



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

DEMANDA DE ATENCIÓN EN URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS DE
PACIENTES CON INTENTO SUICIDA DURANTE LA PANDEMIA POR
COVID-19 EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO
ÁLVAREZ"

TESIS

QUE PARA OBTENER EL:
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA

DANAE ALEJANDRA JUÁREZ DOMÍNGUEZ

ASESOR

DR. HÉCTOR CABELLO RANGEL



CIUDAD DE MÉXICO

AGOSTO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

A mi asesor: Dr. Héctor Cabello por su orientación y apoyo constante a lo largo del proceso

A mi mamá Yazmín y a mi papá Alejandro, sin ellos no hubiera llegado hasta donde estoy ahorita, les debo lo que soy.

A mi hermana Dafne, quien siempre ha sido mi amiga y compañera en el proceso de crecimiento.

A mi compañero de vida, David, por su apoyo incondicional, por su paciencia, por esas horas de desvelo conmigo

A los papás de David, por su apoyo y sus palabras de aliento para seguir adelante.

A todos los pacientes del HPFBA, gracias.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ANTECEDENTES	2
Teorías sociológicas.....	2
Teorías psicoanalíticas.....	2
Teorías biológico-genéticas.....	4
MARCO TEÓRICO	4
Trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19.....	5
Suicidio en México.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
JUSTIFICACIÓN.....	9
OBJETIVOS	10
Objetivo general	10
Objetivos específicos	10
MÉTODO.....	10
Criterios de inclusión:.....	10
Criterios de exclusión:	10
Criterios de eliminación.....	10
Cuadro de Variables	11
PROCEDIMIENTO	12
INSTRUMENTOS.....	12
RESULTADOS.....	12
DISCUSIÓN	19
CONCLUSIONES	22
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	23
REFERENCIAS	24
ANEXOS.....	27

RESUMEN

Introducción: El suicidio es la segunda causa de muerte en población de 15 a 29 años, las causas involucran aspectos sociales, culturales y biológicos; el número de suicidios en México se incrementó en los pasados dos años, posiblemente asociado a la pandemia por COVID-19.

Objetivo: Determinar las características sociodemográficas de los pacientes que solicitaron atención en urgencias psiquiátricas por intento suicida durante la pandemia por COVID-19 en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA) entre marzo del 2020 y diciembre de 2020.

Método: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se ocuparon las hojas de referencia-contrareferencia de los pacientes con intento suicida y se obtuvo una muestra de 241 pacientes.

Las variables cualitativas se reportan según las frecuencias absolutas y relativas, y las variables

cuantitativas se exponen con medida de tendencia central y dispersión; para analizar las

variables se ocupó el SPSS.

Resultados: La media de edad fue de 29.5 años, siendo las mujeres quienes requirieron mayor atención (58%). Además, el principal método empleado fue el envenenamiento con psicofármacos (37.2%) seguido de las lesiones (27.3%) y como tercer procedimiento, el estrangulamiento (13.6%).

En el análisis se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas por sexo y grupo de edad en los métodos y diagnósticos

establecidos en el servicio de urgencias durante la pandemia.

Conclusiones. Con base en los resultados obtenidos es importante enfocar esfuerzos para la prevención y tratamiento según el sexo y el grupo de edad, por las diferencias estadísticamente significativas observadas que

exponen a las mujeres y hombres de entre 17 a 25 como más vulnerables durante la pandemia por COVID-19.

Palabras clave: suicidio, intento de suicidio, trastornos mentales, pandemia, COVID-19, urgencias psiquiátricas, autolesiones.

ANTECEDENTES

Existen diversas teorías relacionadas con el suicidio y ninguna de ellas por si sola puede explicar el complejo fenómeno que implica el suicidio. Estas van desde la perspectiva sociológica, cultural, económica, psicológica-psicoanalítica y biológica; en general, podemos decir que la conducta suicida se explica mejor al analizar estos factores en conjunto y no por separado.

Teorías sociológicas

Las teorías sociológicas están representadas principalmente por la teoría sociocultural expuesta por Emile Durkheim quien decía que no son los individuos quienes se suicidan sino la sociedad a través de ciertos individuos. En su libro *El suicidio* habla de tres tipos de suicidio: el suicidio egoísta que resulta de la alienación del individuo respecto a su medio social y es común en sociedades que incitan al individualismo y dan preminencia al yo; el suicidio altruista en el que sociedades rígidamente estructuradas ponen por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal y hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral; y el suicidio anómico que se da cuando existe un fallo o dislocación de los valores sociales que lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación en la vida, puede ser resultado de guerras o crisis económicas, este último lo identifica con una falta de dirección. (Durkheim, 2011)

Otros autores destacados incluyen el de la teoría de la subcultura, esta es recogida de la obra Halbwachs (1930) donde se afirmó que en el origen del acto suicida juegan una gran importancia los significados y motivos situacionales de los individuos. La teoría del cambio del estatus Durkheim (1982) y Sainsbury (1955) nos dice que el cambio de estatus¹ a largo plazo causaría frustración y una falta relativa de lazos sociales, lo que produce una crisis personal que no es resuelta y llega a ser un acontecimiento precipitante del suicidio. Por otro lado, la teoría de integración de estatus, publicada por Gibbs y Martin en 1958, postula que cuanto más baja sea la tasa de suicidio más estables y duraderas son las relaciones sociales, y con ello más conformidad con las expectativas sociales, a menor conflicto del rol menos individuos ocupando estatus incompatibles y una mayor integración.

Teorías psicoanalíticas

El principal exponente de la teoría psicoanalítica es Sigmund Freud. La teoría se compone de un método psicoterapéutico y un método de investigación; el cual consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de un individuo, es decir, la significación de las intenciones “ocultas” en cada una de esas palabras, actos o producciones imaginarias; dichas intenciones son deseos prohibidos por la cultura, también, conocidos como tabúes. Por otra parte, el método psicoterapéutico se caracteriza por la interpretación controlada de la

¹ * Definido según la Real Academia Española como la posición que una persona ocupa en la sociedad o dentro de un grupo social.

resistencia [del paciente], de la transferencia [hacia el psicoanalista]* y del deseo [inconsciente a analizar]*. (pp. 316, 317) El objetivo de la terapia es superar las resistencias del paciente para hacer consciente el deseo inconsciente que le produce malestar.

Ahora bien, la idea fundamental del suicidio, según la teoría freudiana, parte del deseo de homicidio, la ambivalencia entre amor y odio hacia el objeto de ese deseo homicida que está presente en la dinámica de todo suicida, unido a un instinto o pulsión de muerte que se manifiesta como agresividad y que puede encontrar su expresión en el suicidio. Por otra parte, en una interpretación psicoanalítica alternativa, Horney en 1950 sostiene que un desarrollo distorsionando es resultado de un desarrollo neurótico, inducido culturalmente (como lo son la religión, política o figuras paternas), provocando la sensación de fracaso entre un yo idealizado y el yo verdadero que se manifiesta como “angustia básica”.

Entre la literatura psicoanalítica, otros autores interesantes son: Rado (1951) para quien los estados de depresión implican una adaptación de dependencia, esto es, un deseo insatisfecho de dependencia de alguien que se manifiesta como ira contra sí mismo y la esperanza de reconciliación con el objeto de su deseo. H. Hendin (1951) hace hincapié en las fantasías que preceden al acto de morir en los pacientes suicidas, mismas que aparecen en una crisis psicológica; de las fantasías que cabe destacar se hallan: a) un deseo cansado de escapar, b) un deseo culpable de castigo, c) un deseo hostil de venganza, d) un deseo erótico de rendición masoquista apasionada, e) un deseo esperanzado de rescate. Sullivan (1953) considera que los factores más importantes en la actividad destructiva son la angustia y la envidia ocasionada por un mal funcionamiento del “sistema antiansiedad” y “operaciones de seguridad”, dichos sistemas afectan el desarrollo de la personalidad y el acceso a nuevas experiencias. Otto Rank en 1959 considera que la muerte autoiniciada es el resultado de un conflicto dentro del ego entre el miedo de vivir y el miedo de morir, provocando que el individuo neurótico busque inconscientemente morir lentamente para evitar su muerte. Mientras que Jung en 1959 clasifica las causas del suicidio en aquellas en las que a) prevalece una situación a la que sólo podría poner fin la muerte, b) en las que el ego se ve envuelto en un conflicto con el self, esto es, cuando prevalece el aspecto oscuro del self y no el brillante, c), también, está como causa el resentimiento que puede alcanzar proporciones asesinas, con la ira dirigida a la persona responsable, en cuyo caso, el suicidio es un intento de preferir tales actos asesinos, y d) una falta de vitalidad que hace imposible encontrar una situación sustituta que la desahogue. Para Adler la perspectiva del suicidio les da, a las personalidades dependientes, la sensación de ser dueños de la vida y de la muerte: la sensación de ser omnipotentes. Kelly (1969), considera que en cada suicidio se debe plantear la siguiente cuestión: ¿qué es lo que la persona está tratando de validar mediante su acción? Para el autor el suicidio parece razonable cuando se dan los siguientes casos: 1) cuando el curso de los acontecimientos parece tan obvio que no tiene objeto el esperar el desenlace (el realismo); y 2) cuando todo parece tan imprevisible que uno puede preferir abandonar la escena (la incertidumbre). Menninger considera como componentes de la conducta suicida: a) el deseo de matar: impulsos

cristalizados derivados de la agresividad primaria; b) el deseo de ser matado: impulsos derivados de la modificación de la agresividad primitiva, pero cristalizada en los sentimientos de culpabilidad y de castigo, y c) el deseo de morir: las ansias de reposo y la voluntad de alejar o rehuir los conflictos. Bempordd habla de las posibles causas de los intentos de suicidio; sugiere, como hipótesis, las siguientes: 1) el paciente trata de castigarse, 2) busca alivio para su sufrimiento, 3) en un nivel simbólico, trata de matar a otro dominante, 4) el suicidio carece de causa psicológica, pues es una indicación del empeoramiento del trastorno bioquímico que provocó la depresión.

Teorías biológico-genéticas

En el caso de las teorías genéticas el suicidio y la depresión se vinculan según la alta incidencia de suicidios dentro de la familia; se han encontrado dos regiones que se han asociado con riesgo de suicidio previsto el gen 5p15.2 con la variante rs77503578- C y el gen 19p13.2 (OR7G1) con la variante rs11882292- A. (Ruderfer DM, 2020). Además, en las teorías neuroquímicas se ha estudiado que concentraciones de 5-HIAA (ácido 5-hidroxiindol actico) y AHV (ácido homovanílico) se encuentran reducidas en pacientes depresivos con intentos de suicidio. (Rodríguez, 1990). Ejemplo de esta teoría es un estudio realizado por Lannoy y colaboradores en el que se compararon gemelos y personas no emparentadas, en esta muestra se encontró que en el modelo de hermanos gemelos, el reintento de suicidio estuvo fuertemente relacionado con el primer intento suicida (*IS*), la heredabilidad total para el segundo intento suicida se estimó en 0,48 y la influencia ambiental total para el segundo *IS* fue de 0,51. También realizaron un modelo de riesgos proporcionales donde se concluyó que el entorno infantil, los trastornos psiquiátricos y los eventos vitales estresantes estaban relacionados con el primer y el segundo *IS*, lo que refleja factores genéticos y ambientales comunes (Lannoy, 2023).

MARCO TEÓRICO

Según datos de la OMS 700, 000 personas se suicidan cada año, que se traduce en una tasa de 11.4 por cada 100 000 habitantes. A partir de 2014 disminuyó la tasa de suicidio en adultos mayores y aumento en adolescentes y adultos jóvenes en las Américas, convirtiéndose en la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (con una tasa de 13.8 por cada 100 000 habitantes), después de los accidentes de tránsito; se sabe que un intento suicida previo es el principal factor de riesgo individual (OMS, 2021; OPS, 2014)

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el acto deliberado de quitarse la vida; su prevalencia y los métodos utilizados varían según el país. (UNICEF, 2017). En el caso de las Américas, según un informe realizado en 2014 por la OPS, el método elegido varía considerando factores como el sexo, en los hombres la asfixia fue el procedimiento para suicidarse más utilizado generalmente en la Región (41,7%) y en las subregiones de América Central, Caribe hispano y México (68,1%) y América del Sur (61,5%). Las armas de fuego fueron el principal método utilizado en América del Norte (52,5%). Finalmente, el envenenamiento fue el principal método en el Caribe no hispano (44,4%).

En el caso de las mujeres el envenenamiento y la asfixia fueron los métodos de suicidio más utilizados en la Región (36,5% y 32,1%, respectivamente). El envenenamiento fue el principal método en América del Norte (39,7%) y en el Caribe no hispano (57,4%). En cambio, la asfixia fue el método más común en América Central, Caribe hispano y México (48,3%) y en América del Sur (46,0%) (OPS, 2014)

Conceptualizaremos los siguientes elementos que son clave para la comprensión del objetivo de esta tesis (Jacobs, 2010):

- Suicidio consumado: Muerte autoinfligida con evidencia (ya sea explícita o implícita) de que la persona tenía la intención de morir.
- Intento de suicidio: Conducta autolesiva con un resultado no fatal acompañado de evidencia (ya sea explícita o implícita) de que la persona tenía la intención de morir, pero detuvo el intento antes de que ocurriera el daño físico.
- Ideación suicida: Pensamientos de servir como agente de la propia muerte
- Gesto suicida: Episodio en el que el usuario tenía intención de suicidarse y los medios disponibles, pero no lo intentó. (N., 2011)
- Para definir riesgo suicida es necesario definir factor de riesgo para suicidio que son características de una persona o de su ambiente que incrementan la probabilidad de que muera por suicidio. (SPRC, 2021)

Trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19

En 2020 se encuestaron a 5,470 personas residentes en Estados Unidos dónde se concluyó que los síntomas del trastorno de ansiedad y el trastorno depresivo aumentaron considerablemente entre abril y junio de ese año, en comparación con el mismo período de 2019. En dicha encuesta se determinó que el 40.9% reportó una afección en la salud mental, de los cuales 30.9% informaron síntomas de ansiedad o depresión, el 26.3 % trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el 13.3% consumo de sustancias siendo este último más frecuente en el grupo de edad de 18 a 24 años; según esta muestra un 10.7% externaron ideación suicida.

En ese mismo estudio, los encuestados hispanos informaron prevalencias más altas de síntomas de trastorno de ansiedad o trastorno depresivo, TEPT relacionado con COVID-19, además de un mayor uso de sustancias e ideación suicida. Hay un mayor riesgo de caer en el consumo de sustancias e ideación suicida para los cuidadores no remunerados y adultos mayores. Se determinó que la prevalencia de los síntomas de trastorno de ansiedad fue tres veces mayor que la informada en el segundo trimestre de 2019 (25.5% versus 8.1 %), y la prevalencia del trastorno depresivo fue cuatro veces mayor que la reportada en el segundo trimestre de 2019 (24.3% versus 6.5%). La ideación suicida aumentó en referencia a los 12 meses anteriores (10.7 % versus 4.3 %). (Czeisler MÉ, 2020).

Otra referencia que nos ayuda a sustentar este trabajo es un estudio de tipo retrospectivo basado en 37 casos de suicidio publicados en un portal de noticias, en este se observó que la mayoría de los suicidas cometieron el acto al mes de inicio de la pandemia, entre abril y mayo

de 2020, con mayor prevalencia en India, Reino Unido y Estados Unidos, el 73.07% de los casos reportados emplearon el método de ahorcamiento y los factores estresantes principales fueron: encierro, estrés de exámenes, calificaciones y temas relacionados con sus estudios. (Manzar MD, 2021)

Por su parte, en Reino Unido se hizo un estudio transversal en el periodo marzo-abril del 2020 y se encuestaron 55.481 personas, con esta muestra se halló que 9% sufrieron abuso psicológico o físico, 18% reportaron pensamientos suicidas o autolesivos y 5% autolesiones, con mayor frecuencia en adultos jóvenes, mujeres, y en personas con problemas económicos, enfermedades crónicas y trastornos mentales. (Iob E, 2020)

Para el caso de Japón, retomamos un estudio realizado en 2020, donde se comparó la tasa de suicidio respecto a años previos donde se determinó una disminución del 14% de la tasa de suicidio de febrero a junio del 2020 (primera ola de la pandemia); sin embargo, de julio a octubre de 2020 (segunda ola de pandemia) se observó un aumento de la tasa de suicidio del 16%, principalmente en el grupo de mujeres y adolescentes. (Tanaka T, 2021)

En Estados Unidos se comparó a un grupo de personas entre los 12 a 25 años y se observó una disminución en las visitas al departamento de urgencias por intento de suicidio entre el 29 de marzo y el 25 de abril de 2020 con respecto al año 2019; sin embargo, a principios de mayo de 2020, el número de visitas al servicio de urgencias por intento de suicidio comenzó a aumentar entre los adolescentes de 12 a 17 años, principalmente en el género femenino. Del 26 de julio al 22 de agosto de 2020, el promedio semanal de visitas al servicio de urgencias por sospecha de intento de suicidio entre niñas de 12 a 17 años fue un 26.2 % más alto que durante el mismo período del año anterior; del 21 de febrero al 20 de marzo de 2021, el promedio de visitas semanales al servicio de urgencias por sospecha de intento de suicidio fue un 50.6 % más alto entre las niñas de 12 a 17 años en comparación con el mismo período de 2019. Por lo que se observa una tendencia al aumento en el número de visitas al departamento de urgencias por dicha conducta. (Yard E, 2021)

En Grecia se entrevistaron 3,399 personas, de abril a mayo del 2020, y se determinó una prevalencia de 29.6% personas con antecedente de algún trastorno psiquiátrico, de los cuales el 28.92% era depresión, el 0.49% trastorno psicótico, el 0.12% trastorno bipolar, el 0.11% trastorno de conducta alimentaria y el 0.02% trastorno por abuso de sustancias. Durante el estudio se evidenció un aumento de ansiedad en más del 45% de los encuestados, así como de los síntomas depresivos en el 40%, el pensamiento suicida aumento en el 10.40% de los encuestados con respecto al periodo prepandemia, finalmente se determinó la prevalencia de depresión que fue de 9.31% y de ansiedad severa que fue de 8.5%. (Fountoulakis KN, 2021)

En otro estudio realizado en Nueva Zelanda se hizo una encuesta en línea y se determinó que el 30% de las y los encuestados presentaban angustia psicológica de moderada a severa, el 16% niveles de ansiedad moderados a altos y el 39% reportaba bajo bienestar. Esto se observó principalmente en el grupo de los jóvenes, los que habían perdido el trabajo o redujeron

sus ingresos por menos trabajo, los que tenían un estado de salud deficiente y los que tenían diagnósticos previos de enfermedad mentales. La ideación suicida fue reportada en un 6%, con 2% reportando planes de suicidio y 2% reportando intentos de suicidio. La tendencia al suicidio fue más alta en el grupo de 18 a 34 años. (Every-Palmer S, 2020)

En Nepal, durante el 2020 se compararon tres periodos mediante la historia clínica de los pacientes que acudían a urgencias por intento suicida o conducta autolesivas, se determinó que el suicidio y las autolesiones aumentaron, respectivamente, un 44% y un 71.9% durante el confinamiento. La intoxicación por organofosforados fue la modalidad más común. Predominó el sexo femenino en los tres períodos con una edad media de 32 años (IC 95%: 29.3-34.7). (Shrestha R, 2021)

Por otro lado, en Canadá, se comparó la idea de suicidio autoinformada en 2020 versus 2019 mediante el análisis de datos de la Encuesta sobre COVID-19 y Salud Mental (del 11 de septiembre al 4 de diciembre de 2020) y la Encuesta de Salud de la Comunidad Canadiense de 2019, con lo que se determinó que el porcentaje de adultos que reportaron ideación suicida desde que comenzó la pandemia (2.44%) no fue significativamente diferente del porcentaje que reportó ideación suicida en los últimos 12 meses en 2019 (2.73%). (Liu L, 2021)

Suicidio en México

Para México se realizó, por Cabello-Rangel, un estudio en colaboración con HPFBA, se observó que hubo una reducción del 50% en la demanda total de atención por trastornos mentales durante el periodo junio-diciembre de 2021 comparado con el mismo periodo, pero del 2019, del mismo modo ciertos trastornos mentales como la depresión, trastorno por consumo de sustancias y ansiedad tendieron al alza, el último cuadruplicó la demanda. Por tanto, una de las consecuencias más graves fue que el suicidio alcanzó su pico más alto reportado desde 1994 durante la pandemia, esto debido a las dificultades experimentadas para recibir la atención de trastornos mentales durante la pandemia. (Cabello-Rangel & Santiago-Luna, 2022).

Por otra parte, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), para el 2019, se contabilizaron 6,710 muertes por lesiones autoinfligidas, lo que representa una tasa de suicidio de 5.4 por cada 100 mil habitantes, con una proporción de ocho hombres y dos mujeres. (UNAM, 2021). Para el 2020, según datos de la INEGI, se reportaron 7,896 muertes por suicidio, 673 muertes más que el año previo, con una tasa promedio de 9.9 por cada 100 mil habitantes de este porcentaje el 81% eran cometidos por hombres y el 18% por mujeres, es decir, por cada mujer que muere en un suicidio consumado, 4.4 hombres mueren por la misma causa. En el total de las muertes, los principales métodos fueron, en primer lugar, ahorcamiento (84 %), por disparo de arma de fuego (5%) y por envenenamiento (5%). Para el caso específico de los hombres, los métodos fueron: ahorcamiento (85 %), por arma de fuego (7%) y por envenenamiento (3.5%). Y en el caso de las mujeres, por ahorcamiento (81%), por envenenamiento (11%) y por arma de fuego (3%). Desde perspectiva geográfica observamos que las tasas de suicidio fueron mayores para Chihuahua, Aguascalientes y Yucatán, con 14,

12 y 10 por cada 100 mil habitantes, respectivamente; las menores tasas fueron en Guerrero, Baja California y Veracruz con tasas de 1.3, 2.5 y 3.5 por cada 100 mil habitantes, respectivamente. (INEGI, INEGI, 2020) (INEGI, Censo de población y vivienda, 2020)

Un estudio realizado en 2015 determinó las características demográficas y clínicas de las personas que murieron por suicidio, centrándose en las diferencias de sexo, se encontró que de enero del 2014 a diciembre del 2015, 990 residentes de la Ciudad de México murieron por suicidio (hombres: 78.28% y mujeres: 21.72%), el 74% utilizó ahorcamiento como método concluyendo que existían diferencias significativas en las muertes por suicidio entre ambos sexos. (Romero-Pimentel, 2018)

Respecto del interés académico y la atención que recibe esta problemático notamos que hay cincuenta y dos tesis relacionadas con suicidio de 1979 al 2021 realizadas en el HPFBA. Destacó las siguientes por ser de mayor importancia para el tema a tratar:

Gutiérrez, J.; 1990	Se usaron los expedientes para determinar que en 1987 habían ingresado 536 pacientes, de los cuales 57% fueron hombres y 42.9% mujeres; 7.65% hombres por intento suicida y 7.01% mujeres. El promedio de edad fue de 31 años; 31 para hombres y 33 para mujeres. El 46.15% se encontraban en el rango de edad de 26 a 35 años. El estado civil más reportado fue el soltero en 52%; en cuanto la escolaridad fue de secundaria en 37% de hombres y primaria en 42% para mujeres. El diagnóstico más frecuente fueron los trastornos afectivos. Los métodos ocupados fueron ingesta de benzodiazepinas, cortes y saltos.
García, E; 1990	Estudio realizado en urgencias de hospital general donde se determina que el intento suicida es realizado por sexo femenino, personas jóvenes de entre 20 y 30 años, de hasta en 77% en menores de 30 años, con pico entre los 16 y 20 años, en escolaridad media a superior, con estado civil solteros. El principal método fue por sobre ingesta de benzodiazepinas
Hernández, C; 2001	Se determinó las características sociodemográficas de los intentos suicidas que acudían a urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvares, donde de un total de 157 pacientes 53% eran del sexo femenino y 47% del sexo masculino; solteros, con escolaridad de estudios técnicos profesionales o más, 39% sin ocupación, originarios del DF. Se encontró diagnóstico de trastorno depresivo grave en el 50.32% de los pacientes
Bolaños, J; 2001	En esta tesis se buscó las características demográficas de las muertes por suicidio en el HPFBA de 1983 al 1998, se determinó que estas constituyeron el 21.38% como causa de muerte del total, con mayor porcentaje de las mismas de 1983 al 1987, con una tasa de 1-3 suicidios por año. Los hombres cometieron más suicidio que las mujeres, en proporción de 2:1, en los que intentaron la cantidad e hombre fue menor que de mujeres 1-1-5. De los que se suicidaron la mayoría eran solteros, con edad media de 28.9, con mayor rango en grupo de 20-29 años, con mayor cantidad de perdidas recientes, principalmente en el mes de enero, con mayor presencia de enfermedades crónicas, con mayor prevalencia de consumo de sustancias, con método principal el ahorcamiento, la mayoría en la primera semana de estancia intrahospitalaria, con diagnostico principal esquizofrenia.
Granados, E; 2004	Estudio realizado con expedientes de pacientes con intento suicida de 1992 a 2002 en INCMNSZ. Se determinó que en pacientes medicamente enfermos con intento suicida el intento previo genera riesgo que uno nuevo, el método más común es sobredosis de benzodiazepinas, la depresión es subdiagnosticada y se debe valorar en la presencia de trastorno psiquiátrico comórbido el riesgo suicida, valorar hipotiroidismo en repetidas ocasiones.
Barrera, M; 2004	Este estudio fue realizado en Hospital General, donde se encontró que la prevalencia es similar a lo reportado por otros investigadores, siendo mayor en el género femenino, solteros, 92% fue por

	intoxicación con medicamentos o venenos, 8% por laceración en la piel, 92% de los cuales se llevaron dentro del hogar, siendo el detonante un disgusto familiar, problemas amorosos, enfermedad y culpa. El 100% de los pacientes tuvieron un trastorno psiquiátrico, de los cuales el 72% un trastorno depresivo mayor, 35% distímico o ansiedad y 20% un trastorno psicótico.
Martínez, M; 2004	En este estudio se valoró la prevalencia de intento suicida por estación del año del 2000 al 2001, observando un incremento en verano (junio, julio, agosto), otoño (septiembre) e invierno (diciembre). Mayor tendencia en de trastornos depresivos, ansiosos, personalidad y orgánicos. Cuyo móvil principal fue la impulsividad, desesperanza; con métodos de baja letalidad (toma de medicamentos y arma blanca). En concordancia con la literatura los datos epidemiológicos fueron jóvenes, femenino, solteros e impulsividad.
González, E; 2017	En un estudio de 2015 se determinaron las variables demográficas asociadas al suicidio consumado en México. Se encontró que la mayor tasa de edad corresponde de los 15 a los 29 años, seguido de los 45 o más, siendo el mayor riesgo en hombres solteros, ya que en mujeres se encontró que el 89% se encontraban casadas al momento, siendo este un factor de estrés para ellas. No se identificaron diferencias para el nivel de escolaridad. El medio fue por ahorcamiento en 76%. 15% habían presentado un intento previo, 18% dejaron una nota, 36% se encontraban bajo efecto del alcohol, 85% cumplieron criterios para un trastorno psiquiátrico. Los trastornos depresivos y su comorbilidad con trastorno por uso de sustancias fueron los más comunes para hombre y mujeres
Conejo, C; 2018	En un estudio realizado para determinar los factores de riesgo sociodemográficos de los pacientes hospitalizados en el HPFBA, se obtuvo información de los expedientes en 2016 que ingresaron por intento suicida, encontrando un riesgo significativo mayor para mujeres de 6.8 veces que, para hombres, tener más de un intento incrementa 7.6 veces el riesgo y tener un nivel educativo básico incrementa el riesgo 1.2 veces.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido al problema de salud pública que representa el suicidio de acuerdo a informes de la OMS y OPS, y a que la pandemia trajo consigo dificultades en el acceso a la atención de los problemas de salud mental que más se relacionan con el suicidio como la ansiedad y la depresión, así como el aislamiento, la soledad, el miedo al virus incrementaron dichos problemas, es imperativo determinar la demanda de atención por esta conducta, siendo el HPFBA, el único hospital que continuo operando ininterrumpidamente durante la pandemia y el que atiende el 15% de las consultas del país. Se estima que el suicidio consumado en el 2020 fue el más alto reportado desde 1994, sumándose 7986 muertes por esta causa, por tanto, el conocer la epidemiología de esta conducta durante la pandemia nos permitirá incidir y actuar de mejor manera en la prevención y tratamiento, en tanto a destinar recursos se trate.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál fue demanda de atención en urgencias psiquiátricas con intento suicida y riesgo suicida durante pandemia por COVID- 19 en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA), marzo del 2020 a diciembre de 2020?

JUSTIFICACIÓN

Se han realizado diversos estudios, la mayoría mediante encuestas en línea, pero son pocos los datos publicados acerca del comportamiento suicida durante la pandemia por SARS-COV2 en un servicio de urgencias de un hospital psiquiátrico, datos que apenas se están

generando y que serán importantes para determinar el comportamiento epidemiológico de dicha conducta durante la pandemia, razón por la que se considera relevante esta tesis, en la que se determinara la prevalencia de dicho suceso previo, sin encontrar evidencia de artículos que lo determinen en un periodo largo de tiempo.

Conocer la demanda de atención y las características sociodemográficas de esta población permitirá al hospital planear las necesidades de recursos materiales y humanos para atender esta problemática.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer la demanda de atención en urgencias psiquiátricas de pacientes con intento suicida durante pandemia por COVID- 19 en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez

Objetivos específicos

- Conocer las características clínicas de los pacientes que acudieron por intento suicida durante el primer año de la pandemia por COVID-19 al servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA), marzo del 2020 a diciembre de 2020.
- Establecer los principales métodos por lo que se llevó a cabo el intento suicida en urgencias psiquiátricas durante pandemia por COVID- 19 en el HPFBA, marzo del 2020 a diciembre 2020
- Establecer correlación entre las características clínica, socioeconómicas y el método empleado.

MÉTODO

- Tipo de estudio: Es un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal
- Muestra: Se tomó una muestra de los formatos de referencia-contrareferencia (N= 2400) y se calculó el tamaño de muestra con los siguientes parámetros. $Z=1.96$, $p=4\%$, $q=96\%$, $N=11680$, $e=4\%$ Tamaño de muestra=241

Se seleccionó por muestreo aleatorio simple 15 legajos de formatos de referencia-contrareferencia hasta completar la muestra de 241

Criterios de inclusión:

- Formatos de referencia-contrareferencia de pacientes que acudieron al servicio de urgencias del HPFBA durante marzo de 2020 hasta diciembre 2020.

Criterios de exclusión:

- Ninguno

Criterios de eliminación

- Formatos de referencia-contrareferencia con datos incompletos o ilegibles.

Cuadro de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Medición	Tipo
Edad	Edad biológica del paciente	Edad cumplida en años al momento de recibir la atención en urgencia	Díscreta 18, 19, 20, 21...	Cuantitativa díscreta
Sexo	Genero biológico del paciente: Masculino, femenino	Género biológico del usuario que acude a urgencias	Dicotómica: 1. Hombre 2. Mujer	Cualitativa nominal dicotómica
Diagnóstico	Diagnostico establecido por el CIE-10	Diagnostico psiquiátrico principal que se integra en la valoración de urgencias	Politómica F33.1 Episodio depresivo moderado	Cualitativa nominal Politómica
Intento suicida	Conducta autolesiva con un resultado no fatal acompañado de evidencia (ya sea explícita o implícita) de que la persona tenía la intención de morir, pero detuvo el intento antes de que ocurriera el daño físico.		Politómica 1. Ahorcamiento 2. Envenenamiento	Cualitativa nominal politómica
Riesgo suicida	Características de una persona o de su ambiente que incrementan la probabilidad de que muera por suicidio	Determinación subjetiva a través de factores de riesgo y protectores de que una persona está en peligro de morir por causa autoinflingida con dicha intencionalidad.	Dicotómica 1. Presente 2. Ausente	Cualitativa nominal dicotómica

PROCEDIMIENTO

- Se solicitó aprobación por los Comités de Ética en Investigación y de Investigación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”
- Se solicitó al servicio de bioestadística acceso al base de datos del servicio de urgencias
- Se consultó los formatos de referencia-contrareferencia seleccionadas por muestreo aleatorizado.
- Se depuró la base de datos proporcionada para encontrar las variables de interés
- Se codificó los datos colectados para su análisis.

INSTRUMENTOS

- Los datos fueron codificados y se descargaron en una hoja Excel para su análisis posterior en SPSS.

ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó estadística descriptiva para las variables cualitativas se reportaron en frecuencias absolutas y relativas y para las variables cuantitativas medidas tendencia central y dispersión. Para comprar las variables categóricas se utilizó la prueba Chi cuadrada de Pearson. El análisis se realizó en software estadístico SPSS.

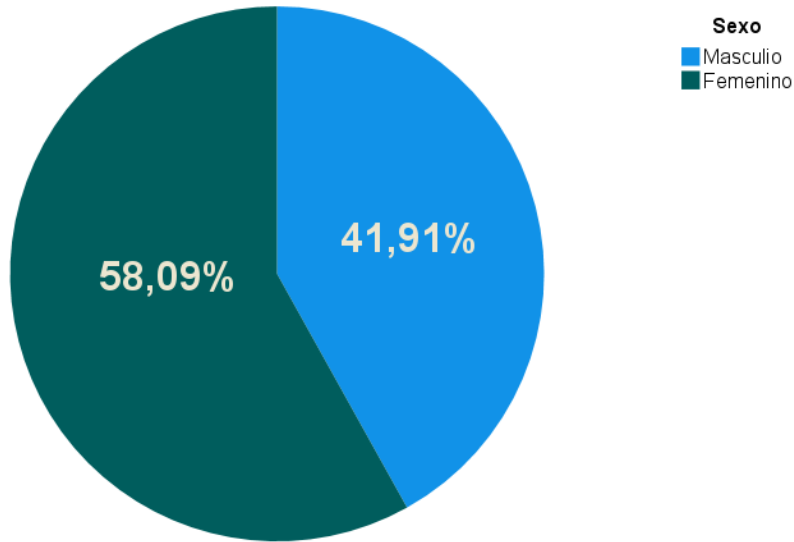
ASPECTOS ÉTICOS

Se realizó conforme a lo dispuesto en el reglamento de la ley general de salud capítulo 1, artículo 17: se considera investigación sin riesgo que empleara técnicas y métodos documentales retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna internación ni modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de ellos individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios entrevistas revisión de expedientes y otros, en los que no se les identifique, ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. El presente trabajo fue aprobado por el Comité de Investigación registro CI-955 y por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” el 23 de enero del 2023.

RESULTADOS

Se revisaron 241 hojas referencia- contrareferencia de pacientes que demandaron atención por intento suicida de marzo a diciembre de 2020. Se encontró una proporción similar de pacientes de género masculino y femenino, 41.91 y 58.09% respectivamente (*Gráfico 1*). La media de edad de la muestra fue de 29.5 años ($DS=13.2$), en el caso de los hombres fue de 30.04 años ($DS= 10.9$) y en las mujeres de 35.09 años ($DS=10.8$)

Gráfico 1: Porcentaje de hombres y mujeres del total de la muestra.



El 88.4% de la muestra, fue la primera atención psiquiátrica que recibían desde el inicio o exacerbación de sus síntomas (*Gráfico 3*), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($p=0.045$) y el 46.3% fue el segundo lugar al que acudían, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($p=0.225$). (*Gráfico 4*). En cuanto al tiempo en que acudieron a la atención en urgencias desde el inicio de síntomas, en hombres fue de 324 días y en mujeres de 466 días (*Gráfico 2 y 3*).

Gráfico 2: Número de atención recibida por sexo

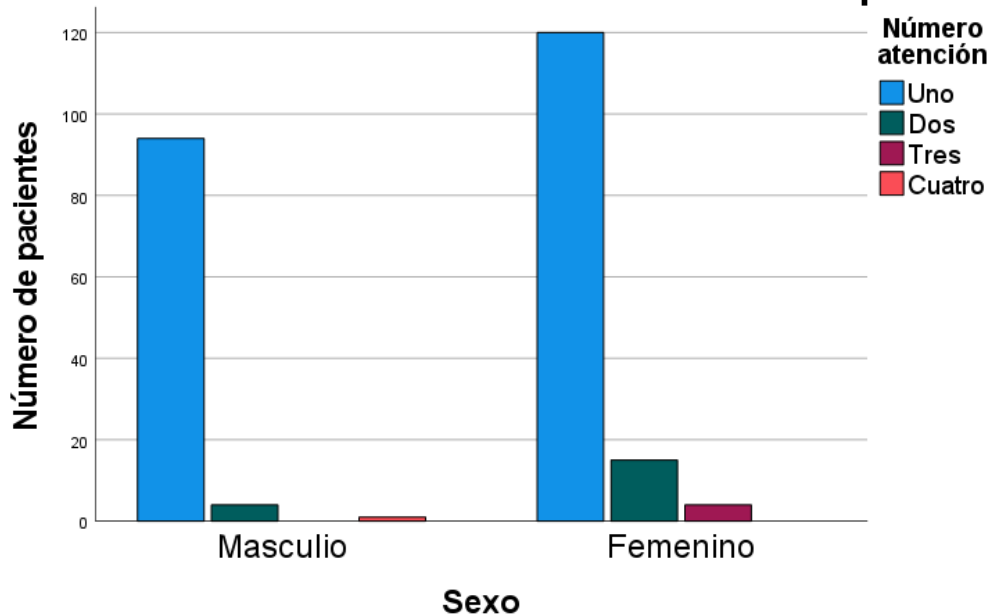
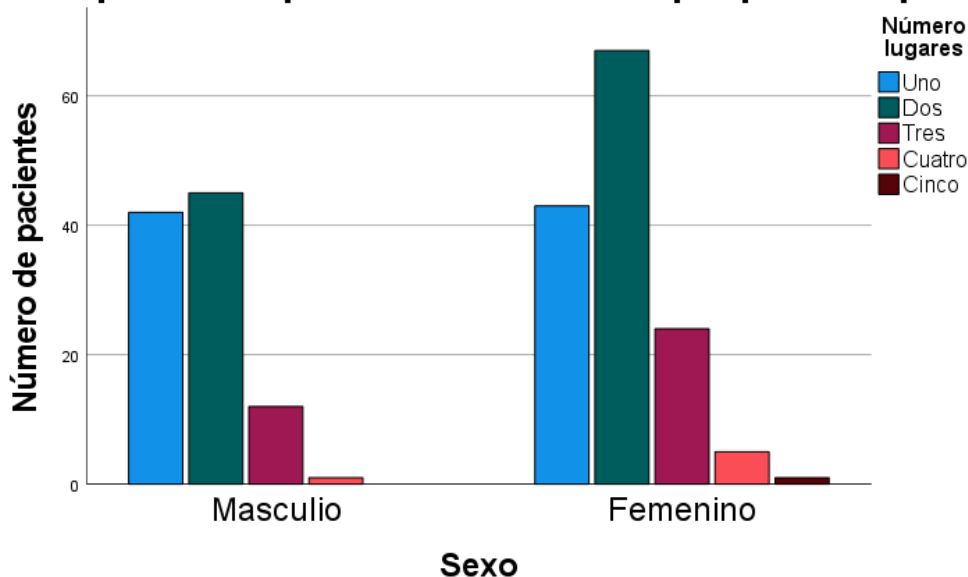


Gráfico 3: Número de lugares a los que acudieron los pacientes para recibir atención psiquiátrica por sexo



El diagnóstico principal establecido en la consulta de urgencias fue el de trastornos del humor (afectivos) con un 37.6% ($n=91$) el cual incluía al trastorno bipolar, sin embargo, solo hubo dos casos de pacientes con este diagnóstico y únicamente establecido como diagnóstico secundario, seguido del trastorno de personalidad con 35.1% ($n=85$) y los trastornos relacionados con el estrés, en tercer lugar, con 9.5% ($n=23$). El diagnóstico secundario o comórbido más frecuente fue trastorno de personalidad en un 31.8% ($n=77$), seguido de trastorno del humor (afectivo) con un 15.3% ($n=37$) y trastornos relacionados con el estrés en un 7.4% ($n=18$) (Tabla 1).

Tabla 1: Diagnóstico principal y comórbido según sexo por porcentaje y frecuencia

Diagnóstico	Diagnóstico principal % (n)		Diagnóstico comórbido % (n)	
	Hombres (n=101)	Mujeres (n=139)	Hombres (n=74)	Mujeres (n=111)
Trastorno mental orgánico	1.2 % (n=2)	3 % (n=1)	0 %	0 %
Trastorno debido al uso de sustancias	6.2 % (n=12)	15 % (n=3)	12.4 % (n=20)	30 % (n=10)
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	6.2 % (n=14)	15 % (n=1)	0 % (n=0)	2 % (n=2)

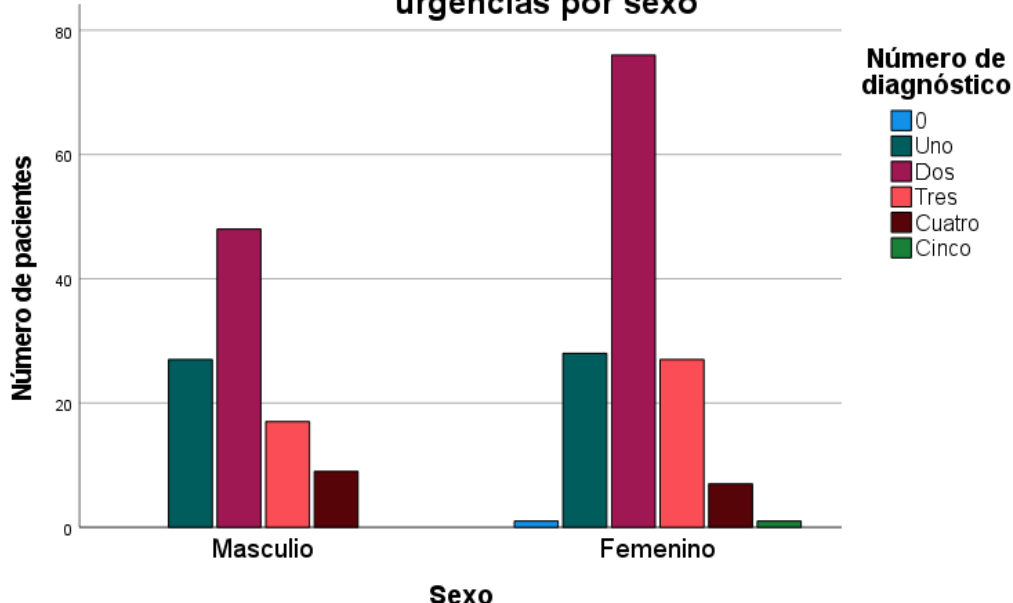
Trastornos del humor (afectivos)	37.6 % (n=36)	91 % (n=55)	15.3 % (n=11)	37 % (n=26)
Trastornos relacionados con el estrés	9.5 % (n=10)	23 % (n=13)	7.4 % (n=8)	18 % (n=10)
Trastorno de ingestión de alimentos	0 %	0 %	0.4 % (n=0)	2 % (n=1)
Trastornos de personalidad	35.1 % (n=23)	85 % (n=62)	31.8 % (n=24)	77 % (n=53)
Discapacidad intelectual	2.5 % (n=4)	6 % (n=2)	3.3 % (n=5)	8 % (n=3)
Trastorno generalizado del desarrollo	0 %	0 %	0.8 % (n=1)	2 % (n=1)
Enfermedades médicas	0 % (n=0)	2 % (n=2)	1.2 % (n=1)	3 % (n=2)
Factores que influyen en estado de salud y contacto con servicios	0 %	0 %	2.9 % (n=4)	7 % (n=3)

En cuanto al diagnóstico principal, también se observa una diferencia importante entre hombres y mujeres, siendo el trastorno de personalidad el más común en mujeres, seguido del trastorno de humor (afectivo) y por último los trastornos relacionados con el estrés. En cuanto a los hombres son más comunes como primer diagnóstico los trastornos del humor (afectivo), seguidos por trastornos de personalidad y por último los trastornos psicóticos primarios. Dichas diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0.001$) (Tabla 1).

En las mujeres los diagnósticos comórbidos más comunes fueron los trastornos de personalidad seguido de trastornos del humor; en el caso de los hombres los trastornos de personalidad seguidos de los trastornos mentales debido al uso de sustancias. Cabe destacar que no existieron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.037$) (Tabla 1).

El 52.2% de pacientes tuvo 2 diagnósticos, la distribución por sexo se observa en la Gráfica 4, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.457$), las mujeres tienen con mayor frecuencia dos diagnósticos.

Gráfico 4: Número de diagnósticos establecidos en la consulta de urgencias por sexo



También se hizo un análisis entre los grupos de edad y el diagnóstico para observar si existía diferencias. Se encontró que el diagnóstico principal con más porcentaje en el grupo de 17-25 años es el trastorno de personalidad en un 42.7% de los 117 pacientes de 17-25 años, en el grupo de 26-40 años los trastornos del humor con un 41.9% de 86 pacientes de 26-40 años y en el de mayores de 40 años los trastornos del humor con un 37.8% de los 37 pacientes que conforman ese grupo, disminuyendo el porcentaje de trastorno de personalidad a 16.2% en este grupo de edad, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$) (Tabla 2).

Tabla 2: Diagnóstico principal según grupo de edad por porcentaje y frecuencia.

Diagnóstico	Diagnóstico principal			Diagnóstico comórbido		
	17-25 % (n= 117)	26-40 % (n=87)	>40 % (n= 34)	17-25 % (n=95)	26-40 % (n=67)	>40 % (n=23)
Trastorno mental orgánico	0%	0%	8.1%	0%	0%	0%
Trastorno debido al uso de sustancias	3.4 %	9.3 %	8.1 %	12.6 %	17.9 %	26.1 %
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	6 %	8.1 %	2.7 %	1.1 %	1.5 %	0 %
Trastornos del humor (afectivos)	35 %	41.9 %	37.8 %	16.8 %	25.4 %	17.4 %
Trastornos relacionados con el estrés	11.1 %	4.7 %	16.2 %	10.5 %	9.0 %	8.7 %

Trastorno de ingestión de alimentos	0 %	0 %	0 %	1.1 %	0 %	0 %
Trastornos de personalidad	42.7 %	33.7 %	16.2 %	47.4 %	38.8 %	26.1 %
D/Scapacidad intelectual	1.7 %	1.2 %	8.1 %	2.1 %	6.0 %	8.7 %
Trastorno generalizado del desarrollo	0 %	0 %	0 %	2.1 %	0 %	0 %
Enfermedades médicas	0 %	1.2 %	2.7 %	0 %	0 %	13 %
Factores que influyen en estado de salud y contacto con servicios	0 %	0 %	0 %	6.3 %	1.5 %	0 %

En cuanto al diagnóstico comórbido más frecuente en el grupo de 17-25 años (95 pacientes) fue el trastorno de personalidad con 47.4%, en el grupo de 26-40 (67 pacientes) años también fue el trastorno de personalidad con 38.8% y en el grupo de más de 40 años (23 pacientes) empataron con 26.1% el trastorno mental por uso de sustancias y el trastorno de personalidad. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos ($p=0.006$) (Tabla 2)

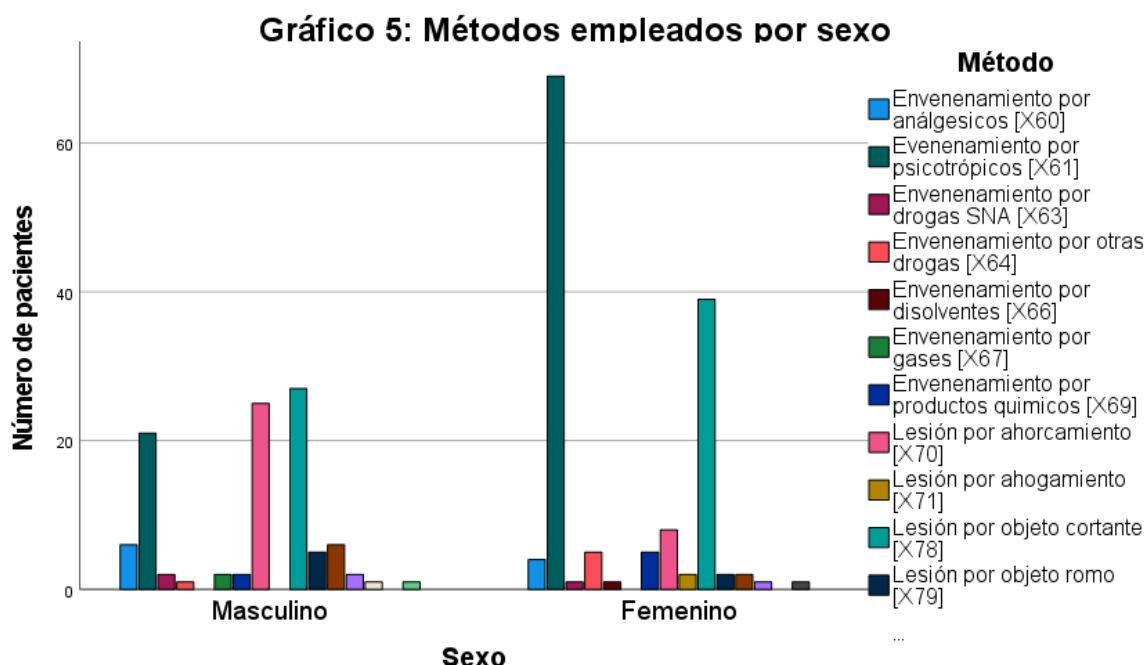
Respecto a los métodos de intento suicida el más frecuentemente ocupados fue el envenenamiento autoinfligido intencionalmente por exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas con un 37.2% ($n=90$) de los 241 pacientes, seguido de lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante con un 27.3% ($n=73$) de los 241 pacientes y en tercer lugar con 13.6% ($n=33$) de los 241 pacientes la lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, esto de acuerdo a la clasificación del CIE-10 de las lesiones autoinfligidas intencionalmente, como se observa en la siguiente tabla (Tabla 3):

Tabla 3: Principales métodos empleados para intento de suicidio por porcentaje y frecuencia

Método	% (n)
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas [X61]	37.2 (n=90)
Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante y romo [X78-X79]	30.2 (n=73)
Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación [X70]	13.6 (n=33)

Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos [X60]	4.1 (n=10)
Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado [X80]	3.3 (n=8)
Otros	11.6 (n=27)
Total	100 (n=241)

En el siguiente gráfico se dividen los métodos empleados de acuerdo al sexo, como se observa, existe diferencias significativas entre el método empleado por los hombres y las mujeres, siendo más común en hombres los cortes por objeto punzocortante, seguido por ahorcamiento y al final la ingesta de fármacos, en el caso de las mujeres es más común la ingesta de fármacos, seguida de cortes por objeto punzocortante y por último el ahorcamiento, existieron diferencias estadísticamente significativas entre los métodos empleados por sexo ($p < 0.001$) (Gráfico 5):



[X]: CIE-10

Se realizaron grupos de edad en los pacientes con intento suicida, siendo el más representativo con un 48.8% el de los 17-25 años, seguido el de los 26-40 años con un 36% y por último el de los mayores de 40 años con un 15.3% (Tabla 4).

Tabla 4: Porcentaje y frecuencia de cada grupo de edad

Grupo de edad	% (n)
---------------	-------

17-25	48.8 (n=117)
26-40	36.0 (n=86)
>40	15.3 (n=37)
Total	100 (n=241)

Se analizó el método empleado por grupo de edad, tomando como métodos los más frecuentes según el total de la muestra de 241 pacientes, donde se encontró que en menores de 40 años el método principal fue la ingesta de fármacos y en los mayores de 40 años los cortes por objeto punzocortante. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos de edad para los métodos ($p=0.257$) (Tabla 5).

Tabla 5: Métodos principales por grupo de edad en porcentaje y frecuencia.

Método/ Edad	17-25 % (n)	26-40 % (n)	>40 % (n)
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por exposición a drogas (antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas, psicotrópicas / analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos) [X61] [X60]	51.3 (n=60)	43.7 (n=38)	29.7 (n=11)
Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación [X70]	12.0 (n=14)	16.1 (n=14)	15.5 (n=5)
Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante y romo [X78-X79]	29.1 (n=34)	28.7 (n=25)	37.8 (n=14)
Otros	7.7 (n=9)	11.5 (n=10)	18.9 (n=7)
Total	100 (n=117)	100 (n=87)	100 (n=37)

DISCUSIÓN

Son pocos los estudios realizados en Latinoamérica acerca de la conducta suicida durante la pandemia COVID-19. Dentro del espectro de esta conducta, son menos comunes los datos sobre intentos de suicidio esto debido a que las bases de datos administrativas y epidemiológicas públicas a menudo contienen detalles insuficientes sobre las variables importantes de los intentos de suicidio: trastornos mentales, métodos, datos sociodemográficos, se evalúan de manera incompleta en entornos de rutina (Reif-Leohnhard, 2023).

Como sabemos el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” atiende una cantidad importante de personas con trastornos mentales en el país, destacando que, durante la pandemia fue el único hospital psiquiátrico que brindó atención psiquiátrica de urgencia de manera ininterrumpida.

Destacando que durante la pandemia por SARS-COV-2 hubo en México más de 7.5 millones de contagios y más de 300 mil fallecimientos (hasta el 8 de abril del 2023). Sus consecuencias se extienden más allá de la enfermedad respiratoria, se sabe que una alta

proporción de sobrevivientes tienen alteraciones del sueño, fatiga, ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático a un año del diagnóstico. Como se observó, el mayor número de afectados por la pandemia se encuentra entre la edad de los 17 a los 25 años, lo cual concuerda con el estudio de Benke y Pané-Farré quienes señalaron que los síntomas depresivos y la soledad percibida aumentaron, disminuyendo la satisfacción hacia la vida, en los adultos jóvenes, así como en personas con trastornos mentales (Benke, 2020).

En un estudio realizado por Reif-Leonhard y colaboradores (Reif-Leonhard, 2023) se observó que el número de suicidios consumados durante la pandemia no cambió con respecto a años previos mientras que el número de intentos de suicidio disminuyó, también se observó que la edad, sexo, estado laboral y diagnósticos psiquiátricos no cambiaron en los pacientes con intento suicida durante la pandemia. En este estudio se determinó que el método ocupado fue principalmente el de intoxicación por fármacos dicho intento lo realizaban más en su hogar. Concluyendo con estos datos que una explicación de la disminución de intentos de suicidio se debiera a las medidas para evitar contagio tomadas durante la pandemia que evitaban que las personas buscaran ayuda y a la baja letalidad de los intentos. Con respecto a este estudio en nuestro país es probable que factores tales como la distancia geográfica, el distanciamiento social, los elevados contagios y la disminución de la atención en los servicios de salud mental por priorizar los relacionados a las enfermedades respiratorias entre otros, hayan provocado un menor contacto a nuestro servicio de los pacientes con conducta suicida, lamentablemente no se pudo hacer la comparación con años previos.

Respecto a este estudio, el 48.8% de la muestra correspondía al grupo de edad de los 17-25 años, lo cual concuerda con los datos de la OMS donde establecen el suicidio como segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años, con un aumento en dicho grupo a partir del 2014 en la región de las Américas (OMS, 2021).

En cuanto a los métodos de suicidio, podemos observar diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género, siendo en el caso de los hombres métodos más violentos y letales y en las mujeres menos letales y menos violentos. Según la OPS en el 2014 tanto hombres y mujeres América central incluyendo México, se suicidan más mediante asfixia (OPS, 2014), en este estudio pudimos observar que existe diferencia en el método empleado entre hombres y mujeres, en cuanto a los intentos de suicidio, en las mujeres el método más común fue la ingesta de fármacos hipnóticos seguido de las lesiones autoinflingidas con objeto cortante, en los hombres en primer lugar las lesiones autoinflingidas con objeto cortante y segundo el ahorcamiento, pudiendo así observar conforme a la literatura métodos más letales en el caso de los hombres. Es importante destacar que según la INEGI la mayoría de los suicidios consumados (81%) son realizados por el género masculino, en ambos sexos el método más utilizado fue el ahorcamiento, por arriba del 80% de las personas que fallecieron por suicidio ocupan este método (INEGI, Censo de población y vivienda, 2020).

También hubo diferencia en el diagnóstico principal establecido en urgencias, ya que los hombres eran más diagnosticados con trastornos del humor (afectivos) y las mujeres con trastornos de la personalidad, el diagnóstico principal puede tomarse como un factor directo del intento suicida.

El tiempo en que tardan en recibir atención desde el inicio de síntomas fue mayor en las mujeres que en los hombres, lo cual llama la atención ya que es sabido que los hombres son quienes llegan a descuidar más su salud, aunque en un estudio realizado en este hospital se observó que tienen mayor soporte familiar cuando se enferman y puede que sean los familiares de ellos quienes insistan para su atención. En un estudio realizado en Canadá se observó que un 38% de los canadienses con problema de salud mental informaron que sus problemas comenzaron antes de los 15 años de edad, es sabido que, muchos problemas de salud mental comienzan desde la niñez o adolescencia, por lo que es prioridad brindar atención primaria para evitar demoras y complicaciones en los padecimientos. En este mismo estudio se observó que las principales barreras para el acceso a la atención a la salud mental fueron desconocer donde obtener atención, tiempos de espera largo, escasez de profesionales, barreras culturales y de idioma, estigma, barreras geográficas y el costo. Esto puede provocar que aumente la demanda de atención en los servicios de urgencias en los servicios de salud mental, señalando que los servicios de urgencias en el grupo de edad de 20-29 años son los que más recursos utilizan (Moroz, 2020).

En relación a los estudios realizados en los servicios de urgencias de psiquiatría, estos han sido poco concluyentes y han producido resultados heterogéneos, que van desde un aumento en la demanda por ideación suicida (Ambrosetti J, (2021)) (McDowell MJ, 2021), hasta estudios que no muestra diferencia en la demanda con respecto a años previos (Ferrando SJ, 2021), (Rømer TB, 2021) algunos han mostrado disminución en la demanda por dicha conducta (Smalley CM, 2021) (Hernández-Calle D, 2020).

Respecto a la ideación suicida en el servicio de urgencias, se realizó un estudio retrospectivo en la base de datos del Registro de autolesiones de Irlanda de 2012 a 2019, donde se encontró que las personas con ideación suicida tienen un riesgo 10 veces mayor de muerte por suicidio, también hubo un aumento de las muertes accidentales relacionadas con el consumo de sustancias y de alcohol que se relacionaron con la ideación suicida, por lo que se concluye que es necesario la identificación y prevención en este grupo de riesgo (Ross, 2023). Aunque esta variable se identifica en las hojas de referencia-contrareferencia no se incluye en la base de datos de urgencias del hospital, lo cual es relevante por el riesgo de muerte por suicidio que tienen las personas con ideación.

En una cohorte realizada en Australia se observó que los adolescentes que informaron autolesiones al inicio del estudio tenían un mayor riesgo de accidentes trece años después que los que no informaron autolesiones. La búsqueda de sensaciones fue un factor relevante para la asociación (Cullen, 2023). Esta variable se incluye en la base de datos, de relevancia en

algunos trastornos de personalidad que como se observó en el estudio son el principal diagnóstico de las personas menores de 40 años que acuden solicitando atención en urgencias de nuestra unidad.

También es importante destacar la alta recurrencia de un nuevo intento después de un intento previo, donde en un estudio realizado por Alicia Demesmaeker y colaboradores encontraron que la tasa de suicidio después de un intento de suicidio es del 2,8 %, a un año, del 5,6 % a los cinco años y del 7,4 % los diez años, está varían según el diagnóstico psiquiátrico, el método utilizado para el intento de suicidio, el tipo de estudio y el grupo de edad considerado (Demesmaeker, 2022), por lo que dar seguimiento específico a estos pacientes es transcendental para prevenir un nuevo intento.

Con lo anteriormente discutido los datos obtenidos en esta tesis son relevantes para implementar bases de datos de incluyan otras variables importantes para la conducta suicida, orientar los recursos para prevenir nuevos intentos y con base en estos formular nuevas preguntas de investigación, sobre todo relacionadas con las consecuencias de la pandemia sobre la salud mental, en específico sobre la forma más grave de la misma, la conducta suicida.

CONCLUSIONES

Con respecto la muestra de los intentos de suicidio realizados de marzo a diciembre del 2020 podemos observar los principales métodos empleados, muchos de ellos, ya descritos en la literatura, sin embargo, es importante observar la diferencia entre sexo en cuanto al diagnóstico y método empleado, ya que, esto puede ayudar a enfocar esfuerzos específicos, con respecto al plan de seguridad, dependiendo de estas variables, por ejemplo saber que las mujeres lo intentan más por ingesta de fármacos y los hombres por cortes por objeto punzocortante pudiera mejorar la atención y la prevención para los intentos en estos grupos.

Otra cuestión a destacar son las diferencias que se observan según el grupo de edad, tanto en el método como en el diagnóstico. Como es de esperar en los mayores de 40 años el diagnóstico principal es el de trastorno del humor (afectivos) a diferencia de los menores de 40 años que son los trastornos de personalidad, ya que, según la literatura, se sabe que estos trastornos van mejorando a lo largo de los años, por lo que enfocar nuestros esfuerzos para prevenir el intento suicida por grupo de edad es vital.

En cuanto al método en los menores de 40 años fue principalmente por ingesta de fármacos y en los mayores de 40 años por corte por objeto punzocortante, por lo que es importante conocer estas diferencias para establecer un plan de seguridad dependiendo de estas variables.

No se pudo establecer la letalidad por falta de descripción de la misma en las hojas de referencia-contrareferencia, ni la intencionalidad al no contar con datos de escalas, como la de intencionalidad suicida de Beck, un recurso que no se usa con frecuencia en la sala de

urgencias de nuestro hospital, será importante recalcar el uso de estas escalas para futuras investigaciones en la valoración del paciente con intento suicida.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Entre las limitaciones se encuentra que solo es un estudio descriptivo, transversal, no hay correlación directa del COVID-19 con la conducta suicida, sin embargo, los estudios especulan que las medidas de distanciamiento social, soledad, miedo al contagio, así como la afectación directa del SARS-COV-2 al sistema nervioso central (SNC) por su neurotrópismo pudieran contribuir de manera importante a la conducta suicida, especialmente en personas vulnerables como aquellas que sufren trastornos mentales.

Nuestras variables se limitaron a una muestra de las hojas de referencia-contrareferencia del servicio de urgencias por tanto hubo algunas que no se tomaron en cuenta que pudieran ser primordiales en la contribución de la conducta suicida durante la pandemia como el estado civil, grado de estudios, nivel de soledad percibido, etc., que han sido tomadas en cuenta en otros estudios. Por cuestiones administrativas ajenas al sustentante no se pudo acceder a los datos de las hojas diarias como se planeaba hacer al inicio del estudio, lo que limitó aún más los datos que pudimos obtener, aun así, son de relevancia para gestionar los recursos en cuestiones de salud mental, teniendo en cuenta que se destina el 2% del total de lo destinado a la salud.

En futuras investigaciones pudieran compararse datos con respecto años previos y posteriores a la pandemia, ya que, a largo plazo se prevé que haya mayor afectación en la salud mental de las personas por los estragos causados por la pandemia, tanto directa como indirectamente.

REFERENCIAS

- Ambrosetti J, M. L. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on psychiatric admissions to a large swiss emergency department: an observational study. *Int J Environ Res Pub Health*, 1174.
- Benke, C. e. (2020). "Lockdown, quarantine measures, and social distancing: Associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany.". *Psychiatry research*, 113-462.
- Cabello-Rangel, H., & Santiago-Luna, J. (2022). Demanda de atención psiquiátrica en un hospital psiquiátrico público de la Ciudad de México en el entorno de la pandemia por COVID-19. *Archivo de neurociencias*, 17-22.
- Cullen, P. M. (2023). Self-harm in adolescence and risk of crash: a 13-year cohort study of novice drivers. *study of novice drivers in New South Wales, Australia. Journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, 1-10.
- Czeisler MÉ, L. R.-C. (2020). Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic - United States,. *MMWR*, 1049-1057.
- Demesmaeker, A. C. (2022). Suicide mortality after a nonfatal suicide attempt: A systematic review and meta-analysis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 603-616.
- DGE. (21 de 05 de 2022). *COVID-19 México*. Obtenido de COVID-19 México: <https://datos.covid-19.conacyt.mx/#DOView>
- Durkheim, E. (2011). *El suicidio*. España: Akal.
- Every-Palmer S, J. M. (2020). Psychological distress, anxiety, family violence, suicidality, and wellbeing in New Zealand during the COVID-19 lockdown: A cross-sectional study. *. Plos One*, 15(11).
- Ferrando SJ, K. L. (2021). Psychiatric emergencies during the height of the COVID-19 pandemic in the suburban New York City area. *J Psychiatr Res*, 552–559.
- Fountoulakis KN, A. M.-M. (2021). Self-reported changes in anxiety, depression and suicidality during the COVID-19 lockdown in Greece. *J Affect Disord.*, 624-629.
- Hernández-Calle D, M.-A. G.-V.-O. (2020). Trends in psychiatric emergency department visits due to suicidal ideation and suicide attempts during the COVID-19 pandemic in Madrid. *Spain J Clin Psych*, 1.
- INEGI. (1 de ENERO de 2020). *Censo de población y vivienda*. Obtenido de INEGI: https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=
- INEGI. (1 de ENERO de 2020). *INEGI*. Obtenido de INEGI: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Salud_Mental_07_b826bddb-e71c-4bf8-82d7-ca1762d27777
- lob E, S. A. (2020). Abuse, self-harm and suicidal ideation in the UK during the COVID-19 pandemic. *Br. J Psychiatric*, 543-546.
- Jacobs, D. (2010). Assessment and Treatment of patient with suicidal behaviors. *APA*, 9-10.
- Lannoy, S. O. (2023). Examining common and distinct contributions to the etiology of suicide attempt and reattempt. *Journal of psychopathology and clinical science*, 165-172.

- LDG. (06 de 04 de 2022). *Informe integral de COVID-19*. Obtenido de Informe integral de COVID-19: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/05/Info-05-22-Int_COVID-19_6abr_26abr22OK.pdf
- Liu L, C. C. (2021). Suicide ideation in Canada during the COVID-19 pandemic. . *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* , 378-391.
- Manzar MD, A. A. (2021). Suicide among adolescents and youths during the COVID-19 pandemic lockdowns: A press media reports-based exploratory study. *Psychiatr Nurs.* , 139-146.
- McDowell MJ, F. C. (2021).) Evaluating the association between COVID-19 and psychiatric presentations, suicidal ideation in an emergency department. *PLoS ONE* , 1.
- Moroz, N. M. (2020). Mental health services in Canada: Barriers and cost-effective solutions to increase access. . *Healthcare management forum*, 282–287.
- N., H. (2011). The problematic label of suicide gesture: alternatives for clinical research and practice. *Professional psychology research and practice*, 221-227.
- OMS. (17 de JUNIO de 2021). *OMS SUICIDIO*. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- OPS. (2014). MORTALIDAD POR SUICIDIO EN LAS AMÉRICAS, Informe regional. *Organización Panamericana de la Salud*, 6-11.
- Reif-Leohnhard. (2023). Changes in the pattern of suicides and suicide attempt admissions in relation to the COVID-19 pandemic. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 357-365.
- Rodríguez, F. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis*, 374-380.
- Rømer TB, C. R. (2021). Psychiatric admissions, referrals, and suicidal behavior before and during the COVID-19 pandemic in Denmark: A Time-Trend Study. . *Acta Psychiatr Scand*, 553–562.
- Romero-Pimentel, A. L.-M.-D.-S.-M. (2018). Demographic and Clinical Characteristics of Completed Suicides in Mexico City 2014-2015. *Frontiers in psychiatry* , 402-411.
- Ross, E. M. (2023). Emergency department presentations with suicide and self-harm ideation: a missed opportunity for intervention? *Epidemiology and psychiatric sciences*, 32.
- Ruderfer DM, W. C. (2020). Significant shared heritability underlies suicide attempt and clinically predicted probability of attempting suicide. . *Mol Psychiatry*., 2422-2430.
- Shrestha R, S. S. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on suicide and self-harm among patients presenting to the emergency department of a teaching hospital in Nepal. . *Plos One*, 16(4).
- Smalley CM, M. D. (2021). The impact of COVID-19 on suicidal ideation and alcohol presentations to emergency departments in a large healthcare system. *Am J Emerg Med*, 237–238.
- SPRC. (15 de AGOSTO de 2021). *SPRC*. Obtenido de SPRC: www.sprc.org
- Tanaka T, O. S. (2021). Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nat Hum Behav.*, 229-238.
- UNAM. (13 de septiembre de 2021). *Gaceta UNAM*. Obtenido de Gaceta UNAM: <https://www.gaceta.unam.mx/suicidio-una-alerta-permanente/#:~:text=Seg%C3%BAn%20el%20Instituto%20Nacional%20de,ocho%20hombres%20y%20dos%20mujeres.>
- UNICEF. (2017). SUICIDIO GUIA PARA PERIODISTAS. *SUICIDIO GUIA PARA PERIODISTAS* (págs. 1-26). Argentina: UNICEF.

- Wagner, W. (06 de julio de 2020). *El financiero*. Obtenido de El financiero: <https://www.elfinanciero.com.mx/salud/por-que-hay-olas-en-las-enfermedades-como-el-covid-19-un-epidemiologo-te-explica/>
- Wibawa, T. (24 de junio de 2020). *ABC News*. Obtenido de ABC News: <https://www.abc.net.au/news/2020-06-24/coronavirus-covid-19-countries-second-wave-explainer-south-korea/12385882>
- Yard E, R. L.-P.-S. (2021). Emergency Department Visits for Suspected Suicide Attempts Among Persons Aged 12-25 Years Before and During the COVID-19 Pandemic - United States, January 2019-May 2021. *MMWR*, 888-894.
- Zhang, E. (2021). A Second Wave? What Do People Mean by COVID Waves? – A Working Definition of Epidemic Waves. *Risk Manag Healthc Policy.*, 3775-3782.

Ciudad de México a __04__ de agosto_ del 2022_.

Dra. Miriam Estrada Martínez
Subdirectora Médica
Presente

Con el presente solicito a usted, autorización para acceder al archivo de formatos de referencia y contra-referencia de los años 2020 y 2021 para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado: **Demanda de atención por intento y riesgo suicida en urgencias psiquiátricas durante la pandemia por COVID-19 en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"**.

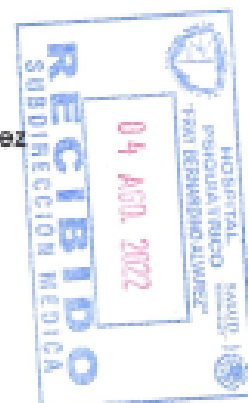
Durante un período de **agosto a diciembre del 2022** a partir de **15 de agosto 2022**. Se localizarán los formatos de referencia y contra-referencia del período mencionado, para seleccionar de manera aleatoria dos legajos de cada mes. Los cuales me comprometo a devolver tan pronto los revise. Cabe señalar que no se colectara información confidencial de los pacientes. El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación registro CI-955.

Agradeciendo de antemano la atención a la presente.

Atentamente



Dra. Danae Alejandra Juárez Domínguez



Declaración de no conflicto de intereses

De conformidad con lo que establecen los artículos 106º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1º, 2º, 7º y 8º de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, Yo Darío Alejandro Juárez Domínguez como personal adscrito a HPFBA y con No aplica número de empleado No aplica 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 trámites 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: Ciudad de México a 24 de abril de 2023

NOMBRE Y FIRMA: Darío Alejandro Juárez Domínguez 

Ciudad de México a 3 de junio del 2022


Dr. Ricardo Mora Duran
PRESIDENTA DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN.
PRESENTE

Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto** fungir como **Asesor teórico de tesis** de **Juárez Domínguez Danae Alejandra**, Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- a. **Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este**
- b. **Informar avance y seguimiento de la investigación**
- c. **Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación**

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

ATENTAMENTE



Dr. Héctor Cabello Rangel
Jefe de Investigación del Hospital Psiquiátrico
"Fray Bernardino Álvarez"



Ciudad de México a 14 de junio del 2022.

Asunto: **Observaciones**

DRA. DANAE ALEJANDRA JUÁREZ DOMÍNGUEZ
PRESENTE.

Con el presente le informo que el **COMITÉ DE INVESTIGACIÓN** de este Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", revisó el protocolo titulado: **DEMANDA DE ATENCIÓN EN URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS POR RIESGO E INTENTO SUICIDA DURANTE PANDEMIA POR COVID-19, EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"** con **No. Reg. CI - 955**, del cual es investigadora principal a lo cual se le sugirió la variable suicido consumado, tomando como referencia datos del INEGI y lo publicado por el **Dr. José Humberto Nicolini Sánchez**; y dando por emitido el **DICTAMEN DE APROBADO**.

Sin más por el momento, le envié un cordial saludo.

ATENTAMENTE

"Hombre soy y nada humano es ajeno a mí"

DR. RICARDO MORA DURÁN

PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

c.c.p.- Archivo del Comité de Ética en Investigación
c.c.p.- Archivo del Comité de Investigación

Esquina San Buenaventura y Calle Niño de Jesús, Número 2, Colonia Tlalpan, Código Postal 14000
Alcaldía Tlalpan, Teléfono: 5556554405 CISCO 23977.

RMD/HCR/Verónica





SECRETARIA DE SALUD
COORDINACIÓN DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD
SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
“FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

Ciudad de México a 27 enero 2023

Dr. Ricardo Mora Duran
Jefa de Unidad de Investigación, Enseñanza y Capacitación
Del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

PRESENTE:

Informó a usted que el Comité de Ética en investigación ha revisado el Protocolo de Investigación titulado “Demanda de atención en urgencias psiquiátricas por riesgo e intento suicida durante la pandemia por COVID-19 en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”. referido por la tesista Dra. Dánae Alejandra Juárez Domínguez al ser valorado exponemos las siguientes observaciones:

- Corroborar que en los expedientes a revisar se cuente debidamente firmada el Aviso de privacidad simplificado de registro de datos personales donde se autoriza uso de datos en investigación.
- Carta de permiso del servicio donde se obtendrá la muestra.

Conclusión: **Aprobado** con las anteriores observaciones

ATENTAMENTE

“HOMBRE SOY Y NADA HUMANO ES AJENO A MI”

~~DRA. RAQUEL ADRIANA ZENTENO AGUAYO
PRESIDENTE DEL CÓMITE DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.~~

C.c.p. Dr. Héctor Cabello Rangel, Jefe de Investigación.

C.c.p. Archivo