospital continúa siendo el más grande en su especialidad a nivel nacional incluso a nivel Latinoamérica lo cual hace relevante el poder conocer estas características en la población que atiende, refiriéndose por el departamento de estadística de nuestro nosocomio que en el 2018 se atendieron 2609 personas con intento suicida, de los cuales 2162 se presentaron con intento suicida y 568 con autolesiones, cifras que se incrementaron en 2019, registrándose 3604 personas con riesgo suicida, 3385 personas con intento suicida y 1065 con autolesiones, representando incrementos del 38.14%, 56.57% y 87.5% respectivamente, situación que nos revela, no sólo están acudiendo más personas con riesgo suicida, si no que los que acuden, de acuerdo a lo previamente expuesto, cuentan con mayor riesgo de atentar contra su vida, por lo que el soporte familiar se vuelve una pieza angular tanto del tratamiento como del seguimiento a futuro y apoyo.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se desconocen las características de la población con riesgo suicida que amerita ser hospitalizada en el servicio de Observación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, además de los factores de riesgo asociados y la percepción del acompañante de los mismos, por lo que es necesario realizar investigación respecto a esta importante población con la finalidad de ofrecer mejores estrategias de tratamiento.

## PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Es distinta la percepción de la satisfacción familiar entre la población hospitalizada por riesgo suicida y su familiar acompañante?

## OBJETIVO GENERAL

Evaluar la diferencia en la satisfacción familiar entre población hospitalizada por riesgo suicida en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” y su familiar acompañante, durante el periodo comprendido entre julio de 2020 y diciembre de 2020.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar las variables socio-demográficas (edad, sexo, género, orientación sexual, estado civil, ocupación, escolaridad y creencias religiosas) de las personas con riesgo suicida hospitalizadas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y su acompañante.

Determinar el riesgo suicida de las personas hospitalizadas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez por dicho motivo.

Determinar la intencionalidad suicida de las personas identificadas con riesgo suicida hospitalizadas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez por este motivo.

Identificar y comparar la percepción de la persona con riesgo suicida hospitalizada en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y de su familiar, de la satisfacción de la funcionalidad familiar.

## HIPOTESIS

H0. La satisfacción familiar del paciente y su acompañante es igual.

H1. La satisfacción familiar del paciente y su acompañante es diferente.

H0. No existe una correlación entre la severidad de la ideación suicida y la satisfacción familiar.

H1. Existe una correlación entre la severidad de la ideación suicida y la satisfacción familiar

H0. No existe una correlación entre la letalidad del intento suicida y la satisfacción familiar.

H1. Existe una correlación entre la letalidad del intento suicida y la satisfacción familiar

H0. No existe una correlación entre la letalidad potencial y la satisfacción familiar.

H1. Existe una correlación entre la letalidad potencial y la satisfacción familiar.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA

**Tabla 1.** Descripción de variables y unidad de medida

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medida
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento al momento actual.	Registrado en la hoja de recolección de datos	Cuantitativa/ Independiente	Cuantitativa discontinua	Años
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer <sup>a</sup> .	Registrado en la hoja de recolección de datos	Cualitativa / Independiente	Nominal	Hombre Mujer Trans Intersexual
Identidad de Género	Conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y mujeres (OMS) <sup>a</sup>	Registrado en la hoja de recolección de datos	Cualitativa / Independiente	Nominal	Masculino Femenino Masculino (Trans) Femenino (Trans) No binario (Queer) Otro
Orientación Sexual	Capacidad de sentir atracción erótica afectiva hacia una persona, así como la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas (CONAPRED) <sup>b</sup>	Registrado en la hoja de recolección de datos	Cualitativa / Independiente	Nominal	Heterosexual Homosexual Bisexual Asexual Pansexual Otro

Estado civil o conyugal	Característica que diferencia a un individuo de ser soltero o no.	Registrado en la hoja de recolección de datos	Cualitativa / Independiente	Nominal	Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Unión libre
Ocupación	Actividades productivas del paciente	Registrado en la hoja de recolección de datos	Cualitativa / Independiente	Nominal	Ama de casa Empleado Estudiante Etc
Escolaridad	Grado de estudios realizados por una persona para obtener conocimiento	Registrado en la hoja de recolección de datos	Cualitativa / Independiente	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Técnico Licenciatura Maestría Doctorado Otros
Creencias religiosas/espirituales / Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto (Real Academia Española) <sup>c</sup>	Registrado en la hoja de recolección de datos	Cualitativa / Independiente	Nominal	Anglicano Atea Budista Católica Creyente Cristiano Energías Mormón Ninguno
Familiares primer grado	Miembro de la familia que comparte el 50 por ciento de sus genes con una persona concreta de su familia <sup>d</sup> .	Registrado en la hoja de recolección de datos	Cualitativa / Independiente	Nominal	Padre Madre Hijo Hermano Esposo/Cónyuge
Trastorno mental y del comportamiento	Cualquier enfermedad o trastorno mental o del comportamiento.	Criterios Diagnósticos de la Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10: CDI-10	Cualitativa/ Independiente	Nominal	F00- F99
Suicidio	Conducta o acto autodestructivo que tiene como meta, explícita o inferida, alcanzar la muerte <sup>3, 22</sup> .	NA	Cualitativa/ Independiente	Nominal	Presente Ausente
Antecedentes familiares de suicidio	Familiares que hayan tenido conductas suicidas, intentos suicidas o finados por suicidio.	Registrado en la hoja de recolección de datos	Cualitativa / Independiente	Nominal	Presente Ausente  Padre Madre Hijo Hermano Abuelos Tíos Primos Cónyuge Otro

Riesgo suicida	Presencia activa de amenazas suicidas, ideación suicida, intentos suicidas, suicidio y conductas autolesivas <sup>23</sup> .	Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (Sp-CSSRS)	Cualitativa/ Independiente	Nominal	Presente Ausente
Ideas suicidas/ ideación suicida	Pensamientos o deseos de morir o terminar con la vida <sup>2</sup> .	Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (Sp-CSSRS)	Cuantitativa/ Dependiente	Nominal  Ordinal	Si No  0 sin riesgo 1 – 2 riesgo leve 3 riesgo moderado 4 – 5 riesgo serio
Severidad de la ideación	Presencia y gravedad de los pensamientos de morir o terminar con la vida.	Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (Sp-CSSRS)	Cuantitativa/ Dependiente	Ordinal Escarlar	1= deseos de morir 2= ideas suicidas activas inespecificas 3= ideas suicidas activas con métodos 4= intencionalidad suicida 5= intencionalidad suicida con planeación
Intensidad de la Ideación Suicida	Evalúa la frecuencia, duración, control, impedimentos y razones para la ideación suicida.	Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (Sp-CSSRS)	Cuantitativa/ Dependiente	Nominal	Moderada (6-10) Mod. Severa (11-15) Severa (16-20) Muy severa (21-25)
Intento suicida	Conducta autodestructiva no fatal ejercida con la intención de morir <sup>2</sup>	Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (Sp-CSSRS)	Cualitativa/ Dependiente	Nominal	Presente Ausente
Intencionalidad suicida / letalidad potencial	Severidad del daño causado o buscado con el intento suicida y la probabilidad de muerte en el intento real.	Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (Sp-CSSRS)	Cualitativa/ Dependiente	Ordinal Escarlar	0. No hay daño físico o muy poco daño físico 1. Daño físico menor 2. Daño físico moderado: necesita atención médica 3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización y probable cuidado. 4. Daño físico grave: necesita hospitalización con cuidado Intensivo 5. Muerte 0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones 1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte 2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible

Función familiar	Satisfacción que percibe un individuo en relación con el cumplimiento de las funciones de su familiar f.	Apgar Familiar: puntaje	Cuantitativa/ Dependiente	Nominal Escalar	Baja 0 – 3 Media 4 – 6 Alta 7 – 10
------------------	--	-------------------------	---------------------------	-----------------	--

## UNIVERSO

Personas con riesgo suicida que se encuentren hospitalizadas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de julio 2020 a diciembre 2020.

## MUESTREO

No probabilístico, por goteo, subjetivo por decisión razonada (cumplir con los criterios del estudio).

## TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, Transversal, Observacional.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personas que se encuentren hospitalizadas con riesgo suicida en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, sin importar variables socio-demográficas.
- Personas hospitalizadas con riesgo suicida que accedan a participar de manera voluntaria en el estudio con firma de consentimiento informado correspondiente y cuyo familiar acepte también participar.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas que se encuentren hospitalizadas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez sin riesgo suicida.
- Personas que se encuentren hospitalizadas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con discapacidad intelectual (retraso mental de acuerdo a CIE 10)
- Personas que se encuentren hospitalizadas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con diagnóstico de trastorno neurocognitivo (demencia).

- Personas que se encuentren hospitalizadas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con antecedentes de episodios psicóticos previos.
- Personas que se encuentren hospitalizadas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con episodios de sintomatología maniaca previa o diagnóstico de Trastorno Bipolar ya establecido.
- Personas que se encuentren hospitalizadas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con diagnóstico de Esquizofrenia o trastornos psicóticos crónicos.
- Personas que se encuentren hospitalizadas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con Trastornos del Espectro Autista.

## CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Personas que no tengan completos sus datos en la hoja de recolección de datos.
- Personas en quienes se detecte sintomatología psicótica durante la entrevista.
- Personas cuyo acompañante padezca algún Trastornos psicótico, discapacidad intelectual o algún trastorno neurocognitivo

## SELECCIÓN DE LAS FUENTES, MÉTODOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

### METODOLOGÍA

Se presentó el protocolo ante el Comité de Investigación y el Comité de Bioética del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” para su evaluación y autorización previo a la aplicación de escalas.

### OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

Se invitó a participar a las personas que se encontraban hospitalizadas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de julio a diciembre de 2020 que cumplieran con los criterios de inclusión.

Para la identificación del participante se utilizaron las iniciales de su nombre y apellidos (paterno y materno), en caso de encontrarse duplicados se asignó un número ordinal para diferenciar a los participantes, en ningún momento viéndose involucrada su identidad o datos personales, protegiéndose la confidencialidad de la información.

Se recopiló la información socio demográfica en un formato autoaplicable.

## INSTRUMENTOS

La escala Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (Sp-CSSRS) se aplicó en formato impreso por el Médico Residente encargado de la realización estudio.

La escala autoaplicables (APGAR familiar) se entregó en formato impreso para su resolución bajo la supervisión del Médico Residente encargado de la realización del estudio.

- Columbia Suicide Severity Rating Scale, versión en español (Sp-CSSR): Desarrollada por investigadores de la Universidad de Columbia, Pennsylvania y Pittsburgh, con versión validada al español. Busca evaluar la conducta suicida como una situación multidimensional, valorando en 4 subescalas: severidad de la ideación, la intensidad de la ideación, la conducta suicida y la letalidad del intento.

La sub-escala de severidad de la ideación es una escala ordinal de 5 puntos que se califica en: 1, deseos de morir; 2, ideas suicidas activas inespecíficas; 3, ideas suicidas activas con métodos; 4, intencionalidad suicida y 5, intencionalidad suicida con planeación.

La intensidad de la ideación se mide en una subescala ordinal de 5 ítems, cada uno valorado en una escala ordinaria de 5 puntos, evaluando la frecuencia, duración, control, impedimentos y razones para la ideación, se suman todos los ítems obteniéndose un resultado de 2 a 25.

La Conducta suicida es valorada en una subescala con ítems nominales que incluyen los intentos suicida actuales, los abortados y los interrumpidos, así como acciones preparativas y presencia de conducta autolesiva no suicidas. Finalmente, la subescala de letalidad evalúa los intentos suicidas ejecutados, con dos ítems, el primero que valora el grado de letalidad y lesiones, y el segundo que evalúa la letalidad potencial.

- APGAR familiar: escala desarrollada en 1978 por Smilkstein y colaboradores para la medición cualitativa de la satisfacción familiar, validada en México por Gómez Clavelina y cols. en 2010, consta de 5 ítems en escala tipo Likert que miden adaptación, asociación, desarrollo, afecto y resolución, con puntuación para cada uno de 0 (casi nunca), 1 (algunas veces) y 3 (casi siempre), obteniéndose un puntaje global que clasifica la satisfacción en baja de 0 a 3, media de 4 a 6 y alta de 7 a 10, lo cual se puede interpretar como altamente funcional, moderadamente disfuncional o severamente disfuncional respectivamente.

#### CONFORMACIÓN DE LA BASE DE DATOS

La información recopilada se recopiló de manera inicial en Microsoft Excel para ser codificada e ingresada para su análisis estadístico.

#### MÉTODOS ESTADÍSTICOS

Se elaboró una base de datos de todos los pacientes participantes en el estudio y los datos se procesaron en el programa IBM SPSS Statistics versión 25.

Se buscó la relación mediante análisis de correlación, utilizando la prueba Chi cuadrada (correlación de Pearson), además de obtenerse las variables estadísticas consideradas para el análisis de datos.

Los resultados se presentan en texto tablas y figuras en el apartado correspondiente.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se manejó con estricta confidencialidad la información obtenida.

No se mencionan las identidades de las personas en ningún apartado del reporte.

A las personas que lo solicitaron, se les brindó un reporte de los datos personales recabados en la aplicación de las escalas.

Se obtuvo la aceptación para participar en la investigación tanto de la persona que acude al servicio de urgencias como del familiar acompañante de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 37 del en el Capítulo III de Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

De acuerdo con el Artículo 39, en el Capítulo III de Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, se considera de riesgo mínimo y sin beneficio directo, ya que se aplicarán cuestionarios que brindarán información y conocimiento sobre la condición de la persona y su familiar en el momento de la aplicación.

La participación en el proyecto no generó algún cargo o costo al usuario.

Se respetó en todo momento la autonomía de la persona que participa en el estudio.

La información obtenida no impactó de manera alguna en el tratamiento instaurado, el manejo terapéutico y/o trato del médico tratante al paciente, sin embargo, en los casos con potencialidad de letalidad alta se notificó al médico adscrito encargado del servicio de Observación en el turno y se anexó una copia al expediente, así mismo, en caso de que el médico tratante lo solicitara, se entregó el reporte de los datos recabados en la aplicación de escalas previa autorización del paciente.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

**Tabla 2.** Cronograma de actividades

2020-2021	Ene 20	Feb	Mar	Abril	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene 21	Feb	Mar	Abri	May	Jun	
Investigación documental y terminación del marco teórico	X	X	X	X	X														
Presentación ante comités					X	X													
Aplicación de pruebas							X	X	X	X	X	X							
Interpretación de resultados													X	X					
Elaboración de reporte														X	X				
Entrega de reporte																X	X		
Correcciones																X	X		
Entrega de reporte final																			X

### 3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y RESULTADOS

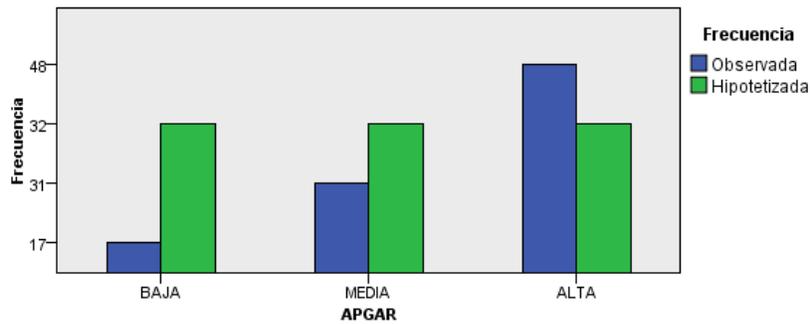
---

En total se entrevistó a 52 personas con riesgo suicida junto con el familiar responsable, las entrevistas se condujeron en el área de Urgencias tras la valoración pertinente por dicho servicio y decidirse su ingreso al servicio de Observación para hospitalización por riesgo suicida. Se les aplicaron los instrumentos de investigación (cédula de datos sociodemográficos, APGAR familiar modificado, ELES y a la persona la Sp-CSSRS) eliminándose cuatro registros al no cumplir con todos los criterios de inclusión en el estudio, quedando una muestra analizada con una  $N$  de 48 personas con riesgo suicida y su familiar responsable.

Durante la aplicación de las escalas se documentó que en 2 casos que el intento suicida cometido condicionó daño físico grave, ya siendo usuarios canalizados a nuestro Hospital tras un internamiento en Hospital General por las lesiones, siendo importante en este punto informar que en uno de los casos no había presentado previo a dicho intento ideación suicida, intentos suicidas o conductas autolesivas. En cuanto a la letalidad potencial del intento suicida se identificaron, además de los dos casos previamente comentados, 12 casos en los que el intento suicida tenía probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible, por lo que se notificó al médico adscrito en el momento encargado del servicio de Observación y se anexó una copia de la escala sp-CSSR al expediente clínico.

Una vez analizados los datos se encontró que:

Existe una diferencia estadísticamente significativa entre la persona con riesgo suicida y su familiar en cuanto a la satisfacción familiar, obteniéndose un valor de  $P$  de 0.001, siendo el nivel de significancia de 0.05 exponiéndose en la *Figura 1* la representación gráfica de las frecuencias.



**Figura 1.** Representación gráfica de las frecuencias observadas e hipotetizadas en la prueba de chi-cuadrado para las categorías de satisfacción familiar, obteniéndose un valor de  $P$  de 0.001.

Para analizar los resultados en el programa SPSS las medias de los resultados entre los dos grupos (personas con riesgo suicida y familiares), con el resultado final de la escala. exponiéndose en la *Tabla 3* las medias tanto del puntaje global como de la interpretación de la escala para los dos grupos.

**Tabla 3.** Representación de las variables de la satisfacción familiar reportada en el grupo de personas con riesgo suicida

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	Media puntaje del global
<b>PERSONAS CON RIESGO SUICIDA</b>	48	1 (BAJA)	3 (ALTA)	2.10	.778	5.854
<b>FAMILIARES</b>	48	1 (BAJA)	3 (ALTA)	2.54	.683	7.02



**Figura 2.** Distribución de los puntajes obtenidos en la escala de APGAR familiar por grupo.

En cuanto a los ítems de la escala de APGAR familiar, al ser analizados de manera individual se encontró mediante la prueba de chi cuadrada una diferencia estadísticamente significativa en el ítem de adaptabilidad siendo de .0001, en la categoría de cooperación con una P de 0.030 y en la categoría de resolución con 0.001, mientras que las categorías de desarrollo y afectividad se encontraron sin significancia, con valores de P de 0.380 y 0.666 respectivamente.

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS CON RIESGO SUICIDA

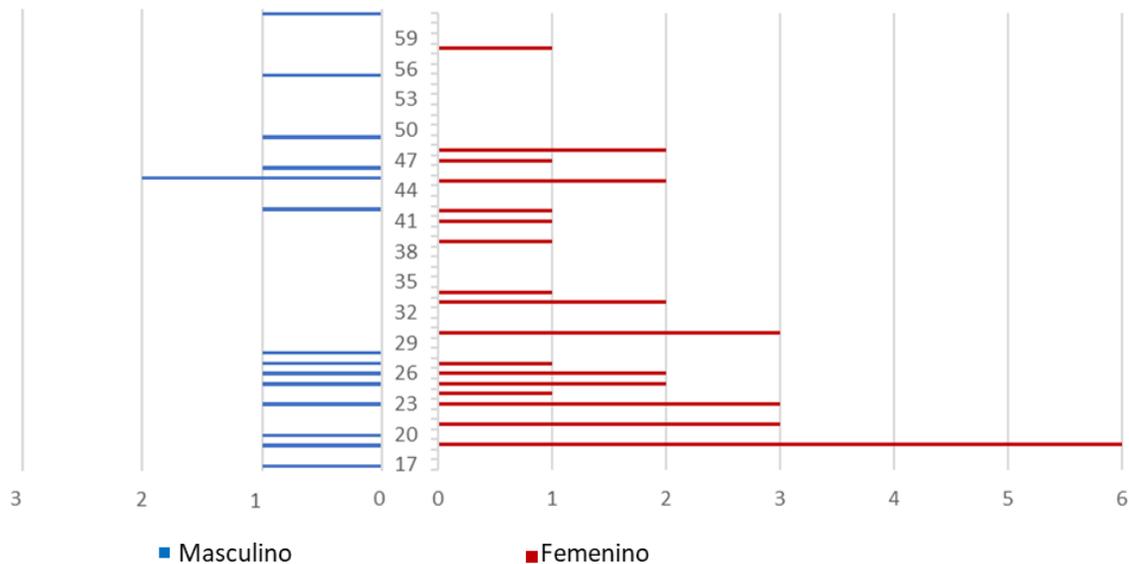
### 1) Edad

La media de edad de las personas que fueron hospitalizadas por riesgo suicida fue de 32 años (31.875), con rangos que oscilaban entre 17 y 61 años y moda de 27 años, siendo personas que se encuentran entre la tercera y cuarta década de la vida (Ver *Tabla 4*).

**Tabla 4.** Representación de las medidas de tendencia central para el grupo de personas con riesgo suicida

<b>Media</b>	31.875
<b>Mediana</b>	19
<b>Moda</b>	27
<b>Edad mínima</b>	17
<b>Edad máxima</b>	61
<b>Desviación</b>	12.13

La distribución por frecuencias por edad en cuanto al género fue más uniforme en los hombres que en las mujeres, situación expuesta en la *Figura 2*. Con la mayor frecuencia en hombres siendo en el grupo de mayor frecuencia el de 45 años y en mujeres el de 19 años.



**Figura 3.** Representación gráfica de la distribución de las frecuencias por edad acorde al género

## 2) Sexo

Con respecto al sexo se encuentra que el 68.75% de la muestra fueron mujeres, 29.17% hombres y 1 persona que corresponde al 2.08% de la muestra, un hombre trans (Ver *Tabla 5*).

**Tabla 5.** Representación del sexo del grupo de personas con riesgo suicida

	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	14	29.17
Mujeres	33	68.75
Hombre trans	1	2.08
Total	48	100%

## 3) Identidad de Género

Con respecto a la identidad de género, dado lo expuesto en el apartado previo, el 31.5% de las personas se identifican con el género masculino y 68.75% con el género femenino (Ver *Tabla 6*).

**Tabla 6.** Representación de la Identidad de Género del grupo de personas con riesgo suicida.

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	15	31.25
Femenino	33	68.75
Total	48	100%

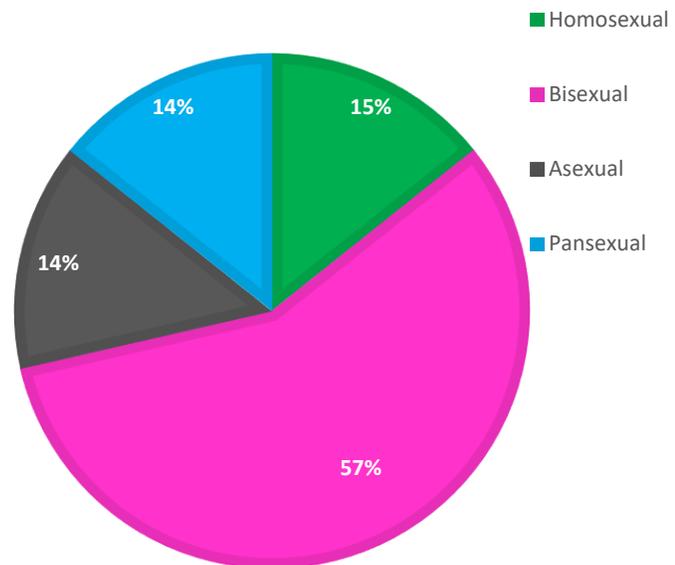
#### 4) Orientación Sexual

En cuanto a la orientación sexual podemos ver que el 29.18% de la muestra son personas pertenecientes a grupos considerados de riesgo por ser minoría sexual (Ver *Tabla 7*).

**Tabla 7.** Representación de la orientación sexual del grupo de personas con riesgo suicida.

	Frecuencia	Porcentaje
Heterosexual	34	70.83
Homosexual	2	4.17
Bisexual	8	16.67
Pansexual	2	4.17
Asexual	2	4.17
Total	48	100 %

En cuanto a las personas pertenecientes a grupos considerados minorías sexuales el 57% tiene una orientación bisexual, el 15% homosexual, con 14% con orientación pansexual y 14% asexual, expuesto en la *Figura 4*.



**Figura 4.** Representación gráfica de la distribución de las personas pertenecientes a una orientación sexual considerada dentro de las minorías sexuales (LGBTT) con riesgo suicida.

## 5) Estado Civil

Con respecto al estado civil el 64.58% de las personas al momento con riesgo suicida se encuentran sin pareja, ya sea por soltería o divorcio, mientras que el 35.42 viven en pareja (Ver *Tabla 8*).

**Tabla 8.** Representación del estado civil del grupo de personas con riesgo suicida.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Solteros	28	58.33
Casados	11	22.92
Divorciados	3	6.25
Unión Libre	6	12.50
Total	48	100%

## 6) Escolaridad

En el grupo de personas con riesgo suicida no se encontraron personas analfabetas o con nivel de estudios más alto (Doctorado), siendo preparatoria el mayor grupo (29.17%) seguido de manera igual de personas con nivel educativo de secundaria y Licenciatura (25% cada uno), concentrándose la muestra en la educación media-superior (Ver *Tabla 9*).

**Tabla 9.** Representación de la escolaridad del grupo de personas con riesgo suicida.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Primaria	5	10.42
Secundaria	12	25.00
Preparatoria	14	29.17
Técnico	3	6.25
Licenciatura	12	25.00
Maestría	1	2.08
Otros	1	2.08
Total	48	100%

## 7) Creencias religiosas

Encontramos que el 35.41% de la muestra se define como ateo o sin creencia religiosa alguna, siendo el segundo grupo más frecuente en las creencias religiosas o espirituales después de la religión católica (Ver *Tabla 10*).

**Tabla 10.** Representación de las creencias religiosas del grupo de personas con riesgo suicida.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Católica	25	52.08
Creyente	1	2.08
Cristiano	2	4.17
Mormón	1	2.08
Anglicano	0	0.00
Budista	1	2.08
“Energías”	1	2.08
Atea	4	8.33
Ninguna	13	27.08
Total	48	100%

#### 8) Consumo de sustancias

El 75% de las personas de este grupo consumen de manera regular alcohol o tabaco, y el 66.7% alguna sustancia ilícita (Ver *Tabla 11*).

**Tabla 11.** Representación del consumo de sustancias de las personas con riesgo suicida.

	<b>Sustancias legales (Alcohol/tabaco)</b>		<b>Sustancias ilícitas</b>	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	36	75	32	66.7
No	12	25	16	33.3
Total	48	100%	48	100%

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS FAMILIARES

#### 1) Familiar responsable

La mayor parte de las personas acudieron al servicio de urgencias en compañía de su madre (33.33%) seguido de hermanos (18.75%) y esposo o pareja (16.67%), considerándose este grupo diferente al de “novio/a” al ser parejas ya sea con matrimonio o en concubinato (Ver *Tabla 12*).

**Tabla 12.** Representación del parentesco del grupo de familiares.

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Padre	4	8.33
Madre	16	33.33
Hijo/a	5	10.42
Esposo/a o Pareja	8	16.67
Novio/a	3	6.25
Hermano/a	9	18.75
Tío/a	3	6.25
Total	48	100%

## 2) Edad

En cuanto a la edad de los familiares acompañantes la media de edad de los familiares fue de 41 años (40.6), con rangos que oscilaban entre 16 y 69 años y moda de 58 años, con una gran heterogeneidad en la muestra (Ver *Tabla 13*).

**Tabla 13.** Representación de las medidas de tendencia central para el grupo de familiares.

<b>Media</b>	<b>40.6</b>
Mediana	41
Moda	58
Edad mínima	16
Edad máxima	69
Desviación	12.396

## 3) Sexo

El mayor número de personas con riesgo suicida hospitalizadas su acompañante fue una mujer, en el caso del grupo de familiares todas las personas se identificaron con el mismo género acorde a su sexo (Ver *Tabla 14*).

**Tabla 14.** Representación del sexo e identidad de género del grupo de familiares.

	Frecuencia	Porcentaje
Hombres / Masculino	18	37.5
Mujeres /Femenino	30	62.5
Total	48	100%

## 4) Orientación Sexual

En cuanto a la orientación sexual de los familiares el 97.92 de éstos se identifican como heterosexuales y solamente el 2.08% se identifica como bisexual (Ver *Tabla 15*).

**Tabla 15.** Representación de la orientación sexual del grupo de familiares.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Heterosexual	47	97.92
Homosexual	0	0
Bisexual	1	2.08
Pansexual	0	0
Asexual	0	0
Total	48	100

## 5) Estado Civil

La distribución de los familiares fue más homogénea, pudiendo dividirse en 45.84% de las personas casadas o en concubinato y el porcentaje restante sin vivir con pareja (Ver *Tabla 16*).

**Tabla 16.** Representación del estado civil del grupo de familiares.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Solteros	16	33.33
Casados	14	29.17
Divorciados	9	18.75
Viudo	1	2.08
Unión Libre	8	16.67
Total	48	100%

## 6) Escolaridad

En cuanto a la escolaridad del grupo de familiares la mayor parte se ubica en secundaria (29.17%), seguido de igual manera por preparatoria y licenciatura, sin embargo, si equiparamos lo que es educación media superior (preparatoria y nivel técnico) este grupo abarca el mayor porcentaje con un 33.34 acumulado (Ver *Tabla 17*).

**Tabla 17.** Representación de la escolaridad del grupo de familiares

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Analfabeta	1	2.08
Primaria	2	4.17
Secundaria	14	29.17
Preparatoria	11	22.92
Técnico	5	10.42
Licenciatura	11	22.92
Maestría	2	4.17
Otros	2	4.17
Total	48	100%

## 7) Creencias religiosas

A diferencia del grupo de personas con riesgo suicida en el grupo de familiares solamente el 14.59 % de las personas se identificaron como Ateos o sin religión (Ver *Tabla 18*).

**Tabla 18.** Representación de las creencias religiosas del grupo de familiares.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Católica	32	66.67
Creyente	5	10.42
Cristiano	2	4.17
Mormón	1	2.08
Anglicano	1	2.08
Atea	2	4.17
Ninguna	5	10.42
Total	48	100%

## 8) Consumo de sustancias

En cuanto al grupo de familiares el 62.5% consume alcohol y/o tabaco y el solamente 10.4% consume alguna sustancia ilícita (Ver *Tabla 19*).

**Tabla 19.** Representación del consumo de sustancias del grupo de familiares

	<b>Sustancias legales (Alcohol/tabaco)</b>		<b>Sustancias ilícitas</b>	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	30	62.5	5	10.4
No	18	37.5	43	89.6
Total	48	100%	48	100%

## PRUEBAS CRUZADAS

Se procesó también un análisis de la Satisfacción familiar (medida con la escala de APGAR familiar) y el riesgo suicida (medida con la escala Sp-CSSRS), realizándose una comparativa utilizando la prueba de Chi-cuadrada para identificar si existía alguna asociación significativa para cada uno de los factores de riesgo, exponiéndose en la *Tabla 21* el resumen de las pruebas de Chi Cuadrada para el procesamiento de los casos.

**Tabla 20.** Resumen de las Pruebas de Chi cuadrada.

		SATISFACCIÓN FAMILIAR	SEVERIDAD	POTENCIAL	LETALIDAD
SATISFACCIÓN FAMILIAR	Correlación de Pearson	1	0.052	0.178	-0.131
	N	48	48	48	48
SEVERIDAD	Correlación de Pearson	0.052	1	0.139	0.017
	N	48	48	48	48
POTENCIAL	Correlación de Pearson	0.178	0.139	1	0.503
	N	48	48	48	48
LETALIDAD	Correlación de Pearson	-0.131	0.017	0.503	1
	N	48	48	48	48

Siendo el nivel de significancia de  $P$  de 0.05, encontramos que no hay una relación estadísticamente significativa entre la Satisfacción Familiar y distintas variables del riesgo suicida (severidad, potencial lesivo y la letalidad del intento suicida), encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre la letalidad del intento suicida, que se refiere al daño físico sufrido en el intento suicida, con el potencial de letalidad, que nos habla de la probabilidad de lesiones graves o incluso muerte en caso de no haber sido interrumpido o abortado el intento suicida, por lo que se obtuvo la distribución posterior para las correlaciones por parejas, desglosándose en la *Tabla 22* las variables de esto.

**Tabla 21.** Caracterización de distribución posterior para correlaciones por parejas.

		APGAR	SEVERIDAD	LETALIDAD	POTENCIAL
APGAR	Moda		.051	-.130	.177
	Media		.047	-.121	.167
	Varianza		.020	.019	.019
SEVERIDAD	Moda	.051		.017	.138
	Media	.047		.016	.130
	Varianza	.020		.020	.019
LETALIDAD	Moda	-.130	.017		.499
	Media	-.121	.016		.476
	Varianza	.019	.020		.012
POTENCIAL	Moda	.177	.138	.499	
	Media	.167	.130	.476	
	Varianza	.019	.019	.012	

Pese a no encontrarse una relación estadísticamente significativa, en la *Tabla 23* se expone el recuento de la Satisfacción familiar y la letalidad, llamando la atención que las dos personas que ameritaron atención en la Unidad de Cuidados Especiales por la letalidad del intento tenían una satisfacción familiar media y baja.

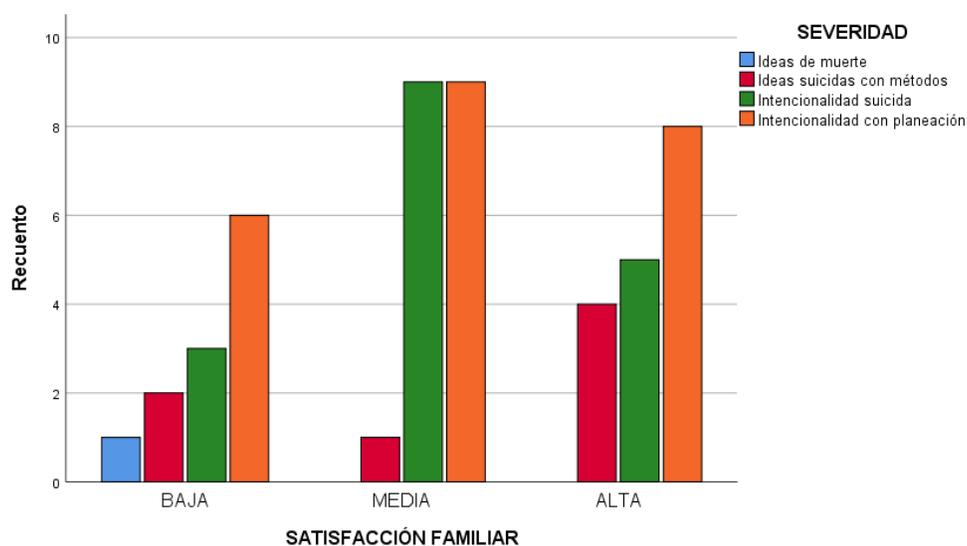
**Tabla 22.** Representación del recuento de la relación entre la satisfacción familiar y la letalidad.

		SATISFACCION FAMILIAR- LETALIDAD					Total
		LETALIDAD					
		No hay daño físico	Daño menor	Daño moderado: necesita atención	Daño moderado: necesita hospitalización	Daño grave: UCI	
SATISFACCION FAMILIAR	BAJA	2	7	2	0	1	12
	MEDIA	10	3	3	2	1	19
	ALTA	6	7	4	0	0	17
Total		18	17	9	2	2	48

En cuanto a la distribución de la Severidad y Satisfacción Familiar el 83.33% (40 personas con riesgo suicida) de la muestra se encuentra concentrada en Intencionalidad Suicida e Intencionalidad con Planeación, llamando la atención que en esta relación se obtuvo un resultado de  $P$  de 0.52 siendo estadísticamente significativo a menor a  $P < 0.5$ , exponiéndose las frecuencias en la *Tabla 24*.

**Tabla 23.** Representación del recuento de la relación entre la satisfacción familiar y la severidad de la ideación suicida.

		SEVERIDAD				Total
		Ideas de muerte	Ideas suicidas	Intencionalidad suicida	Intencionalidad con planeación	
Satisfacción Familiar	BAJA	1	2	3	6	12
	MEDIA	0	1	9	9	19
	ALTA	0	4	5	8	17
Total		1	7	17	23	48



**Figura 5.** Gráfico que expone las frecuencias por satisfacción familiar del grado de letalidad suicida.

La relación de la satisfacción familiar con la letalidad potencial, que se refiere a la probabilidad de daño que se podría haber presentado en caso de consumarse el intento suicida, está distribuida con poca probabilidad de lesiones 33.33%, con probabilidad de lesiones pero no de muerte del 37.5% y con alta probabilidad de muerte en 29.16% (ver *Tabla 25*).

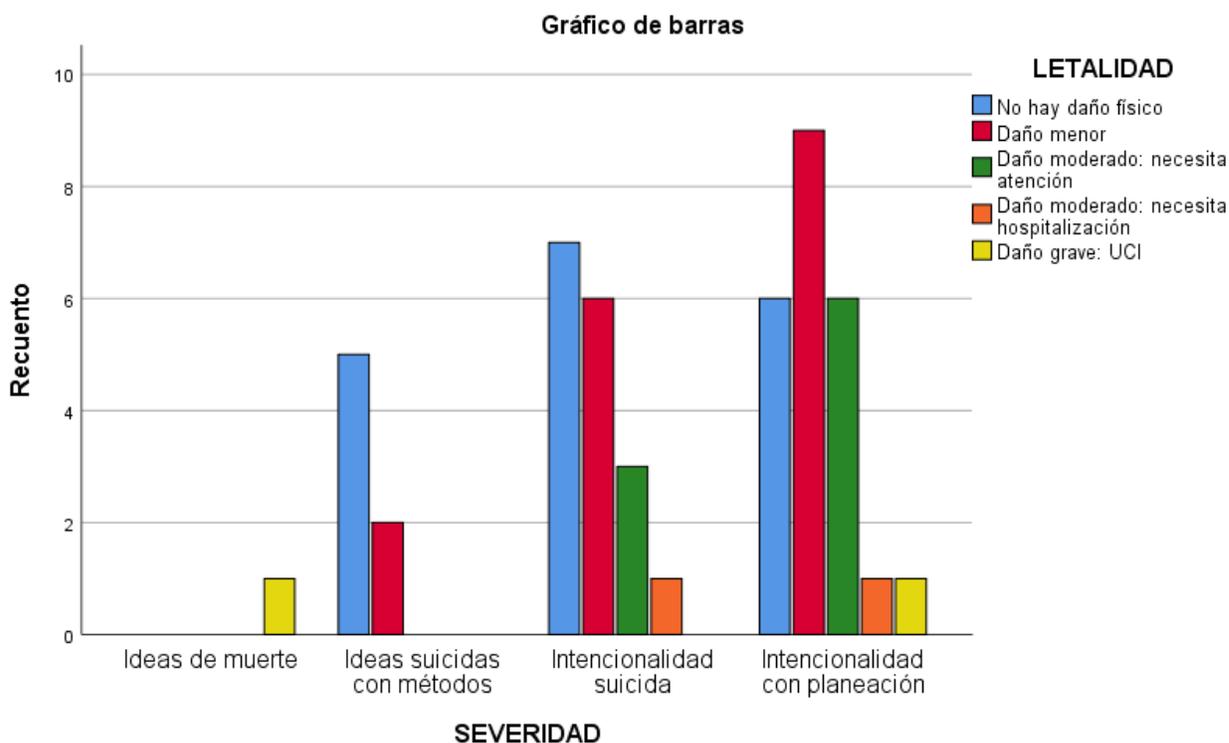
**Tabla 24.** Representación del recuento de la relación entre la satisfacción familiar y la letalidad potencial del intento suicida.

		SATISFACCIÓN FAMILIAR- POTENCIAL			Total
		POTENCIAL			
SATISFACCIÓN FAMILIAR	BAJA	Poca probabilidad de lesiones	Con probabilidad de lesiones pero no de muerte	Alta probabilidad de muerte	
	MEDIA	5	5	2	12
	ALTA	7	6	6	19
Total	4	7	6	17	
		16	18	14	48

Al encontrarse en la tabla cruzada una relación estadísticamente significativa entre la Letalidad del intento suicida y la Letalidad Potencial se analizó de manera individual la muestra, exponiéndose en la *Tabla 26* las frecuencias..

**Tabla 25.** Representación del recuento de la relación entre la severidad de la ideación suicida y la letalidad del intento suicida.

		SEVERIDAD-LETALIDAD					Total
		LETALIDAD					
SEVERIDAD	Ideas de muerte	No hay daño físico	Daño menor	Daño moderado: necesita atención	Daño moderado: necesita hospitalización	Daño grave: UCI	
	Ideas suicidas con métodos	0	0	0	0	1	1
	Intencionalidad suicida	5	2	0	0	0	7
	Intencionalidad con planeación	7	6	3	1	0	17
	Total	6	9	6	1	1	23
		18	17	9	2	2	48



**Figura 6.** Representación gráfica de la distribución de letalidad del intento suicida acorde a la severidad de la ideación suicida, encontrándose una correlación de .003.

En la *Figura 6* se expone en un gráfico de barras la frecuencia de casos por letalidad teniendo en el eje X la severidad de la ideación suicida, corroborando que se debe de considerar desde la valoración del riesgo suicida la presencia de planeación y estructuración de la misma para evitar un desenlace posiblemente fatídico.

## 4. DISCUSIÓN

---

El suicidio es un problema mundial destacando por ser una necesidad clínica no resuelta, siendo necesario comprender e investigar los factores asociados que le rodean para poder establecer programas de prevención dirigidos.

En la muestra recabada para el estudio, consistente en 48 personas hospitalizadas por riesgo suicida en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” y sus familiares responsables, únicamente el 4.17% (2 personas) no habían presentado un intento suicida previo a su internamiento, ya fuera antiguo o reciente, siendo hospitalizados por la severidad de la ideación suicida. Del 95.83% restante, 8.7% se encontraban hospitalizados por la severidad de la ideación suicida, sin haber presentado un intento suicida reciente, sin embargo, con un promedio global de intentos suicidas previos de 2.25, mientras que el 13.04% (el 12.5% del total) se encontraban hospitalizados por su primer intento suicida.

### SUICIDIO EN MÉXICO

En México se ha reportado que entre 2.5 y 4.3% de la población ha tenido algún intento suicida en su vida <sup>59</sup> y que 9.7% de los adultos de 18 a 29 años han presentado ideación suicida en algún momento de la vida<sup>10</sup>.

En 2019, se registraron 6,808 suicidios en el país de acuerdo a los datos de la INEGI, reportándose el 41% de los casos de en el grupo de 15 a 29 años, si bien, dadas las condiciones de nuestro hospital, la muestra no contiene personas menores a 17 años 11 meses, la mediana de la muestra fue de 19 años y la moda de 27 años, siendo el promedio ya global redondeado de 32 años, personas en edad productiva laboral económica y reproductiva acorde al ciclo de vida del ser humano, cobrando especial impacto en un país en desarrollo como es el nuestro.

En la muestra recabada, el porcentaje de usuarios con riesgo suicida (31.25%, 68.75%) se traslada a una relación masculino:femenino de 1:2.2. Sabiéndose que

en el fenómeno de la muerte por suicidio existe la llamada “paradoja de género”, término que alude a la evidencia de una mayor cantidad de intentos suicidas en mujeres pero una mayor cantidad de suicidios consumados en hombres <sup>59</sup>.

## FACTORES DE RIESGO

Aunque en este estudio no se contempló el diagnóstico psiquiátrico, es de notarse que el grupo de personas con riesgo suicida el consumo de sustancias ilícitas fue mucho mayor que en el de familiares, siendo el 66.7% contra el 10.4%, ya habiéndose documentado por diversos grupos de investigación <sup>10, 60</sup> que los trastornos por uso de sustancias y de control de impulsos tienen una relevancia importante en población Latinoamericana.

Otros factores de riesgo “clásicos” <sup>2,3,4,7</sup> replicados en la muestra es la soltería, encontrándose que el 64.58% de las personas hospitalizadas con riesgo suicida se encontraban sin pareja al momento del estudio.

En cuanto a las personas con una orientación sexual considerada dentro de las minorías sexuales (LGBT), se ha identificado mayor riesgo suicida secundario probablemente a la estigmatización, rechazo y victimización, al ser una población vulnerable y frecuentemente víctima de acoso en la adolescencia, encontrándose en la “Teoría del Estrés de las Minorías<sup>61</sup>” como la discriminación como uno de los factores más importante. En este apartado es también importante considerar la falta de investigación en minorías Latinoamericanas<sup>62</sup>, obteniéndose de diversos estudios, principalmente norteamericanos, que las personas pertenecientes al grupo LGBT tienen al menos tres veces más riesgo de presentar ideación suicida que sus pares heterosexuales, siendo la población Trans de las más afectadas, con un 40% de los adultos Trans norteamericanos presentando al menos un intento suicida a lo largo de su vida, siendo el 92% de estos intentos antes de los 25 años<sup>56,63</sup>.

Otra población sexual especialmente vulnerable, es la población de orientación Bisexual, considerándose que esta situación pudiera ser secundaria a una visión monosexual (binaria) de la orientación sexual, lo cual puede llevar a discriminación tanto de población gay o lesbiana como de heterosexual <sup>61</sup>. De la muestra con riesgo suicida, el 29.18% correspondía a grupos LGBT, siendo el mayor porcentaje en las personas pertenecientes a los grupos de la diversidad sexual el de la población Bisexual (54%).

#### LA SATISFACCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la satisfacción de la funcionalidad familiar de los familiares y la percepción de las personas con riesgo suicida, con un valor de *P* de , y en el análisis de los ítems de manera individual con diferencia en las categorías de adaptabilidad, cooperación y resolución, siendo categorías que precisamente están ligadas al sentido de cohesión familiar, información que coincide con evidencia previa, sobre todo en adolescentes, de la importancia del sentido de pertenencia y apoyo familiar, con diversos estudios en los que se ha documentado que aquellos que provienen de una familia con mayor cohesión tienen menor riesgo de pasar de la presencia de ideación suicida a ya como tal presentar un intento suicida, en parte por la lealtad a la familia, así como el apoyo percibido ante el dolor psicológico. También se ha documentado que la funcionalidad familiar impacta en la presencia de conductas impulsivas y de riesgo <sup>46</sup>.

Un estudio de 2019 realizado por Chang Q. y colaboradores en Hong-Kong, ya reporta que los estudiantes con mayor satisfacción con la vida familiar presentaban mejor resiliencia contra el riesgo de desarrollar ideación suicida ante situaciones de acoso digital, siendo la familia la fuente de mayor soporte y la que presenta más impacto sobre otras variables <sup>64</sup>.

Concordante con los hallazgos en este trabajo, Lipschitz JM y colaboradores ya habían reportado en el Reino Unido en 2011 que existe una diferencia en la percepción de la funcionalidad familiar entre adolescentes con riesgo suicida y sus familiares, comprobando incluso, que, sin importar si se encontraba presente un

trastorno afectivo o no, la percepción de la funcionalidad podría predecir la ideación suicida y que, al mejorar esta apreciación se reduce la ideación<sup>65</sup>.

## 5. CONCLUSIONES

---

El suicidio ha cobrado especial relevancia al ser una de las principales causas de muerte en población joven, por lo que el adecuado registro, no sólo de la mortalidad por suicidio, sino también de las personas que llegan por intento suicida a las diversas salas de Urgencias en México y el mundo debería de tener su propio padrón, considerándose que a nivel mundial el número de intentos suicidas excede en un 3125% el número de suicidios consumados<sup>8</sup>, lo cual se traduce en que, por cada suicidio consumado ocurren más de 31 intentos suicidas, tomando además en cuenta que deberá homologarse el adecuado uso de la nomenclatura internacional para estandarizar las definiciones <sup>2,4</sup>.

En México la situación psicosocial de los jóvenes, la falta de crecimiento económico, así como aumento en la prevalencia de trastornos mentales, nos obliga a investigar las características bio-psico-sociales que permiten al individuo adaptarse, cobrando especial relevancia la familia dadas las estructuras sistémicas en la población Latinoamericana, considerándose que la presencia de jóvenes de 15 a 29 años en casa de sus padres llega hasta el 58% en familias nucleares<sup>63</sup>, por lo que la satisfacción familiar y el abordaje del ambiente familiar como un posible factor protector cobra especial relevancia, pieza clave en el soporte, detección y apoyo, sugiriéndose implementar programas en donde la atención sea enfocada en la dinámica y todos los elementos de la familia, por lo que apoyar modelos de atención grupal como la Clínica de Atención a la Familia (CLIFAM) presente en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” y exportarlos y adaptarlos a otras instituciones, no solo de salud mental, podría tener gran impacto en la prevención del suicidio .

Otra situación de relevancia y que seguramente impactará en el futuro mediato es la situación social y económica asociada a la pandemia, ya que en nuestro país dos de los periodos con mayor incremento en la tasa de suicidios (1990-1997 y 2006-2010) han estado relacionadas a las dos grandes devaluaciones del Peso Mexicano, por lo que será de especial importancia valorar el impacto de la pandemia por la nueva cepa de Coronavirus, SARS-CoV2, considerada la de mayores proporciones desde 1918 <sup>67</sup>, ya sabiéndose que desastres a gran escala se asocian a incrementos en la prevalencia de diversos trastornos mentales, tanto a corto como largo plazo, por lo que es importante determinar la manera en la que la pandemia impactará en la salud mental a nivel mundial <sup>68</sup> y nacional, proyectándose en distintos estudios un incremento en la población que padece Trastorno de Estrés Postraumático del 4 al 41% y al menos un incremento del 7% en la prevalencia de trastornos depresivos<sup>69</sup>, además de mayor incidencia en la población que padece trastornos de ansiedad y trastornos relacionados al abuso de sustancias <sup>70,62</sup>. Mientras que, además será de importancia considerar la incapacidad para llevar a cabo los rituales de despedida en el caso de los fallecidos, lo cual genera un duelo complicado, así como sintomatología depresiva y desesperanza, acompañado a las pérdidas también materiales y a la sensación de incertidumbre genera un ambiente propicio para que, en caso de no contar con mecanismos de afrontamiento y resiliencia adecuados, se genere ideación suicida <sup>71</sup>.

Otra cuestión importante a tomar en cuenta es que en México se desconoce en gran medida qué es lo que ha generado el incremento en las conductas suicidas, por lo que conocer los factores asociados a la conducta suicida, tanto precipitantes como predisponentes, así como las características de la población con riesgo suicida, será de vital importancia para poder dirigir estrategias efectivas de prevención.

## 6. BIBLIOGRAFIA

1. Suicidio [Internet]. Diccionario de la lengua española 23ª Ed. Real Academia Española; Disponible en: <https://dle.rae.es>
2. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, Stanley BH. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):74.
3. Baader T, Urrea E, Millán R, Yáñez L. Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Rev Med Clin Condes*. 2011; 22(3): 303-9.
4. Fazel S, Runeson B. Suicide. *N Engl J Med*. 2020;382(3):266-274.
5. World Health Organization (Organización Mundial de la Salud). Preventing suicide A global imperative. Luxembourg; 2014. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/es/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/)
6. Glenn CR, Kleiman EM, Kellerman J, Pollak O, Cha CB, Esposito EC, Porter AC, Wyman PA, Boatman AE. Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020;61(3):294-308.
7. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, Musacchio KM, Jaroszewski AC, Chang BP, Nock MK. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017;143(2):187-232.
8. Lutz PE, Mechawar N, Turecki G. Neuropathology of suicide: recent findings and future directions. *Mol Psychiatry*. 2017;22(10):1395-1412.
9. Romero-Pimentel AL, Mendoza-Morales RC, Fresan A, Garcia-Dolores F, Gonzalez-Saenz EE, Morales-Marin ME, Nicolini H, Borges G. Demographic and Clinical Characteristics of Completed Suicides in Mexico City 2014-2015. *Front Psychiatry*. 2018;9:2-10.
10. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública Méx*. 2010; 52(4): 292-304.
11. INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
12. Borges G, Orozco R, Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz C, Díaz-Salazar J. Ideación e intento de suicidio en México: Encodat 2016. *Salud Publica Mex*. 2019;61:6-15.
13. Pabst Battin M, editor. *Ethics of Suicide*. 1ª ed. EEUUA: Oxford University Press; 2015.
14. Solano P, Pizzorno E, Pompili M, Serafini G, Amore M. Conceptualizations of suicide through time and socio-economic factors: a historical mini-review. *Irish Journal of Psychological Medicine*. Cambridge University Press; 2018;35(1):75–86.
15. Amador Rivera Gonzalo H. Suicidio: Consideraciones Históricas. *Rev. Méd. La Paz*. 2015; 21( 2 ): 91-8.
16. Hernández-Bringas HH, Flores-Arenales R. El suicidio en México. *Pap. poblac [online]*. 2011; 17(68): 69-101.
17. Palacio AF. La Comprensión Clásica del Suicidio. De Émile Durkheim a Nuestros Días. *Affectio Societatis*. 2010; 7(12): 1-12.
18. Dávila CA, Pardo AM. Mortalidad por suicidios en Colombia y México: tendencias e impacto entre 2000 y 2013. *biomedica [Internet]*. 2016; 36(3):415-22.
19. Goodfellow B, Kölves K, de Leo D. Contemporary Nomenclatures of Suicidal Behaviors: A Systematic Literature Review. *Suicide Life Threat Behav*. 2018 Jun;48(3):353-366. doi
20. Nock MK, Ramirez F, Rankin O. Advancing Our Understanding of the Who, When, and Why of Suicide Risk. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(1):11-12.
21. Johansson KP. Nenomamicitliztli: El suicidio en el mundo náhuatl prehispánico. *Estud. cult. náhuatl [online]*. 2014;:47:53-119.
22. Kaschka WP, Rujescu D, editores. *Biological Aspects of Suicidal Behavior*. Serie: Advances in biological psychiatry; 30. Alemania: Karger; 2016. 0378-7354.
23. Cha CB, Wilson KM, Tezanos KM, DiVasto KA, Tolchin GK. Cognition and self-injurious thoughts and behaviors: A systematic review of longitudinal studies. *Clin Psychol Rev*. 2019; 69:97-111.

24. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annu Rev Clin Psychol.* 2016;12:307-30.
25. Gutiérrez-García A, Contreras C, Orozco-Rodríguez R. El suicidio, conceptos actuales *Salud Mental.* 2006; 29(5): 66-74.
26. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):264–277.
27. Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, et al. Suicidality and risk of suicide--definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(8):e1–e21.
28. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(7):1425.
29. Hurworth E. India to overtake China as the world's most populous country: UN [Internet]. CNN. 2019. Disponible en: <https://edition.cnn.com/2019/06/19/health/india-china-world-population-intl-hnk/index.html>
30. Althman D, Fogarty A. Global differences in geography, religion and other societal factors are associated with sex differences in mortality from suicide: An ecological study of 182 countries. *J Affect Disord.* 2020; 260:67–72.
31. Finkelstein Y, Macdonald EM, Hollands S, et al. Risk of Suicide Following Deliberate Self-poisoning. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(6):570–5.
32. Bakst SS, Braun T, Zucker I, Amitai Z, Shohat T. The accuracy of suicide statistics: are true suicide deaths misclassified? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016;51(1):115–23.
33. Hagan CR, Muehlenkamp JJ. The Three-Step Theory of Suicide: An Independent Replication and Conceptual Extension. *Suicide Life Threat Behav.* 2019;10.1111/sltb.12590.
34. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrier N. Resilience to suicidality: the buffering hypothesis. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(4):563–91.
35. van den Brink B, Schaap H, Braam AW. Moral Objections and Fear of Hell: An Important Barrier to Suicidality. *J Relig Health.* 2018;57(6):2301–12.
36. Mayer L, Rüsçh N, Frey LM, Nadorff MR, Drapeau CW, Sheehan L, Oexle N. Anticipated Suicide Stigma, Secrecy, and Suicidality among Suicide Attempt Survivors. *Suicide Life Threat Behav.* 2020;10.1111/sltb.12617.
37. Zelazny J, Melhem N, Porta G, Biernesser C, Keilp JG, Mann JJ, Oquendo MA, Stanley B, Brent DA. Childhood maltreatment, neuropsychological function and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry.* 2019;60(10):1085-93.
38. Christensen H, Cuijpers P, Reynolds CF. Changing the Direction of Suicide Prevention Research: A Necessity for True Population Impact. *JAMA Psychiatry.* 2016;73(5):435-6.
39. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2017;74(7):694–702.
40. Wolfe KL, Nakonezny PA, Owen VJ, et al. Hopelessness as a Predictor of Suicide Ideation in Depressed Male and Female Adolescent Youth. *Suicide Life Threat Behav.* 2019;49(1):253–263.
41. Carter G, Spittal M. Suicide Risk Assessment: Risk Stratification Is Not Accurate Enough to Be Clinically Useful and Alternative Approaches Are Needed. *Crisis.* 2018; 39:229-34.
42. Valdés A, Vera-Noriega J, Urías M. Capítulo 1: Particularidades de la familia mexicana actual. En: *Familia y crisis: Estrategias de afrontamiento.* 1ª ed. Pearson. EEUUA: 2010.
43. Romo HL. Los once tipos de familia en México. Datos, diagnósticos, tendencias. 2016; 47:26-31.
44. González-Pérez MA. La familia mexicana: su trayectoria hasta la posmodernidad. *Crisis y cambio social. Psicología Iberoamericana.* 2020;25(1):21-9.

45. Ordóñez Azuara Y, Gutiérrez Herrera RF, Méndez Espinoza E, Álvarez Villalobos NA, López Mata D, de la Cruz de la Cruz C. Asociación de tipología familiar y disfuncionalidad en familias con adolescentes de una población mexicana. *Aten Primaria*. 2020;52(10):680-689.
46. Sun R, Ren Y, Li X, Jiang Y, Liu S, You J. Self-compassion and family cohesion moderate the association between suicide ideation and suicide attempts in Chinese adolescents. *J Adolesc*. 2020;79:103-111
47. Santesteban-Echarri O, MacQueen G, Goldstein BI, Wang J, Kennedy SH, Bray S, Lebel C, Addington J. Family functioning in youth at-risk for serious mental illness. *Compr Psychiatry*. 2018;87:17-24.
48. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-Familiar. *Aten Primaria*. 1996;18(6):289-96.
49. Aiken CS, Wagner BM, Benjamin Hinnant J. Observed Interactions in Families of Adolescent Suicide Attempters. *Suicide Life Threat Behav*. 2019;49(1):104-119.
50. Large MM. The role of prediction in suicide prevention. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018;20(3):197-205.
51. Lindh ÅU, Dahlin M, Beckman K, Strömsten L, Jokinen J, Wiktorsson S, Renberg ES, Waern M, Runeson B. A Comparison of Suicide Risk Scales in Predicting Repeat Suicide Attempt and Suicide: A Clinical Cohort Study. *J Clin Psychiatry*. 2019;80(6):18m12707.
52. Range LM, Knott EC. Twenty suicide assessment instruments: evaluation and recommendations. *Death Stud*. 1997;21(1):25-58.
53. González-Macip S, Díaz-Martínez A, Ortiz-León S, González-Forteza C, González-Núñez J. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México *Salud Mental*. 2000; 23(2): 21-30.
54. Al-Halabi S, Sáiz PA, Burón P, et al. Validation of a Spanish version of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2016;9(3):134-142.
55. Rangel-Garzón CX, Suárez-Beltrán MF, Escobar-Córdoba F. Risk suicide assessment scales in primary care. *Rev. Fac. Med*. 2015;63(4):707-16
56. Betz ME, Wintersteen M, Boudreaux ED, Brown G, Capoccia L, Currier G, Goldstein J, King C, Manton A, Stanley B, Moutier C, Harkavy-Friedman J. Reducing Suicide Risk: Challenges and Opportunities in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2016; 68(6):758-765.
57. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005; 294(16):2064-74.
58. Niederkrotenthaler T, Stack S, Till B, Sinyor M, Pirkis J, Garcia D, Rockett IRH, Tran US. Association of Increased Youth Suicides in the United States With the Release of 13 Reasons Why. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(9):933-40.
59. Cervantes CAD, Montaña AMP. Study of suicide burden of mortality in México 1990-2017. *Rev Bras Epidemiol*. 2020; 23:e200069.
60. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* 2008;192:98-105.
61. Salway T, Ross LE, Fehr CP, Burley J, Asadi S, Hawkins B, Tarasoff LA. A Systematic Review and Meta-Analysis of Disparities in the Prevalence of Suicide Ideation and Attempt Among Bisexual Populations. *Arch Sex Behav*. 2019;48(1):89-111.
62. Tomicic A, Gálvez C, Quiroz C, Martínez C, Fontbona J, Rodríguez J, Aguayo F, Rosenbaum C, Leyton F, Lagazzi I. Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Rev Med Chil*. 2016;144(6):723-33.

63. James SE, Herman JL, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality. 2016.
64. Chang Q, Xing J, Ho RTH, Yip PSF. Cyberbullying and suicide ideation among Hong Kong adolescents: The mitigating effects of life satisfaction with family, classmates and academic results. *Psychiatry Res.* 2019; 274:269-273.
65. Lipschitz JM, Yen S, Weinstock LM, Spirito A. Adolescent and caregiver perception of family functioning: relation to suicide ideation and attempts. *Psychiatry Res.* 2012 Dec 30;200(2-3):400-3. doi: 10.1016/j.psychres.2012.07.051. Epub 2012 Aug 24. PMID: 22925373; PMCID: PMC3513592.
66. León-Palacios MG, Garrido-Fernández M, Senín-Calderón C, Perona-Garcelán S, Gilbert P, Rodríguez-Testal JF. Evaluation of early life experiences: The ELES scale and its clinical use. *Anal. Psicol.* 2019; 35(2): 195-203.
67. Dhama K, Khan S, Tiwari R, Sircar S, Bhat S, Malik YS, Singh KP, Chaicumpa W, Bonilla-Aldana DK, Rodriguez-Morales AJ. Coronavirus Disease 2019-COVID-19. *Clin Microbiol Rev.* 2020; 33(4):e00028-20.
68. Yahya AS, Khawaja S, Chukwuma J. The Impact of COVID-19 in Psychiatry. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2020; 22(2):20102627.
69. Restauri N, Sheridan AD. Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Intersection, Impact, and Interventions. *J Am Coll Radiol.* 2020; 17(7):921-926.
70. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry.* 2020; 66(4):317-320.
71. Heath I. COVID-19 and the legacy of grief. *Br J Gen Pract.* 2020; 70(698):428

Referencias tabla de variables:

- a. Identidad de género [Internet]. World Health Organization (Organización Mundial de la Salud). Disponible en: <https://www.who.int/topics/gender/es/>
- b. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales. México. Ediciones Conapred: 2016.
- c. Religión [Internet]. Diccionario de la lengua española 23ª Ed. Real Academia Española; Disponible en: <https://dle.rae.es>
- d. Familiares de primer grado [Internet]. Talking Glossary of Genetic Terms. Cortesía de: National Human Genome Research Institute. Disponible en: <https://www.genome.gov/genetics-glossary>.
- e. González MS, Díaz MA, Ortiz LS, et al. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental.* 2000;23(2):21-30.
- f. Gómez CFJ, Ponce RER. Una nueva propuesta para la interpretación de Family APGAR (versión en español). *Aten Fam.* 2010;17(4):102-106.
- g. King M, Dinos S, Shaw J, et al. The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *Br J Psychiatry.* 2007; 190:248–254.

# 7. ANEXOS

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

**Lugar y fecha:** Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, México, Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ del 2020.

Protocolo: Intencionalidad suicida, experiencias vitales tempranas y satisfacción de funcionalidad familiar; en población con riesgo suicida hospitalizada y sus acompañantes, en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

Registrado ante el Comité de Investigación con número: **849**

Registrado ante el Comité de Ética e Investigación.

**Nombre del investigador principal:** Alejandra Toral Martínez

**Dirección del sitio de investigación:** Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. San Buenaventura 2, Tlalpan,

**Teléfono:** 55 55 73 15 00 ó 55 73 17 98

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.-

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

I. Yo: \_\_\_\_\_ declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de evaluar la existencia de \_\_\_\_\_

II. Se me ha informado que se me realizará una entrevista una escala heteroaplicada y dos cuestionarios autoaplicados.

III. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi salud.

IV. Se me comentó que mi única responsabilidad es proporcionar información acerca de mi salud durante el estudio.

V. Los resultados de dichas pruebas ayudarán a determinar si cuento con síntomas y que los resultados se utilizarán con fines estadísticos.

VI. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación

VII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

VIII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados obtenidos en las escalas y las entrevistas son totalmente confidenciales.

Con fecha \_\_\_\_\_, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar de \_\_\_\_\_ manera \_\_\_\_\_ voluntaria \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ estudio \_\_\_\_\_ titulado:

\_\_\_\_\_

Firma de Consentimiento/Asentimiento

Firma de quien Explicó el Procedimiento

Testigo

Testigo

## “Declaración de no conflicto de intereses”

De conformidad con lo que establecen los artículos 108° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1°, 2°, 7° y 8° de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, Yo \_\_\_\_\_ como personal adscrito a \_\_\_\_\_ y

con \_\_\_\_\_ número de empleado \_\_\_\_\_

declaro que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones que por ley me correspondan respecto del puesto que tengo asignado, me comprometo en todo momento actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional, para lo cual me apegaré a los siguientes principios:

- Mantendré estricta confidencialidad de la información y datos resultantes del trabajo realizado, que solamente podré discutir con mi jefe superior o con el personal que se designe.
- Tal información será considerada como confidencial y deberá manejarse como propiedad de las partes involucradas.
- No tengo ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo en, y/u otra relación con un tercero, que:

a) Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida en los asuntos o tramites propios de esta Comisión Federal, o

b) Puede tener un interés personal en el resultado de los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, pero no limitado a terceros tales como titulares de registros sanitarios que han acreditado su interés legal.

- Me comprometo que al advertir con prontitud de cualquier cambio en las circunstancias anteriores, lo comunicaré inmediatamente a mi jefe inmediato superior, a efecto de que éste me excuse de la realización de la actividad que me enfrente a un conflicto de intereses.
- No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de clientes, organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.
- No manejaré información falsa o dudosa que pueda comprometer el buen desempeño de mi trabajo.
- En todo momento me conduciré con total imparcialidad y objetividad en la emisión de juicios sobre los resultados obtenidos de los trabajos realizados.
- No intervendré en conflictos o intereses personales que puedan afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- No haré uso en provecho personal de las relaciones con personas que tengan algún trato con la Comisión Federal.
- En ningún caso me prestaré a realizar arreglos financieros para la obtención de información que pueda afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- Ante todo protegeré mi integridad personal y las de mis compañeros en el desarrollo del trabajo.
- En todo momento me conduciré con responsabilidad, honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mis actos.

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, a sabiendas de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mi trabajo.

La presente se renovará anualmente para la aceptación de las condiciones y responsabilidades que se plasman en este documento.

**LUGAR Y FECHA:**

**NOMBRE Y FIRMA:**

ESCALAS A SER RESPONDIDAS POR EL PACIENTE

1 . FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

<p><b>1-A. Ficha de identificación</b></p> <p><b>1-A.1</b> Nombre: _____</p> <p><b>1-A.2</b> Edad: _____ <b>1-A.3</b> Fecha de nacimiento: _____</p> <p><b>1-A.4</b> Entidad de nacimiento: _____</p>	
<p><b>1-B.1</b> Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Intersexual</p>	
<p><b>1-B.2</b> Identidad de Género:</p> <p><input type="radio"/> Masculino (cis)</p> <p><input type="radio"/> Femenino (cis)</p> <p><input type="radio"/> Masculino (Trans)</p> <p><input type="radio"/> Femenino (Trans)</p> <p><input type="radio"/> No binario</p> <p>Otro _____</p>	<p><b>1-B.3</b> Orientación sexual:</p> <p><input type="radio"/> Heterosexual</p> <p><input type="radio"/> Homosexual</p> <p><input type="radio"/> Bisexual</p> <p><input type="radio"/> Asexual</p> <p><input type="radio"/> Pansexual</p> <p>Otro _____</p>
<p><b>1-C.1</b> Estado Civil</p> <p><input type="radio"/> Soltero/a</p> <p><input type="radio"/> Casado/a</p> <p><input type="radio"/> Divorciado/a</p> <p><input type="radio"/> Viudo/a</p> <p><input type="radio"/> Unión libre</p>	<p><b>1-C.2</b> Escolaridad</p> <p><input type="radio"/> Analfabeta</p> <p><input type="radio"/> Primaria</p> <p><input type="radio"/> Secundaria</p> <p><input type="radio"/> Preparatoria</p> <p><input type="radio"/> Técnico</p> <p>_____</p> <p><input type="radio"/> Licenciatura</p> <p>_____</p> <p><input type="radio"/> Maestría</p> <p><input type="radio"/> Doctorado</p> <p>Otros _____</p>
<p><b>1-C.3</b> Creencias religiosas/espirituales o Religión</p> <p>_____</p>	<p><b>1-C.4</b> Ocupación</p> <p>_____</p>
<p><b>1-D.1</b> ¿Cuenta con familiares finados por suicidio?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sí → continuar en este cuestionario <input type="radio"/> No → pasar al siguiente cuestionario</p>	
<p><b>1-D.2</b> Favor de marcar las que correspondan con respecto a la pregunta anterior</p> <p><input checked="" type="radio"/> Familiar considerado cercano (primer grado o pareja)</p> <p><input type="radio"/> Padre</p> <p><input type="radio"/> Madre</p> <p><input type="radio"/> Hermano</p> <p><input type="radio"/> Hijo</p> <p><input checked="" type="radio"/> Esposo/a</p> <p><input checked="" type="radio"/> Pareja</p>	<p><input type="radio"/> Familiar considerado lejano</p> <p><input type="radio"/> Tío</p> <p><input type="radio"/> Primo</p> <p><input type="radio"/> Sobrino</p> <p><input type="radio"/> Rama materna</p> <p><input type="radio"/> Rama paterna</p> <p><input type="radio"/> Amistad cercana</p> <p><input type="radio"/> Otro _____</p>

**I-E. CONSUMO DE SUSTANCIAS (SCREENING)**

**1-E.1** Consumo de alcohol  Sí  No

**1-E.1.1** Edad de inicio \_\_\_\_\_

**1-E.1.2** Frecuencia

Diario  Más de una vez a la semana  Una vez a la semana  Mensua  Anual  
Otro \_\_\_\_\_

**1-E.1.3** Cantidad \_\_\_\_\_

**1-E.2** Consumo de tabaco  Sí  No

**1-E.2.1** Edad de inicio \_\_\_\_\_

**1-E.2.2** Frecuencia

Diario  Más de una vez a la semana  Una vez a la semana  Mensua  Anual  
Otro \_\_\_\_\_

**1-E.2.3** Cantidad \_\_\_\_\_

**1-E.3** Consumo de cannabinoides (marihuana, haschis, etc.)  Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_  No

**1-E.3.1** Edad de inicio \_\_\_\_\_

**1-E.3.2** Frecuencia

Diario  Más de una vez a la semana  Una vez a la semana  Mensua  Anual  
Otro \_\_\_\_\_

**1-E.3.3** Cantidad \_\_\_\_\_

**1-E.3.4** Variedad \_\_\_\_\_

**1-E.4** Consumo de solventes  Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_  No

**1-E.4.1** Edad de inicio \_\_\_\_\_

**1-E.4.2** Frecuencia

Diario  Más de una vez a la semana  Una vez a la semana  Mensua  Anual  
Otro \_\_\_\_\_

**1-E.4.3** Cantidad \_\_\_\_\_

**1-E.5** Consumo de sedantes (benzodiazepinas: Clonazepam, Diazepam [Rivotril, Valium, etc])

Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_  No

**1-E.5.1** Edad de inicio \_\_\_\_\_

**1-E.5.1.2** Inició por indicación médica  Sí  No

**1-E.5.2** Frecuencia

Diario  Más de una vez a la semana  Una vez a la semana  Mensua  Anual  
Otro \_\_\_\_\_

**1-E.5.3** Cantidad \_\_\_\_\_

**1-E.6** Consumo de cocaína y derivados  Sí  No

Piedra  Cocaína polvo  Otro \_\_\_\_\_

**1-E.6.1** Edad de inicio \_\_\_\_\_

**1-E.6.2** Frecuencia

Diario  Más de una vez a la semana  Una vez a la semana  Mensua  Anual  
Otro \_\_\_\_\_

**1-E.6.3** Cantidad \_\_\_\_\_

**1-E.7** Consumo de estimulantes  Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_  No

**1-E.7.1** Edad de inicio \_\_\_\_\_

**1-E.7.2** Frecuencia

Diario  Más de una vez a la semana  Una vez a la semana  Mensua  Anual  
Otro \_\_\_\_\_

**1-E.7.3** Cantidad \_\_\_\_\_

**1-E.8** Consumo de psicodélicos (alucinógenos)  Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_  No

**1-E.8.1** Edad de inicio \_\_\_\_\_

**1-E.8.2 Frecuencia**

Diario  Más de una vez a la semana  Una vez a la semana  Mensual  Anual  
Otro \_\_\_\_\_

**1-E.8.3 Cantidad** \_\_\_\_\_

**1-E.9 Consumo de opioides (buprenorfina, heroína, oxicodona, fentanyl, etc.)**

Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_  No

**1-E.9.1 Edad de inicio** \_\_\_\_\_

**1-E.9.1.2 Inició por indicación médica**  Sí  No

**1-E.9.2 Frecuencia**

Diario  Más de una vez a la semana  Una vez a la semana  Mensual  Anual  
Otro \_\_\_\_\_

**1-E.9.3 Cantidad** \_\_\_\_\_

**1-E.10 Otros consumos**  Sí  No

¿Cuáles? (favor de escribir edad de inicio, frecuencia y cantidad)

**1-E.11 Ha tenido alguna complicación médica asociada al consumo**  Sí  No

¿Cuál?

**1-F. Comorbilidades**

**1-F.1 ¿Padece alguna enfermedad no psiquiátrica**  Sí  No

¿Cuál? (favor de escribir edad de inicio y tratamiento actual)

## 2. APGAR FAMILIAR (AUTOAPLICADA)

Marque con una "X" la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal.

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia le quiere?			

### 3. ESCALA COLUMBIA PARA EVALUAR LA SERIEDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA(C-SSRS)

<b>IDEACIÓN SUICIDA</b>		Considerando toda la vida - (cuando la persona sintió más ganas de suicidarse)	1 mes pasado
<p>Haga las preguntas 1 y 2. Si ambas respuestas son negativas, pase a la sección de "Comportamiento suicida". Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", haga las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a la pregunta 1 y/o 2 es "sí", complete la sección "Intensidad de la ideación" más abajo.</p>			
<p><b>1. Deseos de morir</b> El/la participante reconoce tener pensamientos sobre su deseo de morir o dejar de vivir o de quedarse dormido/a y no despertar. ¿Ha deseado estar muerto/a o quedarse dormido/a y no despertar? Si la respuesta es "sí", describa:</p>		<p>St No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>St No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p><b>2. Pensamientos suicidas activos no específicos</b> Pensamientos no específicos de querer terminar con su vida/ suicidarse (p. ej., "He pensado en suicidarme") sin pensamientos sobre las maneras de matarse, métodos relacionados, intenciones o plandurante el periodo de evaluación. ¿Ha pensado realmente en matarse? Si la respuesta es "sí", describa:</p>		<p>St No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>St No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p><b>3. Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar</b> El/la participante reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el periodo de evaluación. Esto es diferente a un plan específico con hora, lugar o detalles del método elaborado (p. ej., ha pensado en el método para suicidarse pero no en un plan específico). Incluye a las personas que digan: "He pensado en tomar una sobredosis pero nunca he ideado un plan específico de cuándo, dónde o cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo". ¿Ha pensado en cómo podría hacerlo? Si la respuesta es "sí", describa:</p>		<p>St No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>St No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p><b>4. Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico</b> El/la participante tiene pensamientos suicidas activos o informa tener cierta intención de llevarlos a cabo, a diferencia de que dijera "Tengo esos pensamientos pero definitivamente no los voy a llevar a cabo". ¿Ha tenido estos pensamientos y alguna intención de llevarlos a cabo? Si la respuesta es "sí", describa:</p>		<p>St No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>St No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p><b>5. Ideación suicida activa con plan específico e intención</b> Pensamientos de suicidio con detalles elaborados completa o parcialmente y el/la participante tiene cierta intención de llevarlos a cabo. ¿Ha empezado a elaborar o ya tiene elaborados los detalles de cómo se va a matar? ¿Tiene la intención de llevar a cabo este plan? Si la respuesta es "sí", describa:</p>		<p>St No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>St No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<b>INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN</b>			
<p>Las siguientes características deben ser evaluadas con respecto al tipo más severo de ideación (p. ej., 1-5 de arriba, con 1 siendo el menos severo y 5 siendo el más severo). Pregunte sobre cuando la persona sintió más deseos de suicidarse. Considerando toda la vida - <b>Ideación más seria:</b></p>			
1 mes pasado -	<p><b>Ideación más seria:</b></p> <p>Tipo N° (1-5) _____ Descripción de la ideación _____</p> <p>Tipo N° (1-5) _____ Descripción de la ideación _____</p>	Más seria	Más seria
<p><b>Frecuencia</b> ¿Cuántas veces ha tenido estos pensamientos? (1) Menos de una vez por semana (2) Una vez por semana (3) De 2 a 5 veces por semana (4) Diariamente o casi diariamente (5) Muchas veces al día</p>		—	—
<p><b>Duración</b> Cuando tiene esos pensamientos, ¿cuánto tiempo duran? (1) Fugaces/pocos segundos o minutos (4) De 4 a 8 horas/la mayor parte del día (2) Menos de 1 hora/algo de tiempo (5) Más de 8 horas/persistentes o continuos (3) De 1 a 4 horas/mucho tiempo</p>		—	—
<p><b>Control</b> ¿Podría/puede dejar de pensar en matarse o en querer morir si lo desea? (1) Puede controlar los pensamientos fácilmente (4) Puede controlar los pensamientos con mucha dificultad (2) Puede controlar los pensamientos con muy poca dificultad (5) No puede controlar los pensamientos (3) Puede controlar los pensamientos con alguna dificultad (0) No intenta controlar los pensamientos</p>		—	—
<p><b>Impedimentos</b> ¿Hay cosas - alguien o algo (p. ej., la familia, la religión, el dolor al morir) - que hayan evitado que quisiera morir o que se dejara llevar por los pensamientos suicidas? (1) Los impedimentos definitivamente detuvieron sus intentos de suicidio (4) Los impedimentos probablemente no lo/la detuvieron (2) Los impedimentos probablemente lo/la detuvieron (5) Los impedimentos definitivamente no lo/la detuvieron (3) No está seguro/a de que los impedimentos lo/la hayan detenido (0) No corresponde</p>		—	—
<p><b>Razones para la ideación</b> ¿Qué razones ha tenido para pensar en querer morir o matarse? ¿Puede que haya sido para terminar con el dolor o con la manera en que se sentía (es decir, no podía seguir viviendo con ese dolor o con la manera en que se sentía) o para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás? ¿O ambas posibilidades? (1) Absolutamente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás (4) Mayormente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía) (2) Mayormente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás (5) Absolutamente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía) (3) Igualmente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás y para terminar con el dolor (0) No corresponde</p>		—	—

<b>COMPORTAMIENTO SUICIDA</b> (Marque todos los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes; debe preguntar sobre todos los tipos)		Considerando toda la vida		3 meses pasados	
<b>Intento real:</b> Un acto potencialmente autodestructivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir como resultado del mismo. El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay cierta intención o deseo de morir asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. <i>No es necesario que haya alguna herida o daño</i> , solo el potencial de lastimarse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se hiera, esto se considera un intento. Intención infrida: aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse clínicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención. ¿Ha intentado suicidarse? ¿Ha hecho algo para hacerse daño? ¿Ha hecho algo peligroso por lo cual podría haberse muerto? ¿Qué hizo? ¿Usted _____ como una manera de terminar con su vida? ¿Quería morir (aunque fuera un poco) cuando usted _____? ¿Estaba tratando de terminar con su vida cuando usted _____? ¿O pensó que era posible que podría haber muerto por _____? ¿O lo hizo sólo por otras razones o sin NINGUNA intención de suicidarse (como aliviar el estrés, sentirse mejor, obtener empatía o para que pasara otra cosa)? (Comportamiento autodestructivo sin intención suicida) Si la respuesta es "sí", describa:		St <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	St <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
N° total de intentos		_____		N° total de intentos	
¿Ha tenido la persona un comportamiento autodestructivo no suicida?		St <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	St <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>Intento interrumpido:</b> Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autodestructivo (si no fuera por eso, el intento habría ocurrido). Sobredosis: la persona tiene las pastillas en la mano pero no las ingiere. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Dispararse: la persona tiene una pistola apuntándose hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorcarse: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha empezado a ahorcarse y algo la detiene. ¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para terminar con su vida pero alguien o algo lo/la detuvo antes de que lo hiciera? Si la respuesta es "sí", describa:		St <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	St <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
N° total de intentos interrumpidos		_____		N° total de intentos interrumpidos	
<b>Intento abortado:</b> Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa. ¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para tratar de terminar con su vida pero se detuvo antes de hacerlo? Si la respuesta es "sí", describa:		St <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	St <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
N° total de intentos abortados		_____		N° total de intentos abortados	
<b>Actos o comportamiento preparatorios:</b> Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida). ¿Ha hecho algún preparativo para un intento suicida o para matarse (como juntar pastillas, comprar una pistola, regalar posesiones valiosas o escribir una nota suicida)? Si la respuesta es "sí", describa:		St <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	St <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>Responda solamente por intentos reales</b>		Fecha del intento más reciente:	Fecha del intento más reciente:	Fecha del intento más reciente:	Fecha del primer intento:
Grado de letalidad y lesiones: 0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales). 1. Daño físico menor (p. ej., habla alatargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces). 2. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de conducto sanguíneo principal). 3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves). 4. Daño físico grave: necesita hospitalización con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital). 5. Muerte		Ingrese código	Ingrese código	Ingrese código	Ingrese código
Letalidad potencial: conteste solamente si hay causa de muerte real = 0 Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaran lesiones, tuvieron gran potencial letal: se puso una pistola dentro de la boca y apretó el gatillo pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo/la arrollara). 0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones 1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte 2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible		_____	_____	_____	_____

## ESCALAS A SER RESPONDIDAS POR EL FAMILIAR

### I. FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

<b>I-A. Ficha de identificación</b> <b>I-A.1</b> Nombre: _____ <b>I-A.2</b> Edad: _____ <b>I-A.3</b> Fecha de nacimiento: _____ <b>I-A.4</b> Entidad de nacimiento: _____ <b>I-A.5.1 Relación familiar con el paciente</b> <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Hermano <input type="radio"/> Hijo <input type="radio"/> Esposo/a <input type="radio"/> Novio/a <input type="radio"/> Concubino/a Otro _____ <b>I-A.5.2</b> En caso de ser la pareja favor de contestar ¿Viven juntos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Tiempo de relación _____	
<b>I-B.1</b> Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Intersexual	
<b>I-B.2</b> Identidad de Género: <input type="radio"/> Masculino (cis) <input type="radio"/> Femenino (cis) <input type="radio"/> Masculino (Trans) <input type="radio"/> Femenino (Trans) <input type="radio"/> No binario Otro _____	<b>I-B.3</b> Orientación sexual: <input type="radio"/> Heterosexual <input type="radio"/> Homosexual <input type="radio"/> Asexual <input type="radio"/> Pansexual Otro _____
<b>I-C.1</b> Estado Civil <input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/> Unión libre	<b>I-C.2</b> Escolaridad <input type="radio"/> Analfabeta <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Preparatoria <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Licenciatura <hr/> <input type="radio"/> Maestría <input type="radio"/> Doctorado Otros _____
<b>I-C.3</b> Creencias religiosas/espirituales o Religión _____	<b>I-C.4</b> Ocupación _____
<b>I-D.1</b> ¿Cuenta con familiares finados por suicidio? <input type="radio"/> Sí → continuar en este cuestionario <input type="radio"/> No → pasar al siguiente cuestionario	
<b>I-D.2</b> Favor de marcar las que correspondan con respecto a la pregunta anterior <input type="checkbox"/> Familiar considerado cercano (primer grado o pareja) <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Hermano <input type="radio"/> Hijo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Familiar considerado lejano <input type="radio"/> Tío <input type="radio"/> Primo <input type="radio"/> Sobrino <input type="checkbox"/> Rama materna <input type="checkbox"/> Rama paterna <input type="checkbox"/> Amistad cercana <input type="checkbox"/> Otro _____

**I-E. CONSUMO DE SUSTANCIAS (SCREENING)**

I-E.1 Consumo de alcohol  Sí  No

I-E.1.1 Edad de inicio \_\_\_\_\_

I-E.1.2 Frecuencia

Diario  Más de una vez a la semana  Una vez a la semana  Mensual  Anual

Otro \_\_\_\_\_

I-E.1.3 Cantidad \_\_\_\_\_

I-E.2 Consumo de tabaco  Sí  No

I-E.2.1 Edad de inicio \_\_\_\_\_

I-E.2.2 Frecuencia

Diario  Más de una vez a la semana  Una vez a la semana  Mensual  Anual

Otro \_\_\_\_\_

I-E.2.3 Cantidad \_\_\_\_\_

I-E.3 Consumo de cannabinoides (marihuana, haschis, etc.)  Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_  No

I-E.3.1 Edad de inicio \_\_\_\_\_

I-E.3.2 Frecuencia

Diario  Más de una vez a la semana  Una vez a la semana  Mensual  Anual

Otro \_\_\_\_\_

I-E.3.3 Cantidad \_\_\_\_\_

I-E.3.4 Variedad \_\_\_\_\_

I-E.4 Consumo de solventes  Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_  No

I-E.4.1 Edad de inicio \_\_\_\_\_

I-E.4.2 Frecuencia

Diario  Más de una vez a la semana  Una vez a la semana  Mensual  Anual

Otro \_\_\_\_\_

I-E.4.3 Cantidad \_\_\_\_\_

I-E.5 Consumo de sedantes (benzodiazepinas: Clonazepam, Diazepam [Rivotril, Valium, etc])

Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_  No

I-E.5.1 Edad de inicio \_\_\_\_\_

I-E.5.1.2 Inició por indicación médica  Sí  No

I-E.5.2 Frecuencia

Diario  Más de una vez a la semana  Una vez a la semana  Mensual  Anual

Otro \_\_\_\_\_

I-E.5.3 Cantidad \_\_\_\_\_

I-E.6 Consumo de cocaína y derivado  Sí  No

Piedra  Cocaína polvo  Otro \_\_\_\_\_

I-E.6.1 Edad de inicio \_\_\_\_\_

I-E.6.2 Frecuencia

Diario  Más de una vez a la semana  Una vez a la semana  Mensual  Anual

Otro \_\_\_\_\_

I-E.6.3 Cantidad \_\_\_\_\_

I-E.7 Consumo de estimulantes  Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_  No

I-E.7.1 Edad de inicio \_\_\_\_\_

I-E.7.2 Frecuencia

Diario  Más de una vez a la semana  Una vez a la semana  Mensual  Anual

Otro \_\_\_\_\_

I-E.7.3 Cantidad \_\_\_\_\_

I-E.8 Consumo de psicodélicos (alucinógenos)  Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_  No

I-E.8.1 Edad de inicio \_\_\_\_\_

I-E.8.2 Frecuencia

Diario  Más de una vez a la semana  Una vez a la semana  Mensual  Anual  
 Otro \_\_\_\_\_  
**I-E.8.3** Cantidad \_\_\_\_\_

**I-E.9** Consumo de opioides (buprenorfina, heroína, oxicodona, fentanyl, etc.)  
 Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_  No

**I-E.9.1** Edad de inicio \_\_\_\_\_  
**I-E.9.1.2** Inició por indicación médica  Sí  No  
**I-E.9.2** Frecuencia

Diario  Más de una vez a la semana  Una vez a la semana  Mensual  Anual  
 Otro \_\_\_\_\_  
**I-E.9.3** Cantidad \_\_\_\_\_

**I-E.10** Otros consumos  Sí  No  
 ¿Cuáles? (favor de escribir edad de inicio, frecuencia y cantidad)

**I-E.11** Ha tenido alguna complicación médica asociada al consumo  Sí  No  
 ¿Cuál?

---

**I-F. Comorbilidades**  
**I-F.1** ¿Padece alguna enfermedad no psiquiátrica?  Sí  No  
 ¿Cuál? (favor de escribir edad de inicio y tratamiento actual)

## II. APGAR FAMILIAR (AUTOAPLICADA)

Marque con una "X" la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal.

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia le quiere?			



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD  
COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD  
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD  
SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN  
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

Ciudad de México a 23 de septiembre del 2020

Asunto: *Protocolo Aprobado*

**DRA. ALEJANDRA TORAL MARTÍNEZ**  
PRESENTE

Con el presente le informo a usted que el protocolo de investigación titulado **"INTENCIONALIDAD SUICIDA, EXPERIENCIAS VITALES TEMPRANAS Y SATISFACCIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR: EN POBLACIÓN CON RIESGO SUICIDA HOSPITALIZADA Y SUS ACOMPAÑANTES, EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"**, con número 849, del cual es investigadora principal, ha sido revisado por el **Comité de Investigación** de este Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" quienes han **DICTAMINADO APROBARLO**.

*Sin más por el momento, le envió un cordial saludo.*

**ATENTAMENTE**  
**SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN**

*Janet Jiménez Genchi*

**MTRA. JANET JIMÉNEZ GENCHI**  
SECRETARIA Y COORDINADORA DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

c.c.p.- DR. RAFAEL JERÓNIMO PASQUAL- Presidente del Comité de Investigación  
c.c.p.- COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

PO. SAN BERNABÉ CALLE NIÑO DE BÉTHULÉ, 38 HAYAS HOSPITAL, SECTOR Y ALCALDÍA PLURIMAL, C.P. 06700 CIUDAD DE MÉXICO, TEL. 5523 4284 4285 4286 TEL. DIRECTO 5523 4279

REPUBLICA/verifica

Sección/Área: IBC 19