

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

**“Asociación entre la severidad de la ideación suicida y alexitimia en pacientes
adultos hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto
Mexicano del Seguro Social”**

TESIS

PARA OBTENER POR EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

ODETH MONSERRAT YÁÑEZ SANDOVAL

TUTORES:

DR. JOAQUÍN RICARDO GUTIÉRREZ SORIANO

DR. MIGUEL PALOMAR BAENA

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, MARZO 2025



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.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Nombre: Dr. Miguel Palomar Baena

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

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

Teléfono: 55 1731 6139

Correo electrónico: diamig.pal@gmail.com

INVESTIGADOR ASOCIADO

Nombre: Dr. Joaquín Ricardo Gutiérrez Soriano

Adscripción: Universidad Nacional Autónoma de México

Lugar de trabajo: Universidad Nacional Autónoma de México

Teléfono: 55 4135 2475

Correo electrónico: drjoaquinrgs@comunidad.unam.mx

INVESTIGADOR ASOCIADO

Nombre: Dra. Odeth Monserrat Yáñez Sandoval

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

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

Teléfono: 33 1766 9024

Correo electrónico: odeth.yanez.s@gmail.com

Contenido

Resumen	7
Introducción	8
Marco teórico	10
Concepto y clasificación de suicidio	10
Factores de riesgo para ideación y conductas suicidas	11
Estadística de suicidio, conductas autolesivas e ideación suicida	12
Concepto de Alexitimia.....	14
Clasificación de la alexitimia	14
Estadística sobre la alexitimia	17
Intervención de la alexitimia	18
Antecedentes.....	20
Justificación	23
Planteamiento del problema	25
Pregunta de investigación.....	26
Objetivos.....	27
General	27
Específicos.....	27
Hipótesis.....	28
Alternativa (H1).....	28

Nula (H2).....	28
Definición de Variables	29
Método.....	32
Diseño de estudio	32
Universo de trabajo	32
Tamaño de la muestra	32
Criterios de selección.....	34
Criterios de inclusión	34
Criterios de no inclusión	34
Criterios de eliminación	34
Instrumentos	35
Formato de información demográfica (FID).....	35
Escala de ideación suicida SSI de Beck SSI.....	35
Escala de alexitimia de Toronto (TAS).....	36
Procedimiento.....	38
Análisis de Datos	39
Recopilación y organización de datos.....	39
Variables del estudio	39
Análisis descriptivo.....	39
Asociación entre variables	39

Análisis de regresión	40
Análisis de clústeres.....	40
Caracterización de clústeres	41
Consideraciones éticas.....	42
Recursos de financiamiento y factibilidad	45
Cronograma.....	45
Resultados	46
Características Demográficas y Clínicas de la Muestra	46
Prevalencia de Alexitimia e Ideación Suicida	48
Verificación de Normalidad	48
Análisis Comparativo de las Variables Sociodemográficas de acuerdo con la Alexitimia	50
Asociación entre Alexitimia e Ideación Suicida	52
Análisis de Regresión Lineal	52
Análisis Multivariante: Regresión Logística Ajustada	54
Análisis de Clúster.....	55
Análisis de Varianza (ANOVA).....	56
Discusión	57
Datos Sociodemográficos	57
Prevalencia de Alexitimia en Pacientes Psiquiátricos	57

Trastornos Psiquiátricos.....	58
Severidad de la Ideación Suicida	59
Análisis Multivariante y de Clústeres.....	59
Limitaciones del Estudio.....	60
Fortalezas del Estudio.....	61
Conclusiones	62
Recomendaciones.....	62
Referencias.....	63
Anexos.....	69
Anexo 1. Consentimiento informado	69
Anexo 2. Datos sociodemográficos	70
Anexo 3. Escala de ideación suicida de Beck SSI	71
Anexo 4. Escala de Alexitimia de Toronto TAS	72

Resumen

“Asociación entre la severidad de la ideación suicida y alexitimia en pacientes adultos hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social”

Antecedentes: El suicidio representa una grave problemática de salud pública, particularmente en grupos vulnerables como los pacientes psiquiátricos hospitalizados. La alexitimia, que se refiere a la dificultad para reconocer y expresar emociones, ha sido vinculada con un mayor riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas.

Objetivo: Establecer la relación entre la intensidad de la ideación suicida y la presencia de alexitimia en pacientes adultos internados en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el período de julio a septiembre de 2023.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico y retrospectivo con 84 pacientes hospitalizados por ideación suicida en un periodo de 3 meses de julio a septiembre 2023. Se aplicaron cuestionarios para obtener variables sociodemográficas, así como las escalas de ideación suicida de Beck (SSI) y de alexitimia de Toronto (TAS).

Resultados: El 59.52% de los pacientes presentó alexitimia, siendo más prevalente en mujeres y en aquellos con antecedentes de trastornos del estado de ánimo y ansiedad. Los pacientes con alexitimia mostraron puntuaciones significativamente más altas en la escala de ideación suicida de Beck. La alexitimia presentó una asociación positiva y significativa con la severidad de la ideación suicida.

Conclusiones: La alta prevalencia de alexitimia en pacientes psiquiátricos con ideación suicida severa resalta la necesidad de integrar evaluaciones específicas de alexitimia en los entornos clínicos. Los resultados subrayan la importancia de diseñar estrategias terapéuticas personalizadas para el manejo emocional y la prevención del suicidio.

Palabras clave: pacientes hospitalizados, ideación suicida, alexitimia.

Introducción

El término suicidio tiene su origen en el latín, donde "sui" significa uno mismo y "caedere", matar, lo que hace referencia a la acción de quitarse la vida (1). El suicidio constituye una de las principales causas de muerte tanto en México como en el resto del mundo, según los informes de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el INEGI (2, 3, 4). En el Hospital Psiquiátrico Morelos, este es un motivo de consulta en aproximadamente un 18% de los casos, según una tesis realizada previamente (5).

La relevancia del suicidio ha favorecido que se dediquen múltiples estudios y la cuantificación estadística que permita detectar posibles factores asociados y el establecimiento de algunas entrevistas estandarizadas que ayudan a la detección del riesgo suicida, de la presencia de pensamientos suicidas y a la caracterización de los actos, todo ello con el fin de detectar vulnerabilidad en los individuos. De esta manera, se ha visto que factores genéticos, ambientales y socio culturales juegan un papel importante en la presencia de las ideas o comportamientos suicidas (6, 7, 8). La identificación de la vulnerabilidad individual nos aporta, además de la detección de individuos proclives, una posibilidad de una intervención temprana, con el objetivo final de disminuir las cifras de recurrencia en los actos suicidas.

Por otro lado, la alexitimia, que se refiere a la dificultad para reconocer y comunicar las emociones (9), se ha postulado que tiene una prevalencia del 10 % y hasta el 20% en la población general (10), encontrándose aumentada especialmente en la psiquiátrica (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17). Aunado a lo anterior, estudios previos han asociado su presencia con un aumento en el riesgo, ideación y conductas suicidas (18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34).

Con base a lo ya expuesto, y según lo sugerido en estudios previos, se ha propuesto a la alexitimia como un posible riesgo asociado al complejo suicida, lo cual comprende el objetivo del presente estudio. Así mismo, la detección e intervención temprana de la misma se ha resaltado como una condición que debe ser abordada para disminuir el riesgo asociado con el complejo de ideación-conducta suicida (7). Si bien, una asociación

positiva en estas dos condiciones (ideación suicida – alexitimia) no es suficiente por sí misma para evitar actos suicidas, la contribución de esta información puede llevar al resaltar la necesidad del abordaje de esta entidad. Lo cual, en el mejor de los casos, podría favorecer la identificación de personas en riesgo, además de la disminución en las demandas de atención por este motivo, incapacidad y muerte.

Marco teórico

Concepto y clasificación de suicidio

Etimológicamente, el término suicidio proviene del latín "sui", que significa uno mismo, y "caedere", que significa matar, refiriéndose al acto de matarse a uno mismo. La primera definición formal fue propuesta en 1897 por Durkheim, quien lo describió como "todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la propia víctima, con pleno conocimiento de que causaría este resultado" (1). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud lo define como "un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y llevado a cabo por la persona, sabiendo o anticipando su desenlace fatal, con la intención de lograr los cambios deseados" (2). En México, de acuerdo con la última Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes con conducta suicida, se define la conducta suicida como "un conjunto de comportamientos relacionados con la intención de comunicar, realizar o llevar a cabo un acto autodestructivo que podría resultar en la pérdida de la vida, y que tiene un componente biológico, genético, psicológico, sociológico y ambiental", abarcando un fenómeno complejo que puede progresar en diferentes niveles.

De esta manera, se ha descrito el siguiente continuo:

- **Ideas de muerte:** se refiere a pensamientos o ideas relacionados con la propia muerte, pero no con el acto suicida como tal.
- **Fantasías de suicidio:** comprende pensamientos que evocan al suicidio, pero sin la intención o estructuración de un plan conciso para llevarlo a cabo.
- **Ideación suicida:** pensamientos relacionados con el suicidio, donde se tiene una intención de realizarlo, independientemente de si se ha establecido un plan de ejecución.
- **Gesto suicida:** hace referencia a una conducta específica encaminada a quitarse la vida pero que no llega a provocar un daño tisular, siendo generalmente abortadas por el mismo individuo o un tercero.

- **Intento suicida:** se define como una conducta que va encaminada a quitarse la vida y que sí provoca un daño tisular, pero que no ha conseguido llegar a la muerte" (7).

Estas definiciones ponen de manifiesto la dificultad y complejidad para comprender y estudiar el suicidio.

Factores de riesgo para ideación y conductas suicidas

Para identificar los factores de riesgo que podrían llevar a la realización de un acto suicida y su posible prevención, diversos estudios, incluyendo los de la Organización Mundial de la Salud, han señalado que haber tenido un intento de suicidio previo es uno de los eventos más significativos para la aparición de nuevos intentos, seguido por la presencia de trastornos psiquiátricos como la depresión, el consumo de alcohol y factores socioeconómicos y culturales como dificultades económicas, rupturas de relaciones de pareja, síndromes dolorosos, enfermedades crónicas, ambientes violentos, la pérdida de seres queridos, pertenecer a grupos vulnerables y estar en prisión (2). Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha identificado como factores que aumentan el riesgo de conductas suicidas el acceso limitado a servicios de salud, exposición a violencia y conflictos bélicos, trastornos mentales, crisis personales, problemas económicos e intentos suicidas previos (3).

Según la Guía de práctica clínica de España, se consideran factores de riesgos individuales el padecer un trastorno mental, además del consumo de sustancias, intentos suicidas previos, ser adolescente o adulto mayor, hombre, contar con el antecedente de suicidio cometido por algún miembro de la familia y padecer alguna enfermedad médica o discapacidad. Por otro lado, los factores socioculturales como la red de apoyo deficiente, un nivel socioeconómico y escolar bajo, encontrarse en un ambiente laboral estresante, eventos vitales intensos, antecedentes de maltrato y violencia, orientación homosexual y acceso a agentes de daño potenciales como armas de fuego, medicamentos y sustancias tóxicas (6).

En 2017, Luna-Contreras y su equipo llevaron a cabo un estudio en una población de jóvenes mexicanos con el objetivo de identificar factores de riesgo. En su investigación, hallaron que los factores mencionados previamente a nivel mundial también se presentaban en este grupo, destacando como el de mayor impacto la existencia de un intento de suicidio previo, seguido por el consumo de sustancias, vivir en un entorno violento y el rezago educativo (8).

Estadística de suicidio, conductas autolesivas e ideación suicida

A nivel **global**, en 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que alrededor de 703,000 personas se suicidaron, siendo el grupo etario más afectado el de 15 a 29 años. Ese mismo año, el 77% de los suicidios ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y los métodos más comunes fueron la intoxicación por plaguicidas, seguida del ahorcamiento y el uso de armas de fuego (2). Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó que entre 2015 y 2019, aproximadamente 98,000 muertes por suicidio fueron registradas en la región de las Américas, con la tasa más alta observada en América del Norte y el Caribe. En este contexto, los hombres fueron los más afectados, representando el 79% de los casos. El grupo etario con mayor incidencia fue el de 20 a 24 años, seguido por los de 45 a 49 años y mayores de 70 años. En cuanto a los métodos, estos coincidieron con los utilizados globalmente, como la asfixia y el uso de armas de fuego, seguidos de la intoxicación y envenenamientos (3).

En **México**, según los datos del INEGI, en 2020 se registraron 7,818 muertes por lesiones autoinfligidas, lo que representó el 0.7% del total de fallecimientos ese año, con una tasa de suicidio de 6.2 por cada 100,000 habitantes, superando la cifra de 5.6 por cada 100,000 habitantes registrada en 2019. El grupo etario más afectado fue el de jóvenes entre 18 y 29 años, con 10.7 muertes por cada 100,000 habitantes, siendo los hombres los más afectados con un 10.4, en comparación con el 2.2 en mujeres. El segundo grupo con mayor tasa de suicidio fue el de personas de 30 a 59 años, con 7.4 muertes por cada 100,000 habitantes (4). En cuanto a los métodos utilizados para autolesionarse, un 2%

de la población mayor de 10 años recurría a cortes, intoxicación u otras formas de autolesión para intentar quitarse la vida, especialmente entre las mujeres, con un 3% frente al 1% en los hombres. Este fenómeno fue más notorio en las mujeres de 10 a 19 años (6%) y en el grupo de 20 a 29 años (4%), siendo similar en los hombres, aunque con un porcentaje menor (2%) (4). En cuanto a la ideación suicida, las mujeres de 50 a 59 años fueron las que presentaron la mayor tasa, con un 8%, seguidas por las adolescentes de 10 a 19 años, las mujeres de 40 a 49 años y las mayores de 60 años, con un 7% en cada uno de estos grupos. En los hombres, la ideación suicida fue más común entre los de 40 a 49 años (6%), seguido por los de 30 a 39 años y mayores de 60 años, con un 5% en ambos grupos. Esta ideación persistió en el 35% de las mujeres y el 34% de los hombres (4).

En referencia a la población que acuden al **Hospital de Psiquiatría Morelos**, en el año 2010 se publicó la tesis “Intentos suicidas en pacientes del Hospital Regional Morelos”, donde se encontró que, de 2,755 pacientes que solicitaron atención en esta unidad en un periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2009, 518 consultaron por motivo de intento suicida, lo que equivale al 18.80% del total de la población (5).

Con todo lo anterior, es relevante tener en cuenta que el complejo suicida tiene características específicas dependiendo del género, edad y los factores asociados. Observándose que la población mexicana comparte características con el resto de los individuos a nivel mundial.

Concepto de Alexitimia

La palabra **alexitimia** proviene etimológicamente del griego, “a”- negativa, “*lexis*” - palabra o acción de hablar y “*thymos*” – emoción, y se refiere a la “*incapacidad de expresar emociones*”. Este término fue propuesto por primera vez por el psiquiatra Sifneos en 1972 y comprende la falla en el procesamiento y en la conciencia emocional, basado en cuatro premisas (9):

1. Dificultad para reconocer y expresar emociones.
2. Dificultad para diferenciar entre las emociones y las sensaciones físicas derivadas de la activación emocional
3. Limitación en los procesos imaginativos, caracterizada por una fantasía empobrecida.
4. Estilo cognitivo concreto, enfocado hacia el exterior, sin tener en cuenta los estados internos (9, 35, 36).
5. Y una menor reactividad emocional, un aspecto añadido por Bermond y Vorst en 2001 (37).

En síntesis, se estipula que la alexitimia comprende una disminución o incapacidad de identificar y expresar las emociones, de distinguir lo corporal de lo emocional, un estilo cognitivo concreto y orientado al exterior, así como una imaginación, fantasía y reactividad emocional empobrecidas, lo que nos habla de una entidad compleja y limitante para el procesamiento emocional, y por tanto, para los actos derivados de las mismas.

Clasificación de la alexitimia

Con relación a la clasificación de la alexitimia, se han hecho varias propuestas basadas en los criterios clínicos observados en los pacientes, siendo las más importantes la de Sifneos que comprende una orientación etiológica-biológica (9, 35, 36), y la de Bermond y Vorst que se enfatiza en lo anatómico y neurobiológico, esta última modificada por Goerlich en el 2015 (37).

1. La **clasificación de Sifneos** está fundamentada en un modelo biológico basado en la etiología, diferenciándola en primaria y secundaria (9, 35, 36):

- **Alexitimia primaria:** comprende una etiología constitucional o hereditaria, con un componente neuroanatómico o derivado de un defecto fisiológico, en la que se presenta un trastorno en la comunicación entre el sistema límbico y la corteza, lo que provoca una dificultad para vincular la fantasía, el pensamiento y el lenguaje con las emociones.
- **Alexitimia secundaria:** surge de eventos que afectan el funcionamiento cerebral psicológica u orgánicamente. Un trauma temprano o grave prolongado desregula neuroquímicamente el cerebro, activando el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal e incrementando corticotropina, catecolaminas, cortisol y glutamato. Esto induce una hiper reactividad simpática y una compensación parasimpática, resultando en un estado hipoactivo con bloqueos metabólicos y alteración de serotonina. El trauma repetido altera las conexiones emocionales del hemisferio derecho y sistema límbico, así como regula inadecuadamente el sistema nervioso autónomo (38).
- **Alexitimia orgánica:** aunque no fue planteada por Sifneos, ha sido propuesta en los últimos años y se basa en el daño directo al cerebro debido a ataques al sistema nervioso central como enfermedades, hipoxia cerebral, agentes tóxicos, lesiones traumáticas directas o cualquier otra afección que involucre el cíngulo anterior, ganglios basales, amígdala, ínsula, hemisferio derecho y cuerpo calloso. La principal diferencia con las anteriores es la ausencia de antecedentes de exposición al estrés y de una personalidad premórbida que la explique. De igual forma, este tipo de alexitimia generalmente se acompaña de un deterioro cognitivo y parece ser la que presenta una mayor resistencia al tratamiento (9, 35, 36).

2. La **clasificación de Bermond y Vorst, modificada por Goerlich**, tiene su fundamento en los hallazgos neurobiológicos, sus características clínicas y la

alteración del componente afectivo, el cognitivo o ambos. Se proponen 4 tipos, los cuales se señalan en la siguiente tabla (9, 35, 36, 37, 39):

Tipo de Alexitimia	Características
Alexitimia tipo I	Caracterizada por una afectividad disminuida y pobreza cognitiva en lo relacionado al componente emocional.
Alexitimia tipo II	Involucra una correcta conciencia emocional, pero con una dificultad para expresar las emociones, lo que resulta en síntomas somáticos.
Alexitimia tipo III	Caracterizada por una adecuada afectividad, pero con falla en la esfera cognitiva.
Lexitimicos o tipo IV	Conservan íntegras las dos esferas.

De esta clasificación, los dos últimos tipos fueron propuestos y agregados por Goerlich y cols en el 2015, quienes se encargaron de integrar el componente neurobiológico a la clasificación propuesta inicialmente (37, 39).

Estos autores descubrieron que en los tipos I y II se observó una reducción en el volumen de la materia gris en la amígdala derecha y el tálamo, mientras que en el tipo III se identificó una disminución en el volumen del cíngulo medial. Además, los tipos II y III compartían la característica de un aumento en el volumen del cuerpo caloso. A partir de estos hallazgos, concluyeron que la dimensión cognitiva está asociada con la reducción del volumen en la amígdala derecha, la ínsula posterior izquierda, el núcleo caudado, el hipocampo y el parahipocampo, mientras que la dimensión afectiva se vincula con un aumento en el volumen del cíngulo anterior (37, 39).

De esta forma se puede ver que la alexitimia es una entidad que involucra componentes tanto genéticos como ambientales, que tiene un precedente neuro bioquímico y alteraciones neuroanatómicas que conllevan a la expresión clínica.

En concordancia con lo anterior, revisiones sistemáticas sobre la neurobiología de la alexitimia, han establecido la participación y alteración morfológica y/o funcional de

algunas áreas cerebrales en esta entidad, basado en estudios de neuroimagen dinámicos y comparativos entre sujetos alexitimicos y no alexitimicos. Los hallazgos más consistentes señalan modificaciones en áreas encargadas del procesamiento emocional tales como la corteza cingulada anterior y su conexión con áreas límbicas, la amígdala, la ínsula, la corteza prefrontal, los ganglios basales, el cuerpo calloso y el cerebelo (9, 35, 36, 39).

En resumen, estos estudios apoyan las teorías de que, la alteración morfológica, metabólica y funcional de estas áreas, ya sea por una condición heredada (alexitimia primaria), daño directo (alexitimia orgánica), o como parte de una respuesta al estrés (alexitimia secundaria), conllevan a la aparición de esta entidad y explican la expresión sintomática característica.

Estadística sobre la alexitimia

A pesar de la dificultad para establecer un perfil epidemiológico de la alexitimia, por la variabilidad en la expresión sintomática, se han encontrado prevalencias que va desde el 10% y hasta el 20%, lo cual es dependiente de la edad y genero; es así que los adolescentes pueden tener mayor prevalencia de hasta un 20%, siendo mayor en hombres en un 32% contra 21% mujeres (9).

Por otro lado, se encuentra una alta comorbilidad de la alexitimia con trastornos **psiquiátricos**. Asimismo, en los trastornos psicossomáticos puede presentarse hasta en un 60% de los pacientes, en los que además se encuentra un componente de dolor crónico en un 53% de ellos (11). En el caso de los trastornos del estado de ánimo (TEA), de ansiedad generalizada (TAG) y por estrés, se ha observado desde 21% a un 60% en los sujetos con depresión, de un 29% a un 63% para los de ansiedad y de un 23% a un 68% para aquellos con intolerancia al estrés; lo cual depende también de los aspectos socioculturales (10). Para los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) varía de un 32% hasta un 69% (12). En el caso de consumo y abuso de sustancias tienen cifras desde un 43.5% hasta un 67% (12, 13). En el trastorno de juego patológico, de un 34% hasta un 77% (14). Así mismo en los trastornos de la personalidad, particularmente en

el límite se ha visto hasta en un 62% (15). Finalmente en el espectro autista desde un 55% (16) hasta un 49.9% (17), entre otras entidades.

Por otro lado, y en relación con los objetivos del presente estudio, la **alexitimia** también se ha visto presente en pacientes que tienen **ideación y comportamientos suicidas**, la cual puede o no estar acompañada de otro trastorno psiquiátrico como depresión (18, 19, 20), trastorno afectivo bipolar (21), consumo de sustancias (22, 23) TCA (24, 25), TAG (26, 27) trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (28) y esquizofrenia (29). O, por otro lado, no tener aún un diagnóstico psiquiátrico o no ser tomado como una variable en el estudio, pero que cumplen para alexitimia e ideas y/o comportamientos suicidas (30, 31, 32, 33, 34).

Dentro del complejo suicida, y haciendo una diferenciación según los estudios previos, la alexitimia se ha encontrado presente en pacientes con aumento en el **riesgo** suicida (18, 20, 26, 28), **ideación** suicida (20, 21, 22, 23, 25, 27, 29, 30), y **conductas autolesivas con y sin fines suicidas** (18, 19, 22, 30, 31, 32, 33, 34).

Con relación a esto, se concluye que la alexitimia, si bien se encuentra presente en la población general, está aumentada en los individuos que presentan un trastorno psiquiátrico. Por lo que parece frecuente que ambas entidades, es decir, la alexitimia y la presencia de un padecimiento psiquiátrico estén presentes en personas que tienen ideación o comportamientos suicidas.

Intervención de la alexitimia

La alexitimia ha implicado un reto terapéutico, el abordaje que se ha realizado en estos pacientes y comprende la aplicación de varias técnicas psicoterapéuticas, siendo las más aplicadas la psicoterapia interpersonal y el análisis introspectivo (40), así como la terapia grupal con enfoque educativo y feedback visual (41) y la psicoterapia con orientación psicoanalítica o psicoanálisis (42), entre otros.

Desde las intervenciones farmacológicas, el tratamiento se ha centrado en ISRS para disminuir la hostilidad y sentimientos negativos y aumentar los positivos. De igual forma, se han utilizado moduladores del estado de ánimo a fin de disminuir la impulsividad y aumentar el autocontrol (40).

Estas propuestas de intervención nos hablan de que es posible el abordaje tanto terapéutico como farmacológico para mejorar la alexitimia, con ello se esperaría la mejora sintomática y en la expresión comportamental de estos pacientes, incluyendo las conductas relacionadas con los actos suicidas.

Antecedentes

Los estudios realizados previamente, han tenido como objetivo la identificación de la presencia de alexitimia en individuos que presentan un elevado riesgo suicida, así como ideación suicida y/o que han cometido actos autolesivos ya sea con o sin fines suicidas. Estas investigaciones fueron aplicadas en poblaciones que presentaban un diagnóstico psiquiátrico, para lo que se pueden citar los siguientes trabajos.

- En 2001 Iancu encontró que la alexitimia se presentó más frecuentemente en pacientes con TAG en un 39% contra un 4% de los controles sanos; además de que éstos primeros presentaron puntajes más altos para riesgo de suicidio en comparación con el control (26).
- En el 2004 Hintikka concluyó que la ideación suicida era mayor en sujetos con alexitimia y depresión en comparación con un grupo sin alexitimia y sin depresión en un 31.5% contra 9.1%. En esta investigación se realizó una nueva aplicación encontrándose consistencia en los hallazgos previos donde el primer grupo presentaba ideación suicida en un 35.7% en comparación con el grupo control de 8.5%, calculándose además un OR de 1,03 (IC 95% 1,01 a 1,05) (18).
- En 2006, Evren identificó puntajes más elevados en la escala de alexitimia en un grupo de pacientes que cumplía criterios para trastorno por consumo de alguna sustancia y que presentaban antecedente de intentos suicidas, con una frecuencia media de 60,79% para el grupo principal, en comparación con el control de 13,3% (22).
- En el 2009, Sakuraba comparó un grupo con diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol contra un grupo control sano; encontró que en los primeros, el 76.6% presentaban ideación suicida y, además, cumplían para alexitimia en un 66.6%, a comparación con grupo control sano que no presentaba ideación suicida, en un 86.1% y solo el 17.7% cumplía con criterios para alexitimia, con una $p < 0,001$ (23).

- En el 2011, Marasco estudió una población con diagnóstico de esquizofrenia, quienes cumplían con criterios para alexitimia en un 36.7%, los cuales también mostraban síntomas negativos y depresivos más severos y un mayor riesgo suicida en comparación con los que no cumplían para alexitimia (29).
- En el 2012, Carano identificó en pacientes que tenían el diagnóstico de trastorno por atracón, el 38.8% puntuaba positivo a alexitimia, y en éstos, la ideación suicida se encontraba presente en un 27,5%, además de tener antecedentes de haber realizado intentos suicidas hasta en un 12,5% (24)
- En el 2015, Alpaslan abordó una población de adolescentes que tenían conductas alimentarias de riesgo y que cumplían para alexitimia con una $p < 0.05$, además de presentar mayor ideación suicida, desesperanza y hostilidad en comparación con el resto del grupo que no cumplía para alexitimia (25).
- En el 2015, Izci comparó un grupo de individuos con depresión y alexitimia contra un grupo de controles sanos, donde observó que la tasa de intento suicida fue mayor en el primer grupo en un 67,6% contra el control de 29,2% (19).
- En 2016, Kim estudió un grupo de pacientes con TOC y encontró que, de los que presentaban alexitimia, también habían presentado intentos suicidas previos en un 37% y que tenían ideación suicida actual un 56.8% (28).
- En el 2017 De Beradis encontró en un grupo de pacientes con diagnóstico de ansiedad generalizada, que el 44.3% tenían alexitimia y que presentaban una mayor severidad en la escala de Hamilton para ansiedad con una $p < 0,003$, así como en la escala de ideación suicida, con una $p < 0,001$ (27).

Finalmente, en el 2019, este mismo autor, encontró que el 68% de los sujetos con diagnóstico de depresión cumplían con criterios para alexitimia y tenían un puntaje significativamente elevado en la escala de ideación suicida 0.40 de Beck (20).

Justificación

El suicidio es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, con una estimación de 703,000 muertes anuales según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2019, y con una tendencia creciente. Los jóvenes de 15 a 29 años se identifican como el grupo más vulnerable (2). En México, según el INEGI, se registraron 7,818 muertes por suicidio en 2020, lo que representa el 0.7% del total de fallecimientos ese año, con una tasa de suicidio de 6.2 por cada 100,000 habitantes, superando la cifra de 5.6 por cada 100,000 habitantes reportada en 2019. Además, los jóvenes varones de 18 a 29 años fueron los más afectados, con un 10.4 frente a un 2.2 en mujeres. En cuanto a la ideación suicida, se observó que es más frecuente en mujeres (8%) en comparación con los hombres (6%), aunque la persistencia de la ideación fue similar, con un 35% en mujeres y un 34% en hombres (4).

La ideación y las conductas suicidas son una importante causa de consulta en psiquiatría. Basándonos en una tesis realizada en nuestra institución en el 2010, se encontró que un aproximado de un 18% de la población que acudió al hospital psiquiátrico lo hizo por ese motivo (5).

Por otro lado, la alexitimia, que se refiere a la dificultad para reconocer y comunicar las emociones (9), se ha postulado que tiene una prevalencia del 10 % y hasta el 20% en la población general (10), encontrándose aumentada particularmente en individuos con una afección psiquiátrica (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17). Aunado a lo anterior, estudios previos han asociado su presencia con un aumento en el riesgo, la ideación y las conductas suicidas (18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34). Encontrándose que, cuando se tiene un trastorno psiquiátrico, existe una mayor posibilidad de encontrar alexitimia, e igualmente mayor será la presencia o persistencia de ideas suicidas, el riesgo o el cometer actos suicidas y de los antecedentes de haberlo realizado (18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29).

Por tal motivo se ha propuesto a la alexitimia puede considerarse como un posible riesgo asociado al complejo suicida, y que su detección e intervención tempranas pueden disminuir el riesgo asociado a la conducta suicida (7). Si bien, una asociación positiva en

estas dos condiciones (ideación suicida – alexitimia) no es suficiente por sí misma para evitar actos suicidas, la contribución de nuestro estudio puede elucidar la necesidad de identificar la presencia de alexitimia en los pacientes que acuden al hospital de psiquiatría Morelos, esto se debe a que la alexitimia podría estar relacionada con la presentación de ideas suicidas.

Planteamiento del problema

El suicidio es una de las principales causas de muerte a nivel global, constituyendo un reto significativo para la salud pública tanto en México como en el resto del mundo. Diversas investigaciones han señalado la complejidad de los factores involucrados en la ideación y conducta suicida, incluyendo aspectos genéticos, ambientales, socio-culturales y psicológicos. En particular, la alexitimia, entendida como la dificultad para reconocer y expresar emociones, ha sido identificada como una condición prevalente que podría incrementar el riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas.

A pesar de la evidencia que señala una relación entre la alexitimia y el suicidio, todavía hay una falta considerable de estudios que aborden de manera completa esta conexión en la población mexicana. Esta brecha se refleja en la falta de estudios que exploren cómo la alexitimia puede influir en la ideación suicida, especialmente en contextos clínicos específicos, como en pacientes hospitalizados por motivos psiquiátricos en instituciones nacionales de salud. La detección e intervención temprana de la alexitimia en pacientes con tendencias suicidas representa un área crucial de investigación que podría contribuir a estrategias preventivas más eficaces y a la reducción de las tasas de suicidio.

El objetivo de este estudio es abordar esta laguna en la investigación, centrando su análisis en la relación entre la ideación suicida y la alexitimia en pacientes adultos internados en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Este enfoque resulta relevante debido a la alta incidencia de casos de ideación suicida en este entorno clínico y a la posibilidad de mejorar la detección temprana y el diseño de intervenciones terapéuticas que tomen en cuenta la alexitimia como un factor clave en el manejo del riesgo suicida. Además, el estudio busca aportar al conocimiento existente, proporcionando evidencia desde un contexto mexicano que pueda ser comparada o integrada con los hallazgos globales en este campo.

Por lo tanto, es fundamental destacar la importancia de investigar la conexión entre la alexitimia y la ideación suicida, enfatizando la relevancia de este estudio en el ámbito de la salud pública y la psiquiatría en México.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la asociación entre la alexitimia y la severidad de la ideación suicida en pacientes adultos hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social?

Objetivos

General

- Establecer la relación entre la alexitimia y la gravedad de la ideación suicida en pacientes adultos internados en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el período de julio a septiembre de 2023.

Específicos

- Determinar la prevalencia de alexitimia en pacientes internados con ideación suicida y analizar su vínculo con la gravedad de dicha ideación.
- Examinar la conexión entre la presencia de alexitimia y los diferentes grados de severidad de la ideación suicida en la muestra de estudio.
- Analizar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con alexitimia, de acuerdo con los distintos niveles de severidad de la ideación suicida.
- Investigar cómo los trastornos psiquiátricos coexistentes afectan la relación entre la alexitimia y la gravedad de la ideación suicida.
- Delimitar subgrupos clínicos específicos según la gravedad de la ideación suicida y los niveles de alexitimia, empleando técnicas multivariantes.
- Valorizar la relación ajustada entre la alexitimia y la gravedad de la ideación suicida, controlando variables de confusión como trastornos psiquiátricos coexistentes.

Hipótesis

Alternativa (H1)

Existe una asociación significativa entre la alexitimia y la severidad de la ideación suicida en pacientes adultos hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Nula (H2)

No existe una asociación significativa entre la alexitimia y la severidad de la ideación suicida en pacientes adultos hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Definición de Variables

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Tipo de variable
Numero de ID	Número de identificación	Número	Número de identificación del paciente	Cuantitativa discreta
Sexo	Características orgánicas masculinas o femeninas en animales y plantas. (43)	Hombre / Mujer	Codificación - Hombre (1) - Mujer (2)	Cualitativa nominal dicotómica
Edad	Duración de la vida de una persona u otro ser vivo desde su nacimiento (43)	Años	Edad (años) al momento de la entrevista	Cuantitativa discreta
Nivel de escolaridad	Conjunto de asignaturas que un estudiante cursa en una institución educativa (43)	Sin escolaridad, primaria, etc	- Sin escolaridad (1) - Primaria (2) - Secundaria (3) - Preparatoria (4) - Licenciatura (5) - Posgrado (6)	Cualitativa ordinal politómica
Estado civil	Situación de una persona respecto a su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, registrada en el registro civil, que define el ámbito de derechos y responsabilidades que la ley otorga a las personas (43)	Casado, soltero, etc	- Soltero (1) - Casado (2) - Unión libre (3) - Divorciado (4) - Viudo (5)	Cualitativa ordinal politómica
Trastorno mental	Síndrome que se manifiesta por una alteración considerable en el estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento, lo cual indica una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo que sustentan su funcionamiento mental (44)	Trastorno depresivo, Trastorno de ansiedad, etc	- Trastorno depresivo - Trastorno de ansiedad - Trastorno de la personalidad - Trastorno por consumo de sustancias	
Depresión	Cumple con los criterios DSM-5 para trastorno depresivo (44)	Presente / Ausente	Codificación: 1: Presente, 2: Ausente	Cualitativa nominal dicotómica

Ansiedad	Cumple con los criterios DSM-5 para cualquier trastorno de ansiedad (44)	Presente / Ausente	Codificación: 1: Presente, 2: Ausente	Cualitativa nominal dicotómica
Trastorno de la personalidad	Cumple con los criterios DSM-5 para cualquier trastorno de la personalidad (44)	Presente / Ausente	Codificación: 1: Presente, 2: Ausente	Cualitativa nominal dicotómica
Trastorno por consumo de sustancias	Cumple con los criterios DSM-5 para cualquier trastorno por consumo de cualquier sustancia (44)	Presente / Ausente	Codificación: 1: Presente, 2: Ausente	Cualitativa nominal dicotómica
Intentos suicidas previos categorizados	Situaciones en las que el paciente lleva a cabo una acción destinada a causarse la muerte y provoca daño en los tejidos, pero sin lograr fallecer. (7). Intentos suicidas previos categorizados por cuartiles	Intervalos de intentos	Codificación: 0-1, 2, 3-4, 5 y más	Cualitativa ordinal politómica
Actitudes hacia la vida y la muerte	Características de las actitudes hacia la vida y la muerte	Puntuación	Puntuación de la subescala en la Escala de ideación suicida de Beck (SSI) ítems 1, 2, 3, 4, 5	Cuantitativa discreta
Pensamientos y deseos de suicidarse	Características de los pensamientos y de los deseos de suicidarse	Puntuación	Puntuación de la subescala en la Escala de ideación suicida de Beck (SSI) ítems 6, 7, 8, 9, 10, 11	Cuantitativa discreta
Características del intento suicida	Características del intento suicida	Puntuación	Puntuación de la subescala en la Escala de ideación suicida de Beck (SSI) ítems 12, 13, 14, 15	Cuantitativa discreta
Actualización del intento suicida	Actualización del intento suicida	Puntuación	Puntuación de la subescala en la Escala de ideación suicida de Beck (SSI) ítems 16, 17, 18, 19	Cuantitativa discreta
Puntuación total del SSI	Puntuación total de la Escala de ideación suicida de Beck (SSI)	Puntuación	Puntuación total en la Escala de ideación suicida de Beck (SSI)	Cuantitativa discreta

Dificultad para identificar y distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales	Dificultad para reconocer y diferenciar entre emociones y sensaciones físicas.	Puntuación	Puntuación de la subescala en la Escala de Alexitimia de Toronto (ítems 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14)	Cuantitativa discreta
Dificultad para describir sentimientos	Dificultad para expresar o comunicar las emociones.	Puntuación	Puntuación de la subescala en la Escala de Alexitimia de Toronto (ítems 2, 4, 11, 12, 17)	Cuantitativa discreta
Pobreza de fantasía y pensamiento orientado hacia el exterior	Escasez de imaginación y pensamiento centrado en el entorno externo.	Puntuación	Puntuación de la subescala en la Escala de Alexitimia de Toronto (ítems 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20)	Cuantitativa discreta
Puntuación total del TAS	Puntuación total en la Escala de Alexitimia de Toronto	Puntuación	Puntuación total en la Escala de Alexitimia de Toronto	Cuantitativa discreta
Identificación de sentimientos categorizada	Identificación de sentimientos categorizada por encima o debajo de la mediana	Positivo / Negativo	Codificación: 1: Positivo, 2: Negativo	Cualitativa nominal dicotómica
Descripción de sentimientos categorizada	Descripción de sentimientos categorizada por encima o debajo de la mediana	Positivo / Negativo	Codificación: 1: Positivo, 2: Negativo	Cualitativa nominal dicotómica
Pobreza de fantasías categorizada	Pobreza de fantasías categorizada por encima o debajo de la mediana	Positivo / Negativo	Codificación: 1: Positivo, 2: Negativo	Cualitativa nominal dicotómica
Severidad de la ideación suicida	Severidad de la ideación suicida categorizada por puntos de corte	Mínima, leve / moderada, severa	Codificación: 1: Mínima, 2: Leve/Moderada, 3: Severa	Cualitativa ordinal politómica

Método

Diseño de estudio

Estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo.

Universo de trabajo

La muestra de este estudio estuvo compuesta por **84** pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en edades comprendidas entre los 18 y 65 años, hombres o mujeres y que estuvieron hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos debido a la presencia de ideación suicida, durante el periodo de julio a septiembre de 2023.

Tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de muestra necesario, se recurrió a una fórmula de cálculo basada en la proporción esperada de alexitimia en la población con ideación suicida, encontrándose una frecuencia esperada del 23%, en base al tamaño del efecto promedio de 1.03 OR según en estudios previos sobre la asociación entre estas variables.

Por otro lado, se proporcionó el promedio de población hospitalizada por ideas suicidas en un periodo de 3 meses, lo que equivale a una población de **116**, el cual se utilizó como el tamaño de población finita.

Fórmula:

$$n = \left(\frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q} \right)$$

Donde:

- n: Tamaño de la muestra
- N: Tamaño de población finita (116 en este caso)
- $Z\alpha$: Valor crítico de distribución normal estándar (1.96 para nivel de confianza de 95%)
- p: Proporción esperada (en este caso 0.23)
- q: 1 - p (en este estudio, 0.77)
- e: Error tolerado (5%)

Sustituyendo los valores se obtuvo:

$$n = (116 * 1.96^2 * 0.23 * 0.77) / (0.05^2 * (116 - 1) + 1.96^2 * 0.23 * 0.77) \approx 83.92$$

De esta forma, el tamaño de muestra calculado fue de un total de **84** participantes para obtener un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Este tamaño se consideró adecuado para los análisis estadísticos propuestos, permitiendo una estimación precisa de la prevalencia de alexitimia en esta población específica.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes con derechohabencia del IMSS, en un rango de edad de 18 a 65 años, hombre o mujer.
- Pacientes hospitalizados por ideas suicidas.
- Pacientes que decidieron participar en el estudio a través de un proceso de consentimiento informado.

Criterios de no inclusión

- Pacientes que presentaban:
 - Síntomas psicóticos al momento de su ingreso hospitalario.
 - Discapacidad intelectual moderada o grave
 - Síndrome confusional agudo.
 - Cualquier afección psiquiátrica de índole orgánico.
 - Deterioro neurocognitivo mayor.

Criterios de eliminación

- Instrumentos de evaluación incompletos.
- Pacientes que optaron por retirarse del estudio.

Instrumentos

En este estudio, se empleó un formato de información demográfica y dos escalas principales para evaluar la alexitimia y la ideación suicida: **la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) y la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)**, respectivamente. La elección de estas herramientas se basó en su amplio uso en la literatura psiquiátrica y psicológica, así como en su validación en poblaciones clínicas y no clínicas. A continuación, se profundiza en la justificación de estas elecciones y se consideran medidas adicionales para una comprensión más integral de las variables de interés.

Formato de información demográfica (FID)

Este formato que fue realizado para el propósito exclusivo del estudio. En el formato se incluyó edad, sexo, estado civil y escolaridad, como características socioculturales generales. De igual manera, se incluyó la variable de cantidad de intentos suicidas previos para fin de identificar si, la presencia y el número de intentos suicidas previos, tienen un impacto sobre la presencia de ideas suicidas actuales y/o la presencia de alexitimia. Finalmente, se incluyó la variable del diagnóstico de trastorno mental establecido a su ingreso hospitalario a la unidad a fin de identificar cuál de estos era el más prevalente, separándose en tr. del estado de ánimo, de ansiedad, por consumo de sustancias y de la personalidad, al ser los que más significancia han mostrado en estudios previos. Se permitió la oportunidad de elegir más de uno de estos, ello debido a que la comorbilidad es frecuente.

Escala de ideación suicida SSI de Beck SSI

Es una herramienta estructurada que mide la intensidad, el alcance y la frecuencia de los pensamientos suicidas actuales y pasados, así como las conductas y planes suicidas. Se compone de cuatro subescalas: I) Actitudes hacia la vida y la muerte (5 ítems), II) Pensamientos y deseos suicidas (6 ítems), III) Características del intento suicida (4 ítems) y IV) Actualización del intento suicida (4 ítems), sumando un total de 19 ítems, cada uno con puntuaciones de 0 a 2, con un máximo de 38 puntos. Esta escala

demuestra una alta consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.89-0.96 y una excelente fiabilidad interexaminador de 0.83% (45). Fue validada en la población mexicana en 2000 por Gonzalez-Macip y colaboradores, utilizando una muestra de 122 estudiantes que solicitaron atención psiquiátrica, con análisis de consistencia interna para cada subescala. En cuanto a las actitudes hacia la vida y la muerte, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.90, en los pensamientos y deseos suicidas un 0.65, en las características del intento suicida un 0.61 y en la actualización del intento un 0.45 (46). Posteriormente, en 2012, Córdova-Osnaya y Rosales-Pérez aplicaron la escala nuevamente en una muestra de 971 estudiantes mexicanos, obteniendo un alfa de Cronbach global de 0.76, con 0.70 para hombres y 0.83 para mujeres (47). La escala de Beck es una herramienta confiable que proporciona una evaluación tanto cuantitativa como cualitativa de la ideación suicida (45). Su efectividad para diferenciar los grados de ideación suicida y su aplicabilidad tanto en entornos clínicos como de investigación la convierten en una herramienta invaluable para este estudio, permitiendo la comparación con investigaciones previas y una evaluación precisa del riesgo suicida.

Escala de alexitimia de Toronto (TAS)

Validada por primera vez en 1994 por Bagby y sus colaboradores en Toronto, Canadá, con una muestra de 965 estudiantes de una edad media de 21.8 ± 5.6 años, y un retest realizado a 120 participantes. El cuestionario está compuesto por 20 ítems que evalúan los cuatro factores principales de la alexitimia: F1, dificultad para identificar y distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales (DIS), con 7 ítems (1, 3, 6, 7, 9, 13, 14); F2, dificultad para describir sentimientos (DES), con 5 ítems (2, 4, 11, 12, 17); y F3, pobreza de fantasía y pensamiento orientado hacia el exterior (PEO), con 8 ítems (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20). Cada ítem se califica en una escala Likert de 1 a 5, desde total desacuerdo hasta total acuerdo, siendo puntuaciones más altas indicativas de mayor alexitimia, con un rango de puntuación de 20 a 100 y un punto de corte de 60 (48). En 1997, la escala fue validada en una muestra de 153 adultos mexicanos, con una edad promedio de 30.9 a 31.6 años, mostrando una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.875 (49). En 2008, Moral de la Rubia aplicó la escala a 381 sujetos,

realizando un retest 6 meses después a 311 individuos con edades entre 17 y 36 años, obteniendo una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.82), con valores altos en las subescalas DES (0.80) y DIS (0.78), pero más bajos en PEO (0.53) (50). La Escala de Alexitimia de Toronto es ampliamente reconocida por su fiabilidad y validez en diversos contextos culturales y clínicos. Su estructura tripartita, que evalúa la dificultad para identificar y describir emociones, así como el enfoque hacia el exterior, ofrece una valoración completa de la alexitimia. Se eligió esta escala por su habilidad para medir de manera detallada las dimensiones fundamentales de la alexitimia, lo que permite identificar los aspectos más significativos que podrían estar relacionados con la ideación suicida.

Procedimiento

El médico residente invitó a participar a los Derechohabientes que se encontraban hospitalizados por motivo de presencia de ideas suicidas, los cuales pertenecían al rango de edad de 18-65 años, ya fuesen hombres o mujeres, y que aceptaron participar en el estudio por medio de un proceso de consentimiento informado.

Se les detalló el propósito del proyecto de investigación y se les proporcionó el consentimiento informado, pidiéndoles que firmaran este documento como confirmación de su acuerdo para participar.

Se aplicaron los cuestionarios: **FID, SSI y TAS** de forma directa y en una sola entrevista, con un promedio de 10 minutos como máximo.

Se calificaron en el momento y se entregaron los resultados con una explicación breve de los mismos a todos los participantes.

Se elaboró la base de datos y se realizó el análisis estadístico utilizando el SPSS v 26.

Análisis de Datos

Recopilación y organización de datos

Los datos fueron recopilados y organizados en una base de datos en formato CSV. Se verificó la consistencia y completitud de los datos, identificando y gestionando valores faltantes y atípicos.

Variables del estudio

Las variables del estudio incluyeron tanto cuantitativas como cualitativas. Entre las cuantitativas se consideraron la edad, los intentos suicidas previos y las puntuaciones de las subescalas de SSI y de TAS. Las variables cualitativas incluyeron sexo, estado civil, escolaridad y la presencia de depresión, ansiedad, trastorno de personalidad y por consumo de sustancias.

Análisis descriptivo

Inicialmente, se realizaron análisis descriptivos de las variables demográficas y clínicas de la muestra. Se calcularon medias, medianas, desviaciones estándar y percentiles para las variables cuantitativas, mientras que para las cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes. Además, se evaluó la normalidad de las distribuciones de las puntuaciones totales del TAS y SSI utilizando pruebas de Shapiro-Wilk y análisis visual mediante histogramas y gráficos Q-Q.

Asociación entre variables

Para evaluar la asociación entre la alexitimia (medida por TAS_total) y la severidad de la ideación suicida (medida por SSI_tot_cat) se utilizó la prueba de chi-cuadrado. Este análisis permitió identificar si existía una relación significativa entre estas dos variables categóricas. Adicionalmente, se realizaron pruebas t de Student para comparar las

medias de variables cuantitativas como la edad y puntuaciones de SSI entre grupos de pacientes con y sin alexitimia. La prueba de chi-cuadrado también se utilizó para comparar la distribución de variables cualitativas como sexo, estado civil y escolaridad entre los mismos grupos.

Análisis de regresión

Se realizó un análisis de regresión lineal para evaluar la asociación entre la severidad de la ideación suicida (SSI_total) y la puntuación de alexitimia (TAS_total). Este análisis permitió determinar la relación entre el incremento en la severidad de la ideación suicida y el aumento en la puntuación de alexitimia. Se ajustó un modelo de regresión logística para predecir la ideación suicida severa utilizando TAS_total, depresión, ansiedad y sus interacciones, controlando por edad, personalidad y uso de sustancias. Este análisis permitió identificar las variables que tienen una asociación significativa con la ideación suicida severa.

Análisis de clústeres

Para identificar subgrupos dentro de la población de estudio, se utilizó el análisis de clústeres con el algoritmo KMeans. Se seleccionaron variables relevantes para el análisis, incluyendo TAS_total, SSI_total, edad, sexo, depresión, ansiedad, personalidad y consumo de sustancias. Los datos fueron normalizados antes de aplicar el algoritmo KMeans. Posteriormente, se aplicó el algoritmo de Lloyd para optimizar los clústeres obtenidos con KMeans. Este algoritmo permitió refinar los centroides iniciales mediante iteraciones que reasignaron los puntos al centroide más cercano y recalcularon los centroides como la media de los puntos asignados.

Caracterización de clústeres

Para caracterizar cada clúster, se calcularon las medias de las variables seleccionadas dentro de cada grupo. Además, se visualizó la distribución de los clústeres en un gráfico de dispersión utilizando las puntuaciones de TAS_total y SSI_total. Se llevó a cabo un análisis de varianza (ANOVA) para examinar las diferencias significativas en la puntuación total del TAS entre los distintos clústeres, lo que confirmó que la alexitimia presenta variaciones significativas entre los grupos de pacientes. Además, se utilizó el método de enlace de Ward para visualizar cómo los pacientes se agrupan en diferentes clústeres, creando un dendrograma que muestra las relaciones jerárquicas entre los pacientes.

Consideraciones éticas

Los datos que fueron obtenidos durante la presente investigación estuvieron sujetos a confidencialidad para su uso anónimo y sólo para lo que se autorizó, de acuerdo con la Declaración de Helsinki y sus revisiones, respetando los aspectos fundamentales de privacidad, confidencialidad, anonimato, beneficencia y no maleficencia (51).

El presente protocolo de investigación se ajustó a los principios plasmados en los siguientes documentos donde se preserva la salud e integridad de los sujetos investigados con autorización del comité local para la realización del proyecto de investigación (52):

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

Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental el 18 de abril de 1979 (52).

De igual forma, este estudio se ajustó al reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud en su última actualización en el 2014 (53, 54, 55):

1. Título segundo, Capítulo I, Artículo 13; el cual se refiere a la dignidad.
2. Título segundo, Capítulo I, Artículo 16; el cual pretende establecer la protección a la privacidad de los pacientes.
3. Título segundo, Capítulo I, Artículo 17 en su Fracción II que establece el riesgo en la realización del estudio, lo que lo califica como riesgo mínimo al solo usarse instrumentos auto aplicados.
4. Título segundo, Capítulo I, Artículo 20 y 21; el cual menciona que debe cumplirse con un consentimiento informado del individuo en quien se está aplicando el estudio.
5. Título Quinto, Capítulo Único, Artículo 100.- Las funciones de los Comités de ética e investigación serán:
 - I. Brindar asesoramiento a los responsables o titulares de la institución para apoyar la toma de decisiones sobre la autorización de investigaciones;
 - II. Apoyar a los investigadores en la correcta realización de sus estudios, y
 - III. Supervisar el cumplimiento de este Reglamento y demás normativas pertinentes.
6. Título Quinto, Capítulo Único, Artículo 101.- Los responsables de las instituciones de salud deberán registrar los Comités mencionados en el artículo 99 de este Reglamento ante la Secretaría, que establecerá las características y la frecuencia de los informes que deberán presentar. En el caso de los Comités de Ética en Investigación, el registro se llevará a cabo ante la Comisión Nacional de Bioética.
7. Título Quinto, Capítulo Único, Artículo 102.- El responsable de la institución de salud, basándose en los dictámenes de los Comités de Investigación, Ética en Investigación y Bioseguridad, según corresponda, tomará la decisión de autorizar o no la realización de las investigaciones propuestas.

8. Título Quinto, Capítulo Único, Artículo 103.- Los Comités de Investigación y de Bioseguridad estarán conformados por al menos tres científicos con experiencia en el área de investigación.

Finalmente, este estudio fue presentado para la evaluación y aprobación por el Comité de Bioética e Investigación en Salud 3501 del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza, obteniéndose el número de registro institucional R-2023-3501-108.

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

Recursos de financiamiento y factibilidad

La médica residente a cargo explicó a los participantes en qué consistía la investigación, asegurándose de que entendieran que sus datos se usarían solo para este fin específico. Además, se encargó de obtener el consentimiento informado y distribuir las encuestas. El estudio se llevó a cabo en el Hospital de Psiquiatría Morelos con pacientes que cumplieran los criterios de inclusión. Los recursos materiales incluyeron formularios de datos sociodemográficos, dos escalas y consentimientos informados, sumando un total de 84 paquetes.

Cronograma

Semestre	Primero y segundo	Tercero							
Año	2022 a 2023	2023 a 2024							
Mes	Marzo 2022 a junio 2023	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
Elaboración del protocolo	R								
Revisión de protocolo	R								
Registro del proyecto		R							
Aplicación de encuestas		R	R	R					
Elaboración de base de datos				R					
Captura de información					R				
Análisis estadístico					R				
Presentación de resultados						R			

P: programado

R: realizado

Resultados

Características Demográficas y Clínicas de la Muestra

El presente estudio transversal retrospectivo evaluó a 84 pacientes adultos hospitalizados por ideación suicida en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social. La edad promedio fue de 29.73 años (DE = 11.17), con un rango de 18 a 67 años. La mayoría mujeres (68.75%), solteros (73.81%) y habían completado la preparatoria (57.14%).

En cuanto a los antecedentes clínicos, el 79.76% de los participantes presentaban depresión, mientras que el 63.10% reportaron ansiedad. El número de intentos suicidas previos varió, con el 39.29% reportando entre 0 a 1 intentos, el 11.90% reportando 2 intentos, el 27.38% entre 3 a 4 intentos, y el 21.43% reportando 5 o más intentos.

Tabla. Características Demográficas y Clínicas de la Muestra

Variable	Media	Mediana	Desviación Estándar	Percentil 25	Percentil 75
Edad (años)	29.73	26.5	11.17	22.0	34.25
Intentos Suicidas Previos	3.40	2.5	3.60	1.0	4.0
Puntuación total del TAS	62.89	65.5	12.52	56.0	73.0
Puntuación total del SSI	21.50	21.0	5.80	16.0	26.0

Tabla de Frecuencias y Porcentajes de las Variables Cualitativas

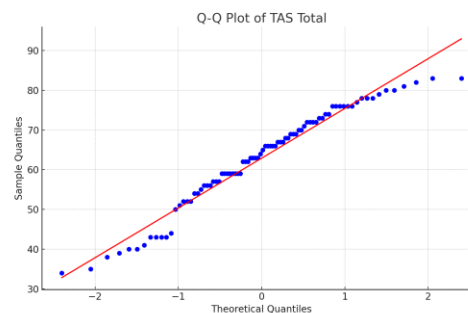
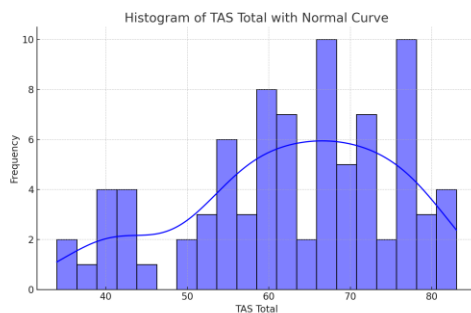
Variable		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	28	33.33%
	Mujer	56	66.67%
Estado Civil	Soltero	62	73.81%
	Casado	7	8.33%
	Unión Libre	8	9.52%
	Divorciado	7	8.33%
Escolaridad	Primaria	1	1.19%
	Secundaria	12	14.29%
	Preparatoria	48	57.14%
	Licenciatura	20	23.81%
	Posgrado	3	3.57%
Depresión	Ausente	17	20.24%
	Presente	67	79.76%
Ansiedad	Ausente	31	36.90%
	Presente	53	63.10%
Trastorno de personalidad	Ausente	45	53.57%
	Presente	38	45.24%
Trastorno por consumo de sustancias	Ausente	70	83.33%
	Presente	13	15.48%
Intentos suicidas previos (ordinal)	0-1	33	39.29%
	2	10	11.90%
	3-4	23	27.38%
	5 y más	18	21.43%
Severidad de la ideación suicida	Leve /Moderada	34	40.48%
	Severa	50	59.52%
Alexitimia	Ausente	34	40.48%
	Presente	50	59.52%

Prevalencia de Alexitimia e Ideación Suicida

El análisis descriptivo de las puntuaciones de la TAS mostró una media de 62.89 (DE = 12.52), con una distribución no completamente normal ($p = 0.0082$). La prevalencia de alexitimia en la muestra total fue del 50%. En pacientes con ideación suicida leve a moderada, la prevalencia de alexitimia fue del 23.53%, mientras que, en aquellos con ideación suicida moderada a severa, la prevalencia fue del 68%.

Verificación de Normalidad

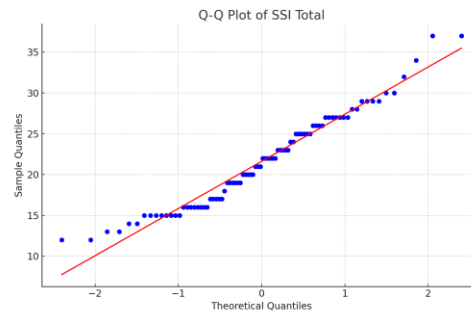
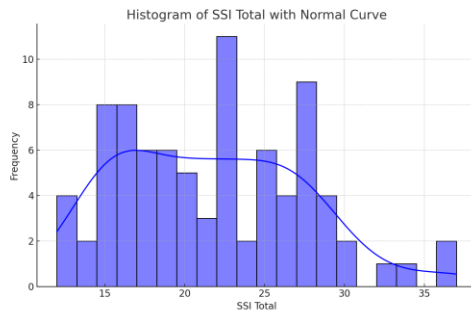
Histograma y Gráfico Q-Q para TAS_total:



Prueba de Shapiro-Wilk para TAS Total: 0.958, p : 0.008.

El histograma de TAS_total muestra que la distribución es aproximadamente normal, aunque con una ligera asimetría hacia la derecha. El gráfico Q-Q confirma que los datos se ajustan razonablemente a una línea recta, sugiriendo que la distribución es cercana a la normalidad, a pesar de algunas desviaciones en los extremos.

Histograma y Gráfico Q-Q para SSI_total:



Prueba de Shapiro-Wilk para SSI Total: 0.962, p: 0.014.

El histograma de SSI_total muestra que la distribución es aproximadamente normal, aunque con una ligera asimetría. El gráfico Q-Q confirma que los datos se ajustan razonablemente a una línea recta, sugiriendo que la distribución es cercana a la normalidad, a pesar de algunas desviaciones en los extremos.

Análisis Comparativo de las Variables Sociodemográficas de acuerdo con la Alexitimia

Se realizó un análisis descriptivo y comparativo de las variables sociodemográficas en función de la presencia o ausencia de alexitimia, identificada mediante la TAS. Se dividieron los pacientes en dos grupos: aquellos con alexitimia (n=50) y aquellos sin alexitimia (n=34).

Sexo: En el grupo con alexitimia, el 26% (n=13) eran hombres y el 74% (n=37) eran mujeres. En el grupo sin alexitimia, el 44% (n=15) eran hombres y el 56% (n=19) eran mujeres. La prueba de Chi-cuadrado no mostró diferencias significativas en la distribución del sexo entre los grupos ($X^2 = 2.23$, gl = 1, p = 0.135).

Edad: La edad promedio de los pacientes con alexitimia fue de 29.56 años (DE = 11.083), mientras que la de los pacientes sin alexitimia fue de 29.97 años (DE = 11.456). La prueba t no indicó diferencias significativas en las edades entre los dos grupos (t = -1.94, gl = 82, p = 0.056).

Estado Civil: En cuanto al estado civil, el 76% (n=38) de los pacientes con alexitimia eran solteros, el 12% (n=6) estaban casados, el 4% (n=2) vivían en unión libre y el 8% (n=4) eran divorciados. Para el grupo sin alexitimia, el 71% (n=24) eran solteros, el 3% (n=1) estaban casados, el 18% (n=6) vivían en unión libre y el 8% (n=3) eran divorciados. La prueba de Chi-cuadrado reveló que no había diferencias significativas en la distribución del estado civil entre los grupos ($X^2 = 6.05$, gl = 3, p = 0.109).

Escolaridad: Respecto al nivel de escolaridad, en el grupo con alexitimia, el 2% (n=1) tenía educación primaria, el 14% (n=7) tenía educación secundaria, el 60% (n=30) había completado la preparatoria, el 22% (n=11) tenía una licenciatura y el 2% (n=1) contaba con un posgrado. En el grupo sin alexitimia, el 15% (n=5) tenía educación secundaria, el

53% (n=18) había completado la preparatoria, el 26% (n=9) tenía una licenciatura y el 6% (n=2) contaba con un posgrado. La prueba de Chi-cuadrado no mostró diferencias significativas en la distribución del nivel de escolaridad entre los grupos ($X^2 = 1.89$, gl = 4, $p = 0.756$).

Tabla Análisis descriptivo y comparativo de las variables sociodemográficas de acuerdo con la presencia o ausencia de alexitimia (identificado por TAS)

Variables		Positivo_TAS		Sig.	
		Sí (n=50)	No (n=34)		
Sexo	Hombre	13	15	$X^2 = 2.23$; gl = 1	0.135
	Mujer	37	19		
Edad		media = 29.56; DE = 11.083	media = 29.97; DE = 11.456	t = -1.94; gl = 82	0.056
Estado Civil	Soltero	38	24	$X^2 = 6.05$; gl = 3	0.109
	Casado	6	1		
	Unión Libre	2	6		
	Divorciado	4	3		
Escolaridad	Primaria	1	0	$X^2 = 1.89$; gl = 4	0.756
	Secundaria	7	5		
	Preparatoria	30	18		
	Licenciatura	11	9		
	Posgrado	1	2		

Asociación entre Alexitimia e Ideación Suicida

Se realizó un análisis de chi-cuadrado para evaluar la asociación entre alexitimia (TAS_total) y la severidad de la ideación suicida (SSI_tot_cat). Los resultados mostraron una asociación significativa ($\chi^2 = 13.24$, $p = 0.00027$), indicando que los niveles de alexitimia están significativamente asociados con la severidad de la ideación suicida.

Tabla 2: Asociación entre Alexitimia y Severidad de la Ideación Suicida

Severidad de la Ideación Suicida	TAS Negativo (Ausente)	TAS Positivo (Presente)	Chi2	Valor p
Leve/Moderada	22	11	13.24	0.00027
Severa	11	36		

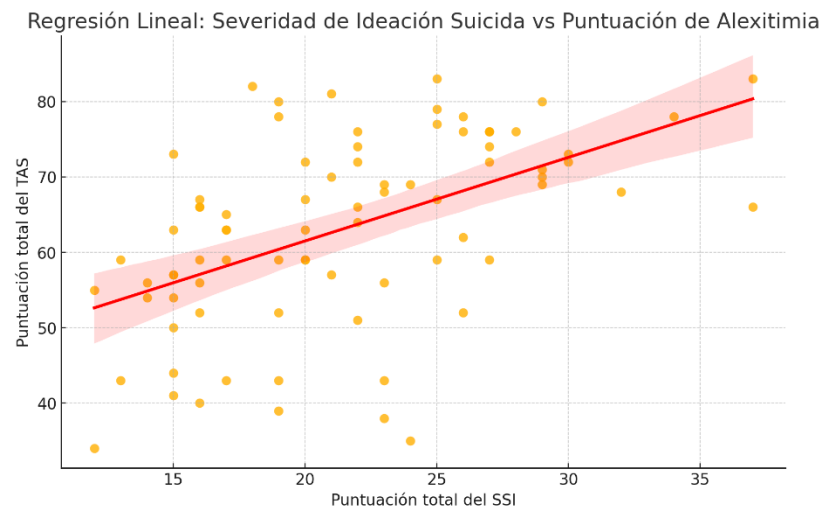
Análisis de Regresión Lineal

Se realizó un análisis de regresión lineal para evaluar la asociación entre la severidad de la ideación suicida (SSI_total) y la puntuación de alexitimia (TAS_total). Los resultados mostraron que un aumento en la severidad de la ideación suicida medida con la puntuación total del SSI, está asociado con un incremento de 11.08 puntos en la puntuación total obtenida con la TAS en la población estudiada ($R^2 = 0.195$).

Tabla 3: Resultados de la Regresión Lineal

Variable	Coef.	Std.Err.	t	P> t	[0.025]	[0.975]
Constante	39.33	4.69	8.39	0.05	30	48.66
Puntuación total del SSI (SSI_total)	1.11	0.21	5.26	0.05	0.69	1.53

Gráfico de Regresión Lineal entre la Severidad de Ideación Suicida y la Puntuación de Alexitimia:



Análisis Multivariante: Regresión Logística Ajustada

Se ajustó un modelo de regresión logística para predecir la ideación suicida severa utilizando TAS_total, depresion, ansiedad, y sus interacciones, controlando por edad, personalidad y uso de sustancias.

Tabla 4: Resultados del Modelo de Regresión Logística Ajustado

Variable	Coef.	Std.Err.	Z	P> z	[0.025]	[0.975]
Constante	15.30	7.185	-2.130	0.033	-29.384	-1.219
TAS_total	0.250	0.107	2.340	0.019	0.041	0.460
Depresión	-2.974	3.842	-0.774	0.439	-10.504	4.556
Ansiedad	8.031	3.674	2.186	0.029	0.830	15.232
Interacción TAS_dep	0.025	0.060	0.422	0.673	-0.092	0.142
Interacción TAS_ans	-0.119	0.058	-2.041	0.041	-0.234	-0.005
Edad	0.022	0.026	0.852	0.394	-0.029	0.073
Personalidad	0.264	0.596	0.443	0.658	-0.905	1.433
Sustancias	-0.082	0.677	-0.121	0.903	-1.409	1.245

Encontramos que la **alexitimia** exhibe consistentemente una asociación positiva y estadísticamente significativa con la ideación suicida severa, con cada incremento unitario en la puntuación de TAS_total correlacionado con un aumento en la probabilidad de ideación suicida severa. La **ansiedad** presenta una asociación positiva y significativa con la ideación suicida severa, destacando su relevancia como factor de riesgo. Se observa una interacción significativa y negativa entre la **alexitimia** y la **ansiedad (TAS_ans)**, indicando que la influencia de la alexitimia en la ideación suicida severa se ve modulada en presencia de niveles elevados de ansiedad. En contraste, variables como depresión, edad, personalidad y consumo de sustancias no muestran asociaciones significativas en el modelo ajustado, resaltando la especificidad de la alexitimia y la ansiedad como predictores relevantes de la ideación suicida severa en este contexto analítico.

Análisis de Clúster

El análisis de clúster utilizando KMeans con 3 clústeres reveló tres grupos distintos de pacientes. El dendrograma del análisis de clúster utilizando el método de enlace de Ward visualiza cómo los pacientes se agrupan en diferentes clústeres.

Dendrograma del Análisis de Clúster:

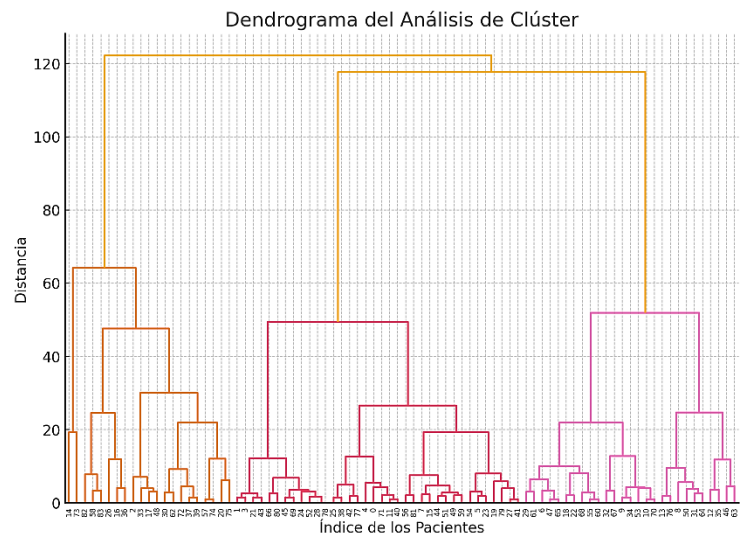


Tabla 5: Resumen de Clústeres

Variable	Clúster 0	Clúster 1	Clúster 2
Sexo (sexo)	0.66	0.89	0.67
Estado civil (estado_civil)	0.56	0.89	0.43
Escolaridad (escolaridad)	2.29	2.00	2.00
Depresión (depresión)	0.32	0.22	0.07
Ansiedad (ansiedad)	0.34	0.33	0.40
Trastorno de personalidad (personalidad)	1.56	1.11	1.57
Trastorno por consumo de sustancias (sustancias)	1.78	1.67	1.47
Intentos suicidas previos (IS previos)	2.48	3.00	1.47
Puntuación total del SSI (SSI_total)	58.54	72.00	66.83

Presencia de alexitimia (positivo_TAS)	1.61	1.11	1.23
Edad categorizada (edad_cat)	2.00	2.00	1.93
Intentos suicidas previos categorizados (IS_prev_cat)	0.88	3.00	1.47

Descripción de los Clústeres

Clúster 0	Clúster 1	Clúster 2
- Puntuaciones más bajas de alexitimia (54.00). - Pacientes jóvenes (edad promedio de 29.52 años). - Mayor porcentaje de solteros y con licenciatura. - Puntuaciones bajas de ideación suicida.	- Puntuaciones altas de alexitimia (69.29). - Pacientes mayores (edad promedio de 42.64 años). - Mayor porcentaje de casados. - Puntuaciones moderadas de intentos suicidas previos y de ideación suicida.	- Puntuaciones altas de alexitimia (68.41). - Pacientes jóvenes (edad promedio de 25.03 años). - Alto porcentaje de depresión y ansiedad. - Puntuaciones altas de ideación suicida.

Análisis de Varianza (ANOVA)

El análisis de varianza (ANOVA) mostró diferencias significativas entre los clústeres en cuanto a la puntuación total del TAS, lo que indica que la alexitimia varía significativamente entre los distintos grupos de pacientes.

Tabla 6: ANOVA para la Puntuación Total del TAS entre Clústeres

Fuente	Suma de Cuadrados	df	F	Valor p
Clúster	1984.53	2	7.29	0.001259
Residual	10478.36	77		

Discusión

Los resultados de nuestro estudio confirman y amplían los descubrimientos de investigaciones anteriores acerca de la relación entre la alexitimia y la ideación suicida en pacientes con diagnósticos psiquiátricos. La evidencia acumulada indica que los individuos con ideación suicida y diagnósticos psiquiátricos tienen una mayor probabilidad de presentar altos niveles de alexitimia. Esto respalda la hipótesis de que la dificultad para reconocer y comunicar emociones, puede ser un factor de riesgo relevante en el desarrollo y la persistencia de la ideación suicida.

Datos Sociodemográficos

Aunque no se encontraron diferencias significativas en género, edad, escolaridad o estado civil, sí se observaron diferencias en los intentos suicidas previos. La media de intentos suicidas en pacientes con alexitimia fue significativamente más alta (media = 4.020; DE = 3.733) que en aquellos sin alexitimia (media = 2.294; DE = 3.010) ($t = 2.244$; $p = 0.014$). Este resultado es consistente con estudios como el de Evren en el 2006 (22) y Kim en el 2016 (28), que también encontraron una mayor prevalencia de intentos suicidas previos en pacientes con alexitimia.

Prevalencia de Alexitimia en Pacientes Psiquiátricos

En nuestra muestra de 84 pacientes, el 59.52% ($n=50$) puntuó positivo para alexitimia, una cifra congruente con estudios anteriores que reportan prevalencias entre el 60% y más del 70% en poblaciones psiquiátricas, como lo encontrado por De Beradis en el 2019 (20) y Hamaideh en el 2017 (10). Este elevado porcentaje subraya la relevancia de tener en cuenta la alexitimia al realizar la evaluación clínica de pacientes con ideación suicida, ya que su presencia puede complicar el manejo terapéutico y aumentar el riesgo de conductas suicidas.

Trastornos Psiquiátricos

Entre los pacientes con trastornos del estado de ánimo (79.76%, n=67), el 62.88% (n=42) presentó alexitimia. Este hallazgo es consistente con investigaciones previas que han encontrado prevalencias de alexitimia en rangos similares, desde el 34.7%, según Izci en el 2015 (19) hasta el 68% y según De Beradis en el 2019 (20). La alta prevalencia de alexitimia en esta subpoblación subraya la necesidad de una detección temprana y un tratamiento específico, especialmente en aquellos con trastornos del ánimo que presentan ideación suicida.

Dentro de los pacientes con trastornos de ansiedad (63.09%, n=53), el 62.26% (n=33) dio positivo para alexitimia, alineándose con estudios que reportan prevalencias entre el 29% y el 63% según Hamaideh en el 2017 (10) y Iancu en el 2001 (26), respectivamente. Este resultado destaca la coexistencia de la ansiedad y la alexitimia, sugiriendo que los pacientes con estas condiciones pueden tener una mayor vulnerabilidad a la ideación suicida debido a dificultades adicionales en el manejo emocional.

El 45.23% (n=38) de los pacientes con trastornos de la personalidad puntuaron positivo para alexitimia en un 71% (n=27), lo que coincide con las tasas reportadas por Loas en el 2012 (15). La existencia de alexitimia en pacientes con trastornos de la personalidad puede agravar las dificultades interpersonales y emocionales, incrementando el riesgo de conductas autolesivas y suicidas.

Finalmente, de los 13 pacientes con trastorno por consumo de sustancias (15.47%), el 53.84% (n=7) presentó alexitimia, en línea con las prevalencias encontradas por Micoli que reportó de un 43.5% a un 67% en el 2018 (13) y Sakuraba con un 66.6% en el 2005 (23). La combinación de alexitimia y consumo de sustancias puede resultar en una capacidad reducida para gestionar el estrés y las emociones, aumentando así el riesgo de intentos suicidas.

Severidad de la Ideación Suicida

Los pacientes con alexitimia puntuaron significativamente más alto en la SSI (media = 24.080; DE = 5.443) comparado con aquellos sin alexitimia (media = 18.000; DE = 4.163) ($t = 5.506$; $p < 0.001$). Este hallazgo es congruente con estudios anteriores como el de Hintikka en el 2004 (18) e Izci en el 2015 (19), que reportaron puntuaciones más altas en ideación suicida entre pacientes alexitímicos. La alexitimia parece estar asociada con una mayor gravedad de la ideación suicida, lo que sugiere que la dificultad para reconocer y comunicar emociones puede intensificar los pensamientos suicidas.

Análisis Multivariante y de Clústeres

El modelo de regresión logística ajustado mostró que tanto la alexitimia como la ansiedad están significativamente asociadas con la ideación suicida severa. La interacción negativa entre alexitimia y ansiedad sugiere que la ansiedad puede atenuar la relación entre alexitimia y la ideación suicida. Esto resalta la complejidad de las interacciones entre factores psicológicos y emocionales en el riesgo suicida.

El análisis de clúster identificó tres grupos: 1. **Clúster 0:** Puntuaciones bajas de alexitimia, jóvenes, solteros o con licenciatura, puntuaciones bajas de ideación suicida; 2. **Clúster 1:** Puntuaciones altas de alexitimia, mayores, casados, puntuaciones moderadas de intentos suicidas previos e ideación suicida; y, 3. **Clúster 2:** Puntuaciones altas de alexitimia, jóvenes, con depresión y ansiedad, puntuaciones altas de ideación suicida. Estos clústeres ofrecen una visión detallada de cómo se asocian los factores demográficos y clínicos con la alexitimia y la ideación suicida.

El ANOVA reveló diferencias significativas en las puntuaciones de alexitimia entre los clústeres, indicando que la alexitimia varía entre los grupos de pacientes. Esto sugiere como opción el incluir la evaluación de la alexitimia en la evaluación clínica de pacientes

con ideación suicida, ya que diferentes subgrupos pueden necesitar intervenciones específicas.

Limitaciones del Estudio

Este estudio tiene limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados. En primer lugar, el diseño transversal no permite determinar relaciones causales entre la alexitimia y la ideación suicida. Aunque se identificó una asociación significativa, no es posible determinar si la alexitimia provoca ideación suicida o viceversa. Adicionalmente, el empleo de una muestra de conveniencia compuesta por pacientes hospitalizados en un solo hospital psiquiátrico podría restringir la posibilidad de generalizar los resultados a otras poblaciones y entornos clínicos. Estos hallazgos pueden no ser representativos de todos los pacientes con ideación suicida o trastornos psiquiátricos en distintas regiones o sistemas de salud.

El uso de instrumentos de autoinforme para medir la alexitimia y la ideación suicida puede introducir sesgos en las respuestas. Los pacientes pueden subestimar o sobrestimar sus síntomas debido a factores como la vergüenza, el estigma o la falta de introspección. Además, la ausencia de un seguimiento longitudinal impide evaluar la evolución de la alexitimia y la ideación suicida a lo largo del tiempo. Estudios longitudinales futuros podrían proporcionar una comprensión más completa de cómo estas variables interactúan y cambian con el tiempo. Aunque se controlaron algunas variables confusoras, como la depresión y la ansiedad, no se consideraron otras posibles variables confusoras, como los factores socioeconómicos, los antecedentes familiares y los factores genéticos, lo cual podría afectar la interpretación de los resultados.

Fortalezas del Estudio

A pesar de las limitaciones identificadas, el presente estudio presenta varias fortalezas significativas. En primer lugar, aborda una problemática crítica de salud pública al examinar la relación entre la alexitimia y la ideación suicida en una población vulnerable. Los resultados obtenidos pueden aportar a las prácticas clínicas y a la adopción de estrategias para la prevención del suicidio. Además, la diversidad de la muestra en términos de edad, género y diagnósticos psiquiátricos ofrece una perspectiva integral sobre cómo se manifiesta la alexitimia en diversos subgrupos de pacientes.

El uso de análisis multivariados, como la regresión logística ajustada y el análisis de clúster, facilita una comprensión detallada de las interacciones entre la alexitimia, la ideación suicida y otros factores clínicos. Esto permite identificar subgrupos específicos que podrían beneficiarse de intervenciones personalizadas. La utilización de instrumentos validados para evaluar la alexitimia y la ideación suicida (como los incluidos en este estudio) garantiza la fiabilidad y validez de las mediciones, proporcionando confianza en la precisión de los resultados. Los hallazgos del estudio amplían y confirman resultados de investigaciones anteriores, contribuyendo al conocimiento existente sobre la relación entre la alexitimia y la ideación suicida. Esto destaca la importancia de considerar la alexitimia en la evaluación y tratamiento de pacientes con riesgo suicida. Además, la identificación de clústeres de pacientes con diferentes perfiles clínicos y demográficos puede ayudar a diseñar intervenciones más personalizadas y efectivas. La compleja interacción entre la alexitimia, la ansiedad y otros factores clínicos sugiere que es necesario adoptar un enfoque multidimensional para abordar el riesgo suicida.

Conclusiones

Detectar la alexitimia en pacientes con ideación suicida es clave para aplicar terapias personalizadas y reducir el riesgo de intentos suicidas. Este estudio destaca la alexitimia como un factor de riesgo relevante para la ideación y conductas suicidas en pacientes psiquiátricos. La alta prevalencia de alexitimia y su relación con una mayor severidad de la ideación suicida subraya la necesidad de evaluaciones y tratamientos específicos enfocados en mejorar el procesamiento emocional.

Además, identificar clústeres de pacientes con distintos perfiles clínicos y demográficos puede ayudar a crear intervenciones más personalizadas y efectivas. La compleja interacción entre alexitimia, ansiedad y otros factores clínicos requiere un enfoque multidimensional para abordar el riesgo suicida.

Recomendaciones

1. **Implementación Clínica:** Considerar la evaluación rutinaria de alexitimia y ansiedad en pacientes con ideación suicida. Además de Desarrollar intervenciones específicas para pacientes con alta alexitimia y ansiedad.
2. **Investigaciones Futuras:** Es importante replicar el estudio en otras poblaciones y contextos clínicos, así como explorar intervenciones terapéuticas personalizadas basadas en los clústeres identificados.

Referencias

1. Rangel-Vaillafana JN, Jurado-Cardenas S. Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y Salud*. 2022;32(1):39-48.
2. Suicidio. World Health Organization. World Health Organization; 2021. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
3. Prevención del suicidio. OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud; 2021. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
4. Comunicado de prensa NUM 250/21. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención de suicidio. Instituto Nacional de Estadística y Geografía – INEGI; 2021. Available from: <https://www.inegi.org.mx>
5. Figueroa-Zambrano LE. Intentos suicidas en pacientes del hospital regional Morelos (Tesis de especialidad). Ciudad de México: Universidad Autónoma de México; 2010.
6. Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (internet) del Programa de GPC en el SNS. Ministerio de Sanidad. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS); 2020 (Citado el 15 d mayo del 2022). Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avalat_resum_modif_2020_2.pdf
7. Narro-Robles J, Ruiz-Palacios y Santos G, Medina-Mora Icaza ME, Madrigal-De León EA. Guía para la atención del paciente con conducta suicida en hospitales generales. Secretaría de Salud México. 2021;1:1-40.
8. Luna-Contreras M, Dávila-Cervantes CA. Adolescentes en riesgo: factores asociados con el intento de suicidio en México. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2018; 17(34):1-12.
9. López-Muñoz F, Pérez-Fernández F. A History of the Alexithymia Concept and Its Explanatory Models: An Epistemological Perspective. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;10(1026):1-8.

10. Hamaideh SH. Alexithymia among Jordanian university students: Its prevalence and correlates with depression, anxiety, stress, and demographics. *Perspect Psychiatr Care*. 2017; 54(2):1–7.
11. Lanzara R, Conti C, Camelio M, Cannizzaro P, Lalli V, Bellomo RG, Saggini R, Porcelli P. Alexithymia and Somatization in Chronic Pain Patients: A Sequential Mediation Model. *Frontiers in Psychology*. 2020;11(545881):1-10.
12. Morie KP, Ridout N. Alexithymia and maladaptive regulatory behaviors in substance use disorders and eating disorders. In O. Luminet, R. M. Bagby, & G. J. Taylor (Eds.), *Alexithymia: Advances in research, theory, and clinical practice*. 2018;1:158-174.
13. Micol P. Alexithymia in Young Adults With Substance Use Disorders: Critical Issues About Specificity and Treatment Predictivity. *Frontiers in Psychology* 2018;9(645):1-45.
14. Marchetti D, Verrocchio MC, Porcelli P. Gambling Problems and Alexithymia: A Systematic Review. *Brain Sciences*. 2019; 9(191):1-18.
15. Loas G, Speranza M, Pham-Scottez A, Perez-Diaz F, Corcos M. Alexithymia in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*. 2012;72(2):147–152.
16. Milosavljevic B, Carter-Leno V, Simonoff E. Alexithymia in Adolescents with Autism Spectrum Disorder: Its Relationship to Internalising Difficulties, Sensory Modulation and Social Cognition. *J Autism Dev Disord*. 2016;46:1354–1367.
17. Kinnaird E, Stewart C, Tchanturia K. Investigating alexithymia in autism: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*. 2019;55:80–89.
18. Hintikka J, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Antikainen R, Tanskanen A, Haatainen K, Viinamäki H. Alexithymia and suicidal ideation: A 12-month follow-up study in a general population. *Comprehensive Psychiatry*. 2004;45(5):340–345.
19. Izci F, Serkan Z, Zincir SB, Bilici R, Gica S, Koc MSI, Goncu T, Terzi A, Semiz UM. Suicide attempt, suicidal ideation and hopelessness levels in major depressive patients with and without alexithymia *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2015; 28:27-33

20. De Berardis D, Fornaro M, Valchera A, Rapini G, Di Natale S, De Lauretis I, Di Giannantonio M. Alexithymia, resilience, somatic sensations and their relationships with suicide ideation in drug naïve patients with first-episode major depression: An exploratory study in the “real world” everyday clinical practice. *Early Intervention in Psychiatry*. 2019;1:1-7.
21. Khosravani V, Berk M, Sharifi-Bastan F, Samimi-Ardestani SM, Wrobel A. The effects of childhood emotional maltreatment and alexithymia on depressive and manic symptoms and suicidal ideation in females with bipolar disorder: emotion dysregulation as a mediator. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2021;25(1):90–102.
22. Evren C, Evren B. The relationship of suicide attempt history with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality in substance dependents. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2006;60(4):263–269.
23. Sakuraba S, Kubo M, Komoda T, Yamana J. Suicidal ideation and alexithymia in patients with alcoholism: a pilot study. *Subst Use Misuse*. 2005;40:823–30.
24. Carano A, De Berardis D, Campanella D, Serroni N, Ferri F, Di Lorio G. Alexithymia and suicide ideation in a sample of patients with binge eating disorder. *J Psychiatr Pract* 2012;18:5–11.
25. Alpaslan AH, Soyulu N, Avci K, Coskun KS, Kocak U, Tas HU. Disordered eating attitudes, alexithymia and suicide probability among Turkish high school girls. *Psychiatry Res*. 2015;226:224–229.
26. Iancu I, Dannon PN, Poreh A, Lepkifker E, Grunhaus L. Alexithymia and Suicidality in Panic Disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2001; 42(6):477-481.
27. De Berardis D, Serroni N, Campanella D, Marini S, Rapini G, Valchera A, Iasevoli F, Mazza M, Fornaro M, Perna G, Di Lorio G, Martinotti G, Di Giannantonio M. Alexithymia, suicide ideation, C-Reactive Protein, and serum lipid levels among outpatients with generalized anxiety disorder. *Arch. Suicide Res*. 2017;21:100–112.

28. Kim H, Seo J, Namkoong K, Hwang EH, Sohn SY, Kim SJ. Alexithymia and perfectionism traits are associated with suicidal risk in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2016;192:50–5.
29. Marasco V, De Berardis D, Serroni N, Campanella D, Acciavatti T, Caltabiano M. Alexithymia and suicide risk among patients with schizophrenia: preliminary findings of a cross-sectional study. *Riv Psichiatr.* 2011;46:31–7.
30. Liu H, Wang W, Yang J, Guo F, Yin Z. The effects of alexithymia, experiential avoidance, and childhood sexual abuse on non-suicidal self-injury and suicidal ideation among Chinese college students with a history of childhood sexual abuse. *Journal of Affective Disorders.* 2021;282:272–279.
31. Xie ZM, Fang Y, Mai YL, Zhao JB, Zhang XY, Zhao JB. The role of alexithymia in childhood trauma and suicide risk: A multi-group comparison between left-behind experience students and no left-behind experience students. *Personality and Individual Differences.* 2021; 172:110260.
32. Zlotnick C, Shea MT, Pearlstein T, Simpson E, Costello E, Begin A. The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry.* 1996;37(1):12–16.
33. Swannell S, Martin G, Page A, Hasking P, Hazell P, Taylor A, Protani M. Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Abuse & Neglect.* 2012;36(7-8): 572–584.
34. Chen L, Ngoubene-Atioky, AJ, Zanardelli G, Yuanping D, Yu L. Childhood Abuse and Suicidal Behaviors Among Chinese Migrant Workers: The Mediating Role of Alexithymia and Social Support. *Archives of Suicide Research.* 2019;24(4):633–647.
35. Messina A, Beadle JN, Paradiso S. Towards a classification of alexithymia: primary, secondary and organic. *Journal of Psychopathology.* 2014; 20:38-49.
36. Mesa-Concha N, Arancibia M, Salas F, Behar R, Salas G, Silva H, Escobar S. Hacia una comprensión neurobiológica de la alexitimia. *Medwave.* 2012;17(4):1-12.

37. Vorst HC, Bermond B. Validity and reliability of the Bermond–Vorst Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 2001;30(3):413–434.
38. Schore AN. Relational Trauma and the Developing Right Brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2009;1159(1):189–203.
39. Goerlich-Dobre KS, Votinov M, Habel U, Pripfl J, Lamm C. Neuroanatomical profiles of alexithymia dimensions and subtypes. *Human Brain Mapping*. 2015; 36(10):3805–3818.
40. Alonso-Fernández F. Alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud Mental*. 2011; 34:481-490.
41. Apfel-Savitz R, Silverman O, Bennett MI. Group psychotherapy of patients with somatic illnesses and alexitimia. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1977;20: 323-329.
42. Stephanos SA. Concept of analytical treatment for patients with psychosomatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1972;20:170-187.
43. Real Academia Española (RAE). Diccionario de la lengua Española (23ª. Ed.) [versión 23.7 en línea] Available from: <https://dle.rae.es/>
44. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana;2014. 20p.
45. Abarca C, Gheza C, Coda C, Elicer B. Revisión de literatura para identificar escalas estandarizadas de evaluación del riesgo suicida en adultos usuarios de atención primaria de salud. *Medware*. 2018;18(5):1-16.
46. González-Macip S, Díaz-Martínez A, Ortiz-León S, González-Forteza C, González-Núñez JJ. Características psicométricas de la escala de Ideación Suicida de Beck en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*. 2000;23(2): 21-30.
47. Córdova-Osnaya M, Rosales-Pérez JC. Confiabilidad y validez del constructo de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes mexicanos de educación media superior. *Alternativas en psicología*. 2012;26:16-25.

48. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994;38(1):23–32.
49. Pérez-Rincón H, Cortés J, Ortiz-León S, Peña J, Ruiz J, Díaz-Martínez A. Validación y estandarización de la versión española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto. *Salud Mental*. 1997;20(3):30-34.
50. Moral de la Rubia J. Propiedades psicométricas de la escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2008;11(2):97-114.
51. Provost LP. Analytical studies: a framework for quality improvement design and analysis. *BMJ quality & safety*. 2011;20(1):i92–i96.
52. World Medical Association Declaration of helsinki. *JAMA*. 2013;310(20):2191.
53. Ley general de salud. Nueva ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 19-02-2021 (Internet). (México); Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (Citado el 20 de abril del 2023). Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
54. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Nuevo reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 06 de enero de 1987, última reforma publicada DOF 02-04-2014 (Internet). (México); (Citado el 20 de abril del 2023). Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio//regley/Reg_LGS_MIS.pdf
55. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos (Internet). México; 2009 Nov 05 (Citado el 20 de abril del 2023). Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.ta
b=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0)

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)					
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN							
Nombre del estudio:	"Prevalencia de alexitimia en pacientes adultos con ideas suicidas hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social"						
Patrocinador externo (si aplica):	NO.						
Lugar y fecha:	Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México, 2023						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la prevalencia de alexitimia que se define como la dificultad en la identificación y expresión de emociones, en pacientes que se encuentran en área de hospitalización en el Hospital de Psiquiatría Morelos del IMSS y que <u>presentan ideas suicidas definido como pensamientos relacionados con acabar con la propia vida.</u>						
Procedimientos:	Se revisará el expediente clínico de los pacientes hombres y mujeres hospitalizados y se seleccionarán aquellos que hayan ingresado por motivos suicidas. Se explicará de qué consta el estudio al posible prospecto, se le dará a firmar el consentimiento informado y se cuestionará si no quedan dudas, posteriormente se aplicará de forma directa la entrevista de datos sociodemográficos que contiene edad, género, estado civil, escolaridad, diagnóstico psiquiátrico y número de intento suicidas previos, la escala de ideación suicida de Beck (SIS) a fin de ratificar la presencia de las mismas y la escala de alexitimia de Toronto (TAS) para comprobar si existe esta incapacidad de identificar y expresar emociones. No se realizarán procedimientos invasivos, solamente los cuestionarios, con un tiempo estimado de 10 minutos para todo el proceso.						
Posibles riesgos y molestias:	Es una investigación sin riesgo para el paciente. Podría molestar o incomodar al contestar preguntas sobre la presencia de conductas e ideas suicidas y la dificultad para identificar o expresar sus emociones, además de la posible molestia de la toma de 10 a 15 minutos de su tiempo.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	En caso de resultar positividad en cuanto la alexitimia, se brindará al paciente la explicación de lo que implica este constructo y las posibles medidas farmacológicas y no farmacológicas como el abordaje y seguimiento psicoterapéutico, además de la posibilidad de recibir manejo integral, para con esto poder favorecer el abordaje de la alexitimia, con la intención de una mejora significativa en el pronóstico particularmente a lo referido a la presencia de ideas suicidas.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se comentará con respecto a los resultados obtenidos de la encuesta, la explicación sobre lo que comprende la alexitimia, la etiología propuesta en la literatura y los abordajes actuales, y en caso necesario, la forma de recibir seguimiento en consulta externa de esta unidad.						
Participación o retiro:	<u>El paciente tiene la libertad de participar o retirarse del estudio en cualquier momento.</u>						
Privacidad y confidencialidad:	Se guardará estricta confidencialidad de los resultados, y estos serán utilizados únicamente para los fines de la investigación.						
Declaración de consentimiento.	<table border="0"> <tr> <td>☐</td> <td>Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros.</td> </tr> </table>			☐	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio.	☐	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros.
☐	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio.						
☐	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio: Los resultados servirán para dirigir de manera oportuna las políticas de salud institucional							
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Nombre: Dr. Miguel Palomar Baena Mat. 8708029 Teléfono: 55 1731 6139. Correo electrónico: diamig.pal@gmail.com						
Colaboradores:	Dra. Odeth Monserrat Yáñez Sandoval Mat. 97367104 Tel. 3317669054 Email. odeth.yanez.s@gmail.com						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" del Centro Médico Nacional del IMSS ubicado en Seris y Zaachila s/n. Col. La Raza, Azcapotzalco, CP 02990, Ciudad de México.							
Testigo 1	_____ Nombre y firma del sujeto _____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento _____ Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma					
Clave: 2810-009-013							

Anexo 2. Datos sociodemográficos

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“Asociación entre ideación suicida y alexitimia en pacientes adultos que son atendidos en el Hospital de Psiquiatría Unidad Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social”

1		FOLIO _____
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____	
3	Nombre:_____	
	Apellido Paterno	Apellido Materno Nombre (s)
4	NSS:_____	Teléfono _____
6	Edad:_____ años cumplidos	Sexo: 1.-Masculino () 2.- Femenino ()
7	Estado civil: 1= soltero 4= Divorciado. 2= casado 5= Viudo 3= Unión libre	
8	Escolaridad: 1=Sin escolaridad 2=Primaria 3=Secundaria 4=Preparatoria 5=Licenciatura 6=Posgrado	
9	Trastorno Psiquiátrico diagnosticado: 1= depresivo 2= de ansiedad 3= de la personalidad 4= por consumo de sustancias	
10	Número de intentos suicidas previos _____	

Anexo 3. Escala de ideación suicida de Beck SSI

1. Deseo de vivir 0. Moderado a intenso 1. Débil 2. Ninguno	2. Deseo de morir 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a intenso
3. Razones para vivir/morir 0. las razones para vivir son mayores a las de morir 1. Aproximadamente iguales 2. las razones para morir son mayores a las de vivir	4. Deseo de intentar activamente el suicidio 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a intenso
5. Deseos pasivos de suicidio 0. tomaría precauciones para salvar mi vida 1. dejaría mi vida / muerte al azar 2. evitaría los pasos necesarios para mantener mi vida	6. Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida) 0. Breve, períodos pasajeros 1. Por amplios períodos de tiempo 2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. Dimensión temporal (frecuencia del suicidio) 0. Raro, ocasional 1. Intermitente 2. Persistente o continuo	8. Actitud hacia la ideación/deseo de muerte 0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferente 2. Aceptación
9. Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out 0. Tengo sensación de control 1. no tengo seguridad de control 2. No tengo sensación de control	10. factores disuasorios para un intento (familia, religión, irreversibilidad) 0. no lo intentaría debido a un factor disuasorio 1. éstos factores tienen alguna influencia 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por éstos
11. Razones para el intento contemplado 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación de 0 y 2 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta	12. Método (qué tan accesible es / si hay planificación) 0. No los he considerado 1. los he considerado, pero sin detalles específicos 2. Detalles específicos, bien formulados y calculados
13. Método (accesibilidad/oportunidad) 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo, la oportunidad es escasa 2. Método y las oportunidades son accesibles en este momento 2. Método y las oportunidades son accesibles en un futuro	14. Sensación de «capacidad» para llevar a cabo el intento 0. No tengo el valor, soy débil, miedoso 1. me siento inseguro sobre mi valor 2. estoy seguro de mi valor y capacidad de hacerlo
15. Expectativas o anticipación de un intento actual 0. no las tengo 1. no estoy seguro 2. las tengo	16. Preparación actual para el intento contemplado 0. Ninguna 1. Parcial (empieza a almacenar pastillas, etc.) 2. Completa (ya tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
17. Realización de nota suicida 0. no realizada 1. Pienso sobre ella, la he comenzado pero no la he terminado 2. Nota terminada	18. preparativos finales ante la anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.) 0. Ningún preparativo 1. he pensado sobre ello o he hecho algunos arreglos 2. tengo planes definitivos o he terminado los arreglos finales
19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado 0. Revelé las ideas abiertamente 1. Frené lo que estaba expresando 2. Intenté engañar, ocultar o mentir	

Anexo 4. Escala de Alexitimia de Toronto TAS

1 - Muy en desacuerdo	2 – En desacuerdo	3 – Indeciso	4 – De acuerdo	5 - Muy de acuerdo	
	1	2	3	4	5
1. A menudo estoy confusa con las emociones que estoy sintiendo.					
2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos.					
3. Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden.					
4. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.					
5. Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos.					
6. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustada o enfadada.					
7. A menudo estoy confundida con las sensaciones de mi cuerpo					
8. Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo.					
9. Tengo sentimientos que casi no puedo identificar.					
10. Estar en contacto con las emociones es esencial.					
11. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas					
12. La gente me dice que exprese más mis sentimientos.					
13. No sé qué pasa dentro de mí.					
14. A menudo no sé por qué estoy enfadada.					
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos.					
16. Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos.					
17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos					
18. Puedo sentirme cercana a alguien, incluso en momentos de silencio.					
19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.					
20. Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos.					