



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 50

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Medicina de Urgencias

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A INTENTO SUICIDA EN PACIENTES ADULTOS QUE INGRESAN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.50 EN SAN LUIS POTOSÍ

R2026-2402-004

PABLO MENDOZA GUERRERO

DRA. KARLA PENÉLOPE RAMOS AGUILAR
DIRECTOR CLÍNICO

DR. FLORIBERTO GÓMEZ GARDUÑO
DIRECTOR METODOLÓGICO

JUNIO 2026



Factores psicosociales asociados a intento suicida en pacientes adultos que ingresan al Servicio De Urgencias Del Hospital General De Zona no. 50 EN San Luis Potosí © 2026 por Pablo Mendoza Guerrero se distribuye bajo Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International. Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

JUNIO 2026



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 50

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Medicina de Urgencias

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A INTENTO SUICIDA EN PACIENTES ADULTOS QUE INGRESAN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.50 EN SAN LUIS POTOSÍ

PABLO MENDOZA GUERRERO

No. de CVU del CONACYT 1292250; Identificador de ORCID 0009 0007 3594 0333

DIRECTOR CLÍNICO

DRA. KARLA PENÉLOPE RAMOS AGUILAR

No. de CVU del CONACYT 874435; Identificador de ORCID 0009 0000 9683 957X

DIRECTOR METODOLÓGICO

DR. FLORIBERTO GÓMEZ GARDUÑO

No. de CVU del CONACYT 567210; Identificador de ORCID 0000 0002 6903 671X

SINODALES

Dr. Ezquiel Cruz Saldaña

Presidente

Dra. Cynthia Pineda Hernández

Sinodal

Dr. Gonzalo Armando Pérez Becerril

Sinodal

Dr. Neftalí Alejandro Carrasco Espíritu

Sinodal suplente

JUNIO 2026

ÍNDICE

1. ANTECEDENTES.....	9
1.1 MARCO CONCEPTUAL.....	9
1.1.1 DEFINICIÓN DEL SUICIDIO E INTENTO SUICIDA	9
1.1.2 EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO E INTENTO SUICIDA A NIVEL MUNDIAL E INTERNACIONAL.....	10
1.1.3 EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO E INTENTO SUICIDA EN MÉXICO.....	11
1.1.4 FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES DEL SUICIDIO.....	12
1.1.5 EVALUACIÓN DEL INTENTO SUICIDA EN SERVICIOS DE URGENCIAS .	13
1.1.6 ESCALA DE SAD PERSONS	14
1.2 MARCO REFERENCIAL.....	16
1.2.1 ESTUDIOS SIMILARES EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA.....	16
2. JUSTIFICACIÓN	19
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	20
4. HIPÓTESIS.....	21
5. OBJETIVOS.....	21
5.1 Objetivo General	21
5.2 Objetivos Específicos	21
6. SUJETOS Y MÉTODOS.....	23
Tipo y diseño de estudio	23
a Lugar de estudio	23
b Universo de trabajo.....	23
c Tipo de muestreo	23
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	24
Criterio de Inclusión	24
Criterios de exclusión	24
Criterio de eliminación.....	24
PROCEDIMIENTO.....	24
7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	26
TAMAÑO DE LA MUESTRA	26
CUADRO DE VARIABLES	27
Cuadro de operacionalización de variables	27

8. ASPECTOS ÉTICOS	30
9. RESULTADOS	32
10. DISCUSIÓN	38
11. LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN.....	43
12. CONCLUSIONES	45
13. REFERENCIAS.....	47
ANEXOS.....	55
ANEXO 1 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	55
ANEXO 2 CARTA DE NO INCONVENIENCIA PARA LA REALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.	57
ANEXO 3 DICTAMEN DE APROBACIÓN DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD NO. 2402	58

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Distribución anual de pacientes con intento suicida atendidos en el servicio de urgencias durante el período 2020-2024	32
Tabla 2 <i>Distribución por sexo de los pacientes con intento suicida</i>	33
Tabla 3 <i>Estado civil de los pacientes con intento suicida</i>	33
Tabla 4 <i>Escolaridad de los pacientes con intento suicida</i>	33
Tabla 5 <i>Lugar de residencia de los pacientes con intento suicida</i>	34
Tabla 6 <i>Situación laboral de los pacientes con intento suicida</i>	34
Tabla 7 <i>Frecuencia de antecedente de intento suicida previo</i>	35
Tabla 8 <i>Frecuencia de ansiedad en pacientes con intento suicida</i>	35
Tabla 9 <i>Frecuencia de tratamiento psiquiátrico previo</i>	35
Tabla 10 <i>Frecuencia de conflictos familiares</i>	35
Tabla 11 <i>Frecuencia de problemas económicos</i>	36
Tabla 12 <i>Consumo de alcohol en pacientes con intento suicida</i>	36
Tabla 13 <i>Consumo de drogas en pacientes con intento suicida</i>	36
Tabla 14 <i>Frecuencia de ruptura reciente</i>	37
Tabla 15 <i>Clasificación del riesgo suicida mediante escala SAD PERSONS</i>	37

LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

- **DSM-5** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición
- **DT2** Diabetes tipo 2
- **HGZ** Hospital General de Zona
- **HTA** Hipertensión arterial
- **IMSS** Instituto Mexicano del Seguro Social
- **SPSS** Statistical Package for the Social Sciences
- **TDM** Trastorno Depresivo Mayor

LISTA DE DEFINICIONES

- **Comorbilidad:** Presencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo al mismo tiempo.
- **Escala SAD PERSONS:** Herramienta de evaluación utilizada para estimar el riesgo de suicidio basada en diez factores clínicos y sociales.
- **Factores de riesgo suicida:** Condiciones o características personales, ambientales o sociales que aumentan la probabilidad de que una persona realice un intento suicida.
- **Factores psicosociales:** Conjunto de influencias sociales y psicológicas que pueden afectar la salud mental y el comportamiento de una persona.
- **Ideación suicida:** Pensamientos recurrentes sobre la muerte o el deseo de quitarse la vida, con o sin planificación.
- **Intento suicida:** Acto autoinfligido con la intención de causar la propia muerte, pero que no resulta en un desenlace fatal.
- **Prevalencia:** Proporción de una población que presenta una determinada característica en un momento específico.
- **Resiliencia:** Capacidad del individuo para adaptarse y recuperarse de situaciones adversas o traumáticas.

RECONOCIMIENTOS

A la Dra. Karla Ramos, por su guía, paciencia y dedicación durante el desarrollo de esta tesis. Gracias por compartir sus conocimientos, por motivarme a dar siempre lo mejor de mí y por acompañarme en este proceso académico con profesionalismo y confianza. Su apoyo y enseñanza fueron fundamentales para lograr esta meta.

DEDICATORIAS

A mis mamás, Rosalva y Coco, gracias por ser mi fuerza, mi refugio y mi ejemplo de amor incondicional. Gracias por acompañarme en cada paso de este camino, por creer en mí incluso cuando yo dudaba, y por nunca soltar mi mano en los momentos más difíciles. Este logro también les pertenece, porque sin ustedes nada de esto habría sido posible.

A mis papás, aunque ya no estén físicamente conmigo, su amor, enseñanzas y recuerdos viven en cada meta que alcanzo. Gracias por haber sembrado en mí los valores y la fortaleza para seguir adelante. Espero que, donde quiera que estén, se sientan orgullosos de mí.

A mis abuelos, quienes dejaron una huella eterna en mi vida, gracias por su cariño, sus consejos y por haber sido parte fundamental de quien soy hoy. Aunque los extraño profundamente, llevo conmigo cada recuerdo y cada enseñanza. Esta tesis también es en honor a ustedes.

RESUMEN

Introducción: El intento suicida representa un importante problema de salud pública a nivel mundial debido a su creciente frecuencia y su estrecha relación con factores psicosociales, psiquiátricos y socioeconómicos. En México, la prevalencia de intento suicida ha mostrado un incremento significativo en los últimos años, particularmente en adultos jóvenes y mujeres. La identificación de factores asociados en pacientes atendidos en servicios de urgencias es fundamental para fortalecer las estrategias de prevención y atención integral.

Objetivo: Identificar los factores psicosociales asociados a intento suicida en pacientes adultos que ingresaron al servicio de urgencias del Hospital General de Zona No. 50 en San Luis Potosí durante el período 2020–2024.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico en pacientes adultos con diagnóstico de intento suicida atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona No. 50 en San Luis Potosí. Se incluyeron 185 expedientes clínicos con registro completo de la escala SAD PERSONS. Se analizaron variables sociodemográficas, antecedentes psiquiátricos, consumo de sustancias y eventos estresantes recientes. Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias y porcentajes, mientras que la edad se expresó mediante mediana y rango intercuartilar debido a distribución no normal.

Resultados: Durante el período 2020–2024 se observó un incremento progresivo de los casos. La mediana de edad fue de 29 años (RIC: 23–38) y predominó el sexo femenino (68.1%). Los principales factores psicosociales identificados fueron conflictos familiares (67.6%), ansiedad (61.1%) y problemas económicos (60.0%). De acuerdo con la escala SAD PERSONS, el 41.1% presentó riesgo suicida alto y el 36.2% riesgo medio.

Conclusiones: Los pacientes con intento suicida presentaron una elevada frecuencia de factores psicosociales y psiquiátricos, particularmente ansiedad, conflictos familiares y problemas económicos. La mayoría correspondió a mujeres adultas jóvenes con riesgo suicida moderado o alto. Asimismo, se observó un incremento progresivo de casos durante el período estudiado. Estos hallazgos resaltan la importancia de fortalecer las estrategias de detección temprana, evaluación integral y atención multidisciplinaria en los servicios de urgencias para disminuir el riesgo de recurrencia y mejorar la atención en salud mental.

1. ANTECEDENTES

1.1 MARCO CONCEPTUAL

1.1.1 DEFINICIÓN DEL SUICIDIO E INTENTO SUICIDA

El suicidio y el intento de suicidio son conceptos que tienen ciertas características claves. En particular, el suicidio se refiere al acto de quitarse la vida de manera intencional. Por ejemplo, un análisis sistemático de las definiciones contemporáneas, los elementos comunes en la definición de suicidio incluyen la agencia (capacidad de actuar), el conocimiento de un posible resultado fatal, la intención de morir y el resultado final. Estos dos últimos, la intención y el resultado son los aspectos más consensuados en las definiciones de suicidio (1).

El intento de suicidio se define como un acto no fatal en el que una persona se involucra con la intención de terminar con su vida, pero que no resulta en la muerte. Este acto puede variar en términos de letalidad y gravedad, y es importante distinguirlo de los gestos suicidas, que son acciones autolesivas sin la intención de morir, realizadas a menudo para comunicar angustia o manipular el entorno. La distinción entre intentos de suicidio y gestos suicidas es crucial para la evaluación clínica y el manejo del riesgo suicida (2). Cabe mencionar que el concepto del suicidio y el intento suicida ha evolucionado a través del tiempo. Incluso, las definiciones y clasificaciones de estos conceptos pueden variar entre estudios, lo que introduce desafíos conceptuales y metodológicos en la investigación y la práctica clínica.

1.1.2 EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO E INTENTO SUICIDA A NIVEL MUNDIAL E INTERNACIONAL

Por otro lado, la epidemiología del suicidio y los intentos de suicidio a nivel global e internacional varía de acuerdo a los factores demográficos, socioeconómicos y culturales. Específicamente, el suicidio es una causa importante de muerte en todo el mundo, con aproximadamente 800,000 muertes por suicidio documentadas anualmente (3,4). Mientras que, los datos registrados de los intentos de suicidio son significativamente más altas que las de los suicidios completados. Por ejemplo, los intentos de suicidios ocurren hasta 30 veces más frecuentemente (4).

Es importante resaltar que, a nivel global, el 78% de los suicidios completados ocurren en países de ingresos bajos y medianos (4). Sin embargo, la prevalencia de suicidios en adultos en estos países es, en promedio, más baja que en los países de altos ingresos. En cambio, los intentos de suicidio en jóvenes son más altos en los países de ingresos bajos y medianos (5). No obstante, las tasas de suicidio en los jóvenes varían considerablemente entre regiones, con tasas más altas observadas en países como Estonia, Nueva Zelanda y Uzbekistán (6). De igual manera, se ha observado una disminución en las tasas de suicidio por grupos de edad entre 1990 y 2019, aunque el número total de muertes por suicidio ha aumentado debido al crecimiento y al envejecimiento de la población (3). Tan solo en los Estados Unidos, se ha reportado un aumento en las tasas de ideación suicida y de intentos de suicidio entre los jóvenes desde 2007 (7).

Dentro de los factores de riesgo para el comportamiento suicida incluyen el sexo (mujer), la edad (jóvenes y adolescentes), el nivel de escolaridad y bajo nivel socioeconómico, el estado civil (soltero), el desempleo, antecedentes heredofamiliares de trastornos psiquiátricos, las adversidades en la infancia y la presencia de trastornos mentales según el DSM-5 (8). Además, de las personas con trastornos psiquiátricos, aquellas que viven con VIH y las personas LGBTQ+ son poblaciones altamente vulnerables (5).

1.1.3 EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO E INTENTO SUICIDA EN MÉXICO.

En concreto, en México, incluyendo el estado de San Luis Potosí, la frecuencia del suicidio y los intentos de suicidio refleja tendencias preocupantes. Por ejemplo, a nivel nacional, la prevalencia de intentos de suicidio ha mostrado un aumento notable en los últimos años. Según un estudio que analizó datos de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición de México, la prevalencia de intentos de suicidio en adolescentes fue del 1.1% en 2006, aumentando al 2.7% en 2012 y al 3.9% en 2018, lo que representa un incremento de 3.4 veces en 12 años. Este aumento es más pronunciado entre las adolescentes mujeres, quienes presentan tasas casi tres veces mayores que los hombres (9).

En relación a la ideación suicida, un estudio basado en la Encuesta Nacional de Comorbilidad de México reportó que el 8.1% de los encuestados experimentaron ideación suicida en algún momento de sus vidas, mientras que el 2.7% intentaron suicidarse. La frecuencia de estos comportamientos es más alta durante la adolescencia y la adultez temprana, y está fuertemente asociada con trastornos psiquiátricos previos

(10). Cabe destacar que, las tasas de suicidio y los factores de riesgo asociados, como los trastornos mentales y las experiencias de violencia, son consistentes en diversas regiones de México (11,12). Por lo tanto, el aumento en la prevalencia de intentos de suicidio en México, especialmente entre adolescentes, subraya la necesidad de intervenciones de salud pública dirigidas a esta población vulnerable.

1.1.4 FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES DEL SUICIDIO

En general, en adultos, los factores de riesgo y protectores asociados con el suicidio y los intentos de suicidio varían según la etapa de la vida y el contexto sociocultural:

a) Factores de riesgo

- Los trastornos mentales son un factor de riesgo significativo. La depresión, la esquizofrenia, el trastorno de estrés postraumático y los trastornos por uso de sustancias están fuertemente asociados con un mayor riesgo de suicidio. Aproximadamente el 87% de las personas que mueren por suicidio cumplen con los criterios para uno o más trastornos mentales (13,14). Además, un intento de suicidio previo y la ideación suicida son predictores fuertes de mortalidad por suicidio (14).
- El estatus socioeconómico también juega un papel importante. Por ejemplo, el desempleo, el bajo nivel educativo y la pobreza se asocian con un aumento en el riesgo de suicidio (14,15). La reciente recesión económica global ha sido vinculada con un incremento en las tasas de suicidio, lo que sugiere que las condiciones económicas adversas pueden exacerbar el riesgo (15).

- Por último, las experiencias de violencia, incluyendo eventos adversos en la infancia y el abuso, son factores de riesgo críticos. Un historial de eventos estresantes familiares, enfermedades físicas mayores y el aislamiento social son relevantes también se asocian con un mayor riesgo de suicidio (16,17).

b) Factores protectores

- En relación a los factores protectores, la competencia social y la resiliencia son elementos que pueden mitigar el riesgo de comportamiento suicida. Por lo tanto, la capacidad de regulación emocional y el apoyo social son cruciales para mitigar el riesgo de suicidio (18–20). En otras palabras, un mayor apoyo social se asocia con una menor probabilidad de pasar de la ideación suicida a los intentos de suicidio, especialmente en hombres (21). Además, ciertas características como el matrimonio y un temperamento hipertímico se han identificado como factores protectores en personas con trastornos afectivos mayores (22).

1.1.5 EVALUACIÓN DEL INTENTO SUICIDA EN SERVICIOS DE URGENCIAS

La evaluación de intentos de suicidio en los servicios de urgencias es un proceso crítico que implica la identificación precisa de los individuos en riesgo y la implementación de intervenciones adecuadas para prevenir futuros intentos. Diversos estudios han abordado diferentes aspectos de esta evaluación. En particular, un estudio realizado en España analizó los registros de llamadas de urgencias relacionadas con intentos de suicidio, destacando la importancia de la información obtenida de los servicios de emergencia prehospitalarios para complementar los datos de los departamentos de emergencia hospitalarios. Este estudio subraya la necesidad de estandarizar la definición y el registro de los intentos de suicidio para mejorar la precisión de la evaluación (23).

Otro estudio relevante es el ED-SAFE, que evaluó la efectividad de las intervenciones iniciadas en el departamento de urgencias para reducir el comportamiento suicida posterior. Este estudio encontró que una combinación de intervenciones breves administradas durante y después de la visita al departamento de urgencias puede disminuir el comportamiento suicida post-alta (24). Además, la precisión en la detección y clasificación del comportamiento suicida puede mejorarse mediante el uso de evaluaciones estandarizadas. Un estudio comparó la concordancia entre evaluaciones clínicas y estandarizadas en departamentos de urgencias psiquiátrica, encontrando que las evaluaciones estandarizadas pueden mejorar la sensibilidad y precisión en la identificación del comportamiento suicida (25). Por tal motivo, la evaluación de intentos de suicidio en los servicios de urgencias debe incluir el uso de herramientas estandarizadas para mejorar la detección y clasificación del riesgo, así como la implementación de intervenciones específicas que continúen después de la visita al departamento de urgencias para reducir el riesgo de futuros intentos.

1.1.6 ESCALA DE SAD PERSONS

La escala SAD PERSONS es una herramienta de evaluación del riesgo de suicidio que se utiliza ampliamente en entornos clínicos para identificar individuos con alto riesgo de comportamiento suicida. Fue creada para proporcionar un método rápido y sencillo de evaluación basado en diez factores de riesgo: sexo, edad, depresión, intentos previos, consumo de alcohol o drogas, pérdida de pensamiento racional, falta de apoyo social, plan organizado, no tener pareja y enfermedades crónicas.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, la escala SAD PERSONS fue inicialmente propuesta como una herramienta de cribado con buena factibilidad clínica.

La interpretación de los resultados de la escala clasifica a los individuos en categorías de bajo, medio y alto riesgo de suicidio. Sin embargo, estudios posteriores han señalado que la escala tiene limitaciones significativas en su confiabilidad y capacidad predictiva. Por ejemplo, un estudio encontró que la escala tiene una baja sensibilidad y especificidad para predecir el suicidio en adultos atendidos en servicios psiquiátricos de urgencias, con un área bajo la curva de 0.59, lo que indica una capacidad predictiva apenas mejor que el azar (26). Otro estudio reportó que la escala no es efectiva para predecir la repetición de autolesiones en pacientes que se presentan en hospitales generales (27). Asimismo, un estudio longitudinal realizado en Canadá encontró que tanto la escala SAD PERSONS como su versión modificada (MSPS) mostraron una capacidad predictiva pobre para futuros intentos de suicidio, con baja sensibilidad y valor predictivo positivo (28).

Cabe mencionar que, se optó por la escala SAD PERSONS debido a su implementación rutinaria en el servicio de urgencias del HGZ No. 50, su aplicabilidad en contextos de alta demanda asistencial, y su utilidad como herramienta de cribado inicial en la estratificación del riesgo suicida en pacientes adultos. Para futuras investigaciones, se sugiere considerar el uso de instrumentos como la Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), con mejor capacidad predictiva. Además, se reconoce que la escala SAD PERSONS no ha sido validada específicamente en población mexicana, lo cual constituye una limitación del presente estudio. No obstante, su uso en esta investigación tiene un carácter exploratorio y contribuye al proceso de adaptación cultural de herramientas internacionales al contexto local. El presente trabajo busca aportar evidencia preliminar sobre la aplicabilidad de la escala SAD PERSONS en población

mexicana atendida en un servicio de urgencias, con el fin de sentar las bases para futuras validaciones formales de confiabilidad y validez del instrumento.

1.2 MARCO REFERENCIAL

1.2.1 ESTUDIOS SIMILARES EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA

Los factores psicosociales asociados con los intentos de suicidio varían según el sexo, la edad, la educación, las enfermedades mentales y la resiliencia. Por ejemplo, las mujeres tienen 1.78 veces más probabilidades de reportar intentos de suicidio a lo largo de su vida en comparación con los hombres (29). Otro estudio encontró que la prevalencia de intentos de suicidio es del 7.58% en mujeres y del 3.69% en hombres (30). Estos datos demuestran una tendencia que las mujeres son más propensas a intentar suicidarse, pero los hombres son más propensos a completar el suicidio. Asimismo, se ha reportado que, las tasas de intentos de suicidio aumentaron particularmente entre los adultos jóvenes de 18 a 25 años, con un OR de 1.81, lo que indica un riesgo significativamente mayor en comparación con otros grupos de edad (31). Otro estudio destacó que los adultos jóvenes, especialmente aquellos menores de 18 años, tienen tasas de intentos de suicidio más de siete veces mayores que los adultos mayores de 45 años (32).

Por otra parte, un meta-análisis, la prevalencia de intentos de suicidio en individuos con trastorno depresivo mayor (TDM) es del 31% a lo largo de la vida (33). Otro estudio encontró que la depresión está asociada con un aumento en el riesgo de intentos de suicidio, con un OR de 1.63 (IC 95%: 1.55-1.72) (34). Además, la depresión en adolescentes también muestra una alta incidencia de intentos de suicidio, con tasas del 52.5% en adolescentes con TDM (35). En términos de subtipos de depresión, el

subtipo melancólico también presenta un riesgo elevado, con un OR de 3.128 para episodios depresivos frecuentes (36). De igual manera, un meta-análisis, aproximadamente uno de cada cinco individuos que ha realizado un intento de suicidio volverá a intentarlo, con una tasa de repetición del 20% (37). Así pues, el riesgo de repetición de intentos de suicidio es significativamente mayor en personas con antecedentes de intentos previos. Otro estudio reportó que el OR para la repetición de intentos de suicidio en individuos con un intento previo es de 2.16, lo que indica un riesgo más del doble en comparación con aquellos sin antecedentes de intentos (38).

Por otro lado, el consumo de alcohol y drogas está fuertemente asociado con un aumento en el riesgo de intentos de suicidio. Según un meta-análisis, los trastornos por uso de alcohol están asociados con un OR de 3.13 para intentos de suicidio, lo que indica un riesgo significativamente elevado en comparación con aquellos sin trastornos por uso de alcohol (39). Además, el uso agudo de alcohol se asocia con un OR de 6.97 para intentos de suicidio, especialmente en niveles altos de consumo (40). Con respecto al uso de drogas, los trastornos por uso de sustancias también muestran una fuerte asociación con los intentos de suicidio. Un estudio encontró que el uso de sustancias ilícitas está asociado con un aumento del riesgo de intentos de suicidio, que varían entre 2.13 y 3.38, dependiendo del tipo de sustancia (41). Además, el uso de drogas como sedantes y opioides en las 24 horas previas a un intento de suicidio se asocia con un OR de 2.82 (42).

También, el estado civil es un factor importante en el riesgo de intentos de suicidio. Específicamente, las personas no casadas, incluidas las que nunca se han casado, las divorciadas y las viudas, tienen un mayor riesgo de intentos de suicidio en comparación

con las personas casadas. En relación con lo anterior, un meta-análisis encontró que el riesgo de suicidio para individuos no casados en comparación con los casados es significativamente mayor, con un OR de 1.92 (IC 95%: 1.75-2.12) (43). Además, el riesgo es particularmente alto en personas divorciadas, con un OR de 3.49 para hombres y 3.15 para mujeres, en comparación con sus contrapartes casadas (44).

Por último, los estudios sugieren que las personas con enfermedades crónicas tienen un mayor riesgo de intentos de suicidio en comparación con aquellas sin estas condiciones. Por ejemplo, un estudio realizado en Corea encontró que las enfermedades crónicas, especialmente cuando se presentan comorbilidades, están fuertemente asociadas con un aumento en el riesgo de suicidio. En particular, los trastornos mentales y del comportamiento mostraron el mayor riesgo (OR 7.53), seguidos por las enfermedades cardiovasculares (OR 3.36) (45). Otro estudio destacó que las limitaciones en la vida diaria y las actividades sociales debido a enfermedades crónicas aumentan significativamente el riesgo de comportamientos suicidas, con un OR de 5.04 para intentos de suicidio en hombres y 2.71 en mujeres (46). Además, en adolescentes y adultos jóvenes con enfermedades crónicas, se observó un aumento en las probabilidades de pensamientos suicidas, planes y intentos, con un OR de 4.63 para intentos de suicidio (47). En el contexto de enfermedades neurológicas, se encontró que nueve de diez enfermedades neurológicas crónicas están asociadas con un mayor riesgo de intento de suicidio, con ORs que varían según la enfermedad específica (48).

Estos hallazgos subrayan la importancia de centrar los esfuerzos de prevención del suicidio en los adultos. Asimismo, un seguimiento intensivo en quienes presentan un riesgo elevado de intentos de suicidio.

2. JUSTIFICACIÓN

El intento suicida es un problema de salud pública que afecta a millones de personas a nivel global y representa un desafío importante para los servicios de urgencias médicas (3,4). En México, la incidencia de intento suicida ha mostrado un incremento en los últimos años (9,10), reflejando la necesidad urgente de identificar y abordar los factores psicosociales que influyen en esta conducta.

En particular, en San Luis Potosí ha registrado cifras preocupantes. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2020 la tasa de suicidio en la entidad fue de 8.4 por cada 100,000 habitantes, superando la media nacional de 6.2 (49). Asimismo, un estudio publicado en 2010 reportó que la prevalencia de intento suicida en la población estudiantil de San Luis Potosí alcanzaba el 14%, posicionándola entre las entidades con mayores índices en el país (50).

Por otro lado, el Hospital General de Zona No.50 en San Luis Potosí es un centro de referencia para la atención de emergencias médicas, incluyendo casos de intento suicida. Sin embargo, el conocimiento sobre los factores psicosociales que predisponen a estos eventos en la población adulta que ingresa a urgencias es limitado.

Por tal motivo, este estudio proporcionará información valiosa para el desarrollo de programas de prevención y abordaje multidisciplinario dentro del sistema de salud, favoreciendo la implementación de estrategias basadas en evidencia que reduzcan el riesgo de intentos suicidas y mejoren la calidad de vida de los pacientes en riesgo.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores psicosociales presentes en pacientes adultos con intento suicida que ingresan al servicio de urgencias del Hospital General de Zona No.50 en San Luis Potosí?

4. HIPÓTESIS

- **Ho:** Los pacientes adultos con intento suicida atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona No. 50 NO presentan una alta frecuencia de factores psicosociales como conflictos familiares, ansiedad, problemas económicos y antecedentes psiquiátricos.
- **Hi:** Los pacientes adultos con intento suicida atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona No. 50 presentan una alta frecuencia de factores psicosociales como conflictos familiares, ansiedad, problemas económicos y antecedentes psiquiátricos.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

- Identificar los factores psicosociales presentes en pacientes adultos con intento suicida que ingresan al servicio de urgencias del Hospital General de Zona No.50 en San Luis Potosí durante el período 2020-2024.

5.2 Objetivos Específicos

- Determinar la frecuencia de intento suicida en la población adulta atendida en urgencias.
- Describir las características sociodemográficas de los pacientes con intento suicida.
- Analizar la presencia de trastornos psiquiátricos, antecedentes familiares y eventos estresantes recientes en los pacientes.

- Evaluar el riesgo suicida en los pacientes con intento suicida mediante la escala SAD PERSONS.

6. SUJETOS Y MÉTODOS

Tipo y diseño de estudio

Se trata de una investigación observacional, retrospectivo, de corte transversal con enfoque cuantitativo y diseño analítico.

El estudio se basará exclusivamente en la revisión de expedientes clínicos, sin intervención alguna sobre los pacientes, y analizará la asociación entre los factores psicosociales registrados y la presencia de intento suicida.

a Lugar de estudio

El sitio de estudio correspondiente será el Servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No.50 en San Luis Potosí.

b Universo de trabajo

Expedientes de pacientes adultos (mayores de 18 años) con intento suicida atendidos en urgencias del Hospital General de Zona No.50 en San Luis Potosí.

c Tipo de muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia de expedientes clínicos consecutivos que cumplan los criterios de selección hasta completar el tamaño de muestra calculado ($n=185$), o en su caso, la totalidad de los expedientes disponibles si el número fuera menor.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterio de Inclusión

- Expedientes de pacientes derechohabientes del HGZ No. 50 del IMSS de San Luis Potosí, con diagnóstico confirmado de intento suicida entre los años 2020 y 2024.
- Género indistinto.
- Mayores de 18 años
- Pacientes que cuenten con la aplicación y registro completo de la escala SAD PERSONS al ingreso al servicio de urgencias.

Criterios de exclusión

- Expedientes clínicos sin información suficiente sobre los factores psicosociales o con registro incompleto de la escala SAD PERSONS.
- Pacientes con diagnóstico erróneo o sin evidencia clara de intento suicida.

Criterio de eliminación

- Expedientes clínicos duplicados o con datos inconsistentes que no permitan la extracción de datos para un análisis adecuado.

PROCEDIMIENTO

Este estudio es de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico, diseñado para identificar los factores psicosociales asociados con el intento suicida en

pacientes adultos que ingresaron al servicio de urgencias del Hospital General de Zona No.50 en San Luis Potosí durante el período de 2020 a 2024.

A partir del censo de egresos y de los registros del servicio de urgencias se identificarán los expedientes de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de intento suicida. Posteriormente se verificará que dichos expedientes cuenten con la aplicación y registro completo de la escala SAD PERSONS al ingreso, condición necesaria para su inclusión.

De cada expediente elegible se extraerán los datos sociodemográficos, antecedentes psiquiátricos, comorbilidades, información sobre apoyo social, consumo de sustancias, eventos estresantes recientes y la puntuación obtenida en la escala SAD PERSONS. La información recolectada se capturará en la hoja de recolección de datos diseñada para el estudio y se ingresará a una base de datos electrónica anonimizada, identificando únicamente a los pacientes mediante un código.

7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para estimar la muestra se tomó como base un estudio publicado en 2010, que indicó que en San Luis Potosí se presentaba una prevalencia de intento suicida del 14%, situándose entre las entidades con mayores índices en el país (50). Para ello, se empleó la fórmula de proporciones:

$$n = \frac{Z^2 * P (1-P)}{d^2}$$

Donde:

- n: tamaño de muestra
- Z: Nivel de confianza esperado, puesto que la seguridad es del 95% = 1.96
- p: proporción esperada, o aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia, en este caso = 0.14
- d: Intervalo de confianza deseado en la determinación de valor promedio de la variable en estudio 95% = 0.05

Al sustituir fórmula:

$$n = \frac{(1.96*1.96)(0.14)(1-0.14)}{(0.05*0.05)} = \frac{0.4626}{0.0025}$$

n = 185 pacientes

Si el número de expedientes elegibles es mayor a 185, se seleccionarán los primeros 185 de manera consecutiva; si es menor, se incluirá la totalidad de los expedientes disponibles, lo cual se reconocerá como limitación del estudio.

CUADRO DE VARIABLES

Cuadro de operacionalización de variables.

Variable dependiente: intento suicida

Variable independiente: Factores psicosociales

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESTADÍSTICA PARA ANALIZAR LA VARIABLE
Edad	Cuantitativa	Discreta	Tiempo de vida en años cumplidos	Edad registrada en expediente	Años cumplidos	Media, mediana, moda, DE
Sexo	Cualitativa	Nominal	Condición biológica del sexo	Sexo registrado en expediente	Masculino, Femenino, Otro	Frecuencia y porcentaje
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Estado marital actual	Registrado en expediente o entrevista	Soltero, Casado, Separado, Divorciado, Viudo	Frecuencia y porcentaje
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Nivel de estudios alcanzado	Auto-reporte del paciente	Primaria, Secundaria, Media, Universitaria, Sin estudios	Frecuencia y porcentaje
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Actividad laboral habitual	Auto-reportada por el paciente	Libre	Frecuencia
Residencia	Cualitativa	Nominal	Zona de residencia habitual	Auto-reportada	Urbana, Rural	Frecuencia y porcentaje
Fecha de ingreso	Cualitativa	Nominal	Fecha de ingreso hospitalario	Registrado en expediente	Fecha (dd/mm/aaaa)	Distribución temporal
Motivo de ingreso	Cualitativa	Nominal	Razón del ingreso a urgencias	Auto-reportado o en expediente	Intento suicida, Otro	Frecuencia y porcentaje
Método del intento suicida	Cualitativa	Nominal	Técnica empleada	Auto-reportado o	Ingesta, Cortes,	Frecuencia

			en intento suicida	en expediente	Ahorcamiento, Salto, Otro	
Antecedente de intento suicida	Cualitativa	Dicotómica	Historial de intentos previos	Auto-reportado o expediente	Sí / No	Chi cuadrado, porcentaje
Diagnóstico psiquiátrico	Cualitativa	Nominal	Diagnóstico mental presente	Registrado en expediente	Libre	Frecuencia
Síntomas depresivos	Cualitativa	Nominal	Presencia de síntomas depresivos	Auto-reportado	Ítems seleccionados	Frecuencia
Ansiedad o ataques de pánico	Cualitativa	Dicotómica	Presencia de ansiedad o pánico	Auto-reportado	Sí / No	Frecuencia y chi cuadrado
Tratamiento psicológico/psiquiátrico	Cualitativa	Nominal	Historial de atención en salud mental	Auto-reportado	Tipo de tratamiento	Frecuencia
Escala SAD PERSONS	Cualitativa	Ordinal	Escala de riesgo suicida	Evaluación clínica	Bajo (0-4), Medio (5-6), Alto (7-10)	Frecuencia y porcentaje
Vive solo(a)	Cualitativa	Dicotómica	Condición de vivienda	Auto-reportado	Sí / No	Frecuencia
Conflictos familiares	Cualitativa	Dicotómica	Presencia de conflictos familiares	Auto-reportado	Sí / No	Frecuencia
Red de apoyo	Cualitativa	Dicotómica	Presencia de apoyo social cercano	Auto-reportado	Sí / No	Frecuencia
Experiencias de abuso	Cualitativa	Nominal	Tipo de abuso sufrido	Auto-reportado	Físico, emocional, sexual, prefiere no responder	Frecuencia
Situación laboral	Cualitativa	Nominal	Condición laboral actual	Auto-reportado	Empleado, Desempleado, Informal, Jubilado, Otro	Frecuencia
Problemas económicos	Cualitativa	Dicotómica	Dificultades económicas recientes	Auto-reportado	Sí / No	Frecuencia
Uso de alcohol	Cualitativa	Dicotómica	Consumo reciente de alcohol	Auto-reportado	Sí / No	Frecuencia
Uso de drogas	Cualitativa	Dicotómica	Consumo reciente de drogas	Auto-reportado	Sí / No	Frecuencia
Consumo problemático	Cualitativa	Dicotómica	Percepción de consumo nocivo	Auto-reportado	Sí / No	Frecuencia
Eventos estresantes	Cualitativa	Nominal	Situaciones traumáticas recientes	Auto-reportado	Pérdida, ruptura, diagnóstico, otro	Frecuencia

Se identificaron los expedientes de los pacientes adultos con intento suicida que ingresaron en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona No.50 durante el

período de 2020 a 2024. Luego, se realizó la revisión de expedientes clínicos para obtener los datos sociodemográficos, antecedentes médicos y psiquiátricos de los pacientes. Asimismo, se recolectaron los datos de las 10 dimensiones de la escala SAD PERSONS. Posteriormente, todos los datos fueron recopilados en una base de datos codificada para garantizar la confidencialidad de los participantes.

Por otra parte, los datos colectados fueron ingresados y gestionados en software estadístico SPSS versión 29.0 para su limpieza y organización. Después, se realizó un análisis exploratorio para identificar valores atípicos y corregir inconsistencias. Además, mediante el análisis descriptivo se resumieron los datos. Por ejemplo, se utilizaron frecuencias y porcentajes para variables categóricas y medidas de tendencia central para variables numéricas, con la finalidad de describir las características de la población en estudio.

De igual manera, se realizó el análisis inferencial mediante las pruebas de Chi cuadrado de independencia para evaluar asociaciones entre variables categóricas y pruebas *t* de Student para comparar grupos según variables cuantitativas. Por último, se utilizó la regresión logística para identificar los factores psicosociales que tienen una asociación significativa con el intento suicida, ajustando por posibles variables de confusión.

8. ASPECTOS ÉTICOS

El presente protocolo que lleva por título **“Factores psicosociales asociados a intento suicida en pacientes adultos que ingresan al servicio de urgencias del Hospital General de Zona No.50 en San Luis Potosí”** se puede clasificar **SIN RIESGO**, de acuerdo con lo establecido por la ley general de salud en el artículo 17, en materia de investigación para la salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Asimismo dicho protocolo garantiza el apego a las normas éticas establecidas en el código de Núremberg, la declaración de Helsinki y las diferentes declaraciones de la asociación médica mundial, la declaración universal sobre bioética y derechos humanos, además de los principios establecidos en el informe Belmont en materia de investigación en seres humanos.

El desarrollo de este protocolo de investigación generará información estadística sobre la asociación entre los factores psicosociales que desencadenan intento suicida en pacientes adultos que ingresan al servicio de urgencias del Hospital. Al establecer esta relación entre estas variables permitirá mejorar las estrategias de intervención y prevención, optimizando la atención de estos pacientes y contribuyendo a la reducción de la incidencia de conductas suicidas.

De igual manera, los procedimientos para la realización de este protocolo cumplen con las pautas éticas para la investigación biomédica en seres humanos. Teniendo también en cuenta el respeto a las personas como agentes autónomos, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por

su capacidad de autodeterminación; y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables; beneficencia ya que se evitará que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información, confidencialidad y justicia debido a que la participación se llevará a cabo sin discriminación a sus condiciones particulares y/o raza, sexo, preferencia sexual o nivel económico y de acuerdo a la norma oficial mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Por todo lo anteriormente planteado, en esta investigación **NO requiere CONSENTIMIENTO INFORMADO**. Además, se garantizará el uso correcto de la información personal de los participantes del estudio.

El presente protocolo cuenta con Carta de No Inconveniencia emitida por la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General de Zona No. 50 de San Luis Potosí (Anexo 2), así como con Dictamen de Aprobación emitido por el Comité Local de Investigación en Salud No. 2402 con número de registro institucional R-2026-2402-004 (Anexo 3). Debido a que el estudio corresponde a una revisión retrospectiva de expedientes clínicos y fue clasificado como investigación sin riesgo de conformidad con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el Comité autorizó la dispensa del consentimiento informado. En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en investigación del Hospital general de Zona no. 50 de San Luis Potosí.

9. RESULTADOS

Frecuencia de intento suicida en la población adulta atendida en urgencias

Durante el período 2020–2024 se incluyeron 185 pacientes adultos con diagnóstico de intento suicida atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona No. 50. Los años con mayor frecuencia de casos fueron 2023 y 2024, ambos con 53 pacientes (28.6%), seguidos de 2021 con 36 casos (19.5%) y 2022 con 31 casos (16.8%). El menor número de casos se observó en 2020 con 12 pacientes (6.5%). Estos hallazgos muestran un incremento progresivo en la frecuencia de intentos suicidas durante los últimos años del período estudiado. La mediana de edad de la población fue de 29 años (23.0 – 38.0), lo que indica una mayor frecuencia de casos en adultos jóvenes.

Tabla 1 *Distribución anual de pacientes con intento suicida atendidos en el servicio de urgencias durante el período 2020-2024*

Intento suicida	n	%
2020	12	6.5
2021	36	19.5
2022	31	16.8
2023	53	28.6
2024	53	28.6

Nota. n=185. La mediana de la edad poblacional fue de 29.0 años (23.0 - 38.0) Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y relativa (%).

Características sociodemográficas de los pacientes con intento suicida

Con respecto a las características sociodemográficas, se observó un predominio de mujeres, con 126 pacientes (68.1%), mientras que los hombres representaron el 31.9% de la población estudiada. Estos hallazgos sugieren una mayor frecuencia de intento suicida en mujeres dentro de la muestra incluida.

Tabla 2 *Distribución por sexo de los pacientes con intento suicida*

Sexo	n	%
Mujer	126	68.1
Hombre	59	31.9

Nota. n=185.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y relativa (%).

El estado civil más frecuente fue soltero, con 83 pacientes (44.9%), seguido de los pacientes casados con 75 casos (40.5%). En menor proporción se encontraron pacientes separados (7.0%), viudos (4.9%) y divorciados (2.7%). Lo anterior muestra que la mayoría de los pacientes mantenían o habían mantenido vínculos de pareja.

Tabla 3 *Estado civil de los pacientes con intento suicida*

Estado civil	n	%
Soltero	83	44.9
Casado	75	40.5
Separado	13	7.0
Viudo	9	4.9
Divorciado	5	2.7

Nota. n=185.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y relativa (%).

El nivel de escolaridad más frecuente fue bachillerato, reportado en 101 pacientes (54.6%), seguido de secundaria con 49 pacientes (26.5%). La escolaridad universitaria se presentó en el 16.2% de los casos, mientras que los pacientes sin estudios y con primaria representaron proporciones menores. Estos resultados indican que la mayoría de los pacientes contaban con escolaridad media superior.

Tabla 4 *Escolaridad de los pacientes con intento suicida*

Nivel de escolaridad	n	%
Sin estudios	3	1.6
Primaria	2	1.1
Secundaria	49	26.5
Bachillerato	101	54.6
Universitaria	30	16.2

Nota. n=185.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y relativa (%).

La mayoría de los pacientes provenían de zonas urbanas, representando el 95.7% de la población estudiada, mientras que únicamente el 4.3% residía en localidades rurales. Esto refleja una mayor frecuencia de atención de pacientes urbanos en el servicio de urgencias.

Tabla 5 *Lugar de residencia de los pacientes con intento suicida*

Tipo de localidad	n	%
Urbana	177	95.7
Rural	8	4.3

Nota. n=185.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y relativa (%).

La situación laboral más frecuente fue empleado, observándose en 116 pacientes (62.7%). En menor proporción se identificaron amas de casa (12.4%), estudiantes (11.4%), desempleados (9.7%) y jubilados (3.8%). Estos resultados muestran que la mayoría de los pacientes mantenían alguna actividad laboral al momento del estudio.

Tabla 6 *Situación laboral de los pacientes con intento suicida*

Ocupación	n	%
Empleado	116	62.7
Desempleado	18	9.7
Estudiante	21	11.4
Ama de casa	23	12.4
Jubilado	7	3.8

Nota. n=185.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y relativa (%).

Presencia de trastornos psiquiátricos, antecedentes familiares y eventos estresantes recientes en los pacientes

Con respecto a los antecedentes, el 24.3% de los pacientes presentó intento suicida previo, mientras que el 75.7% negó antecedentes de este tipo. Esto indica que aproximadamente uno de cada cuatro pacientes ya había presentado conducta suicida previa.

Tabla 7 *Frecuencia de antecedente de intento suicida previo*

Intento suicida previo	n	%
Sí	45	24.3
No	140	75.2

Nota. n=185.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y relativa (%).

La presencia de ansiedad se identificó en 113 pacientes (61.1%), mientras que el 38.4% no presentó este antecedente. Lo anterior evidencia una elevada frecuencia de síntomas ansiosos en la población estudiada.

Tabla 8 *Frecuencia de ansiedad en pacientes con intento suicida*

Ansiedad	n	%
Sí	113	61.1
No	71	38.4

Nota. n=185.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y relativa (%).

Más de la mitad de los pacientes habían recibido tratamiento psiquiátrico previo, observándose en 93 pacientes (50.3%). Por otro lado, el 49.2% negó antecedentes de tratamiento en salud mental.

Tabla 9 *Frecuencia de tratamiento psiquiátrico previo*

Tratamiento psiquiátrico	n	%
Sí	93	50.3
No	91	49.2

Nota. n=185.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y relativa (%).

Los conflictos familiares estuvieron presentes en 125 pacientes (67.6%), mientras que el 32.4% no reportó este antecedente. Este hallazgo sugiere una alta frecuencia de disfunción o estrés familiar en los pacientes con intento suicida.

Tabla 10 *Frecuencia de conflictos familiares*

Conflictos familiares	n	%
Sí	125	67.6
No	60	32.4

Nota. n=185.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y relativa (%).

Los problemas económicos se identificaron en 111 pacientes (60.0%), mientras que el 40.0% negó dificultades económicas recientes. Esto refleja una importante carga de estrés financiero en la población estudiada.

Tabla 11 *Frecuencia de problemas económicos*

Problemas económicos	n	%
Sí	111	60.0
No	74	40.0

Nota. n=185.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y relativa (%).

El consumo de alcohol estuvo presente en 36 pacientes (19.5%), mientras que el 80.5% negó consumo. Aunque la mayoría de los pacientes no reportó consumo alcohólico, aproximadamente uno de cada cinco sí presentó este antecedente.

Tabla 12 *Consumo de alcohol en pacientes con intento suicida*

Consumo de alcohol	n	%
Sí	36	19.5
No	149	80.5

Nota. n=185.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y relativa (%).

El consumo de drogas se presentó en 31 pacientes (16.8%), mientras que el 83.2% negó uso de sustancias ilícitas. Estos resultados muestran una menor frecuencia de consumo de drogas en comparación con otros factores psicosociales estudiados.

Tabla 13 *Consumo de drogas en pacientes con intento suicida*

Consumo de drogas	n	%
Sí	31	16.8
No	154	83.2

Nota. n=185.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y relativa (%).

Por último, la presencia de ruptura reciente fue reportada por 43 pacientes (23.2%), mientras que el 76.8% negó este antecedente. Esto indica que aproximadamente uno de cada cuatro pacientes había experimentado una ruptura afectiva reciente antes del intento suicida.

Tabla 14 *Frecuencia de ruptura reciente*

Ruptura reciente	n	%
Sí	43	23.2
No	142	76.8

Nota. n=185.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y relativa (%).

Riesgo suicida en los pacientes con intento suicida mediante la escala SAD

PERSONS

Con respecto al riesgo suicida según la escala SAD PERSONS, la categoría de riesgo alto fue la más frecuente, observándose en 76 pacientes (41.1%), seguido del riesgo medio en 67 pacientes (36.2%). El riesgo bajo se presentó en el 20.0% de los casos. Estos resultados sugieren que la mayoría de los pacientes evaluados presentaban riesgo suicida moderado a alto al momento de su ingreso al servicio de urgencias.

Tabla 15 *Clasificación del riesgo suicida mediante escala SAD PERSONS*

Riesgo suicida	n	%
Alto	76	41.1
Medio	67	36.2
Bajo	37	20.0

Nota. n=185.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y relativa (%).

10. DISCUSIÓN

El presente estudio permitió identificar los principales factores psicosociales presentes en pacientes adultos con intento suicida atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona No. 50 de San Luis Potosí durante el período 2020–2024. Los hallazgos muestran que la mayoría de los pacientes correspondieron a mujeres jóvenes, con escolaridad media superior, residencia urbana y elevada frecuencia de ansiedad, conflictos familiares y problemas económicos. Asimismo, se observó un incremento progresivo en el número de casos durante los últimos años del período estudiado. Estos hallazgos responden directamente a la pregunta de investigación planteada y evidencian la coexistencia de múltiples factores psicosociales y psiquiátricos en esta población.

En relación con el sexo, se observó un predominio del 68.1%, resultado consistente con lo reportado en estudios previos que señalan que las mujeres presentan mayor frecuencia de intentos suicidas en comparación con los hombres, aunque estos últimos muestran mayores tasas de suicidio consumado. Bommersbach et al. reportaron que las mujeres presentan 1.78 veces mayor probabilidad de realizar intentos suicidas a lo largo de la vida en comparación con los hombres (29). De igual manera, Zhang et al. documentaron una prevalencia de intento suicida de 7.58% en mujeres frente a 3.69% en hombres (30). Estos hallazgos coinciden con los resultados obtenidos en la presente investigación.

Con respecto a la edad se encontró una mediana de 29.0 años (23.0 – 38.0), lo cual refleja una mayor frecuencia de intento suicida en adultos jóvenes. Estos resultados son

similares a lo reportado por Bommersbach et al., quienes identificaron un incremento significativo de intentos suicidas en adultos jóvenes de 18 a 25 años (31). Asimismo, Armstrong et al. encontraron que los adultos jóvenes presentan tasas considerablemente más elevadas de intento suicida en comparación con grupos etarios mayores (32). Lo anterior sugiere que la adultez joven constituye un período de mayor vulnerabilidad psicológica y social.

En cuanto a la escolaridad, predominó el nivel de bachillerato, seguido de secundaria. Estos hallazgos podrían relacionarse con las características demográficas de la población económicamente activa y adulta joven atendida en el hospital. Diversos estudios han señalado que el bajo nivel educativo y las dificultades socioeconómicas se asocian con un mayor riesgo de conducta suicida (14,15). Sin embargo, en el presente estudio la mayoría de los pacientes contaba con escolaridad media superior, lo cual sugiere que el intento suicida puede presentarse incluso en individuos con niveles educativos relativamente altos.

Por otra parte, el 62.7% de los pacientes mantenía una actividad laboral al momento del estudio. No obstante, los problemas económicos estuvieron presentes en el 60.0% de los casos, indicando que la estabilidad laboral no necesariamente excluye la presencia de estrés financiero. Batty et al. señalaron que las condiciones económicas adversas, incluyendo desempleo y pobreza, incrementan el riesgo suicida (15). De manera similar, Yu et al. identificaron que los factores socioeconómicos y las situaciones estresantes familiares se asocian significativamente con mayor riesgo de suicidio (16).

En relación con los factores psiquiátricos, la ansiedad estuvo presente en el 61.1% de los pacientes y aproximadamente la mitad habían recibido tratamiento psiquiátrico

previo. Estos hallazgos son consistentes con la literatura que demuestra una fuerte relación entre los trastornos mentales y la conducta suicida. LeFevre et al. reportaron que aproximadamente el 87% de las personas que fallecen por suicidio presentan uno o más trastornos mentales (13). Además, Favril et al. identificaron que los trastornos psiquiátricos constituyen uno de los factores de riesgo individuales más importantes para suicidio e intento suicida (14).

Asimismo, el 24.3% de los pacientes presentó antecedente de intento suicida previo. Este hallazgo coincide con lo descrito por de la Torre-Luque et al., quienes reportaron que aproximadamente uno de cada cinco individuos volverá a presentar un intento suicida posterior al episodio índice (37). Del mismo modo, Pemau et al. señalaron que los antecedentes de intento suicida incrementan significativamente el riesgo de repetición (38). Esto resalta la importancia del seguimiento estrecho y de las intervenciones preventivas posteriores al primer evento.

En el presente estudio, los conflictos familiares fueron uno de los factores psicosociales más frecuentes, observándose en el 67.6% de los pacientes. Este hallazgo respalda lo descrito en estudios previos que señalan que las experiencias de violencia, disfunción familiar y aislamiento social incrementan el riesgo de comportamiento suicida (16,17). Además, Richardson et al. identificaron que el apoyo social constituye un importante factor protector contra la progresión de ideación suicida hacia intento suicida (21).

Respecto al consumo de sustancias, el 19.5% de los pacientes reportó consumo de alcohol y el 16.8% consumo de drogas. Aunque las frecuencias fueron menores en comparación con otros factores estudiados, la literatura demuestra que estas sustancias

incrementan significativamente el riesgo de conducta suicida. Darvishi et al. reportaron un OR de 3.13 para intento suicida asociado a trastornos por consumo de alcohol (39), mientras que Borges et al. encontraron un OR de 6.97 relacionado con consumo agudo de alcohol previo al intento suicida (40). En relación con drogas ilícitas, Østergaard et al. documentaron asociaciones importantes entre trastornos por consumo de sustancias y suicidio (41).

Otro hallazgo relevante fue el incremento progresivo de casos durante el período 2020–2024, observándose las mayores frecuencias en 2023 y 2024. Este comportamiento podría relacionarse con múltiples factores sociales, económicos y emocionales posteriores a la pandemia por COVID-19, incluyendo inestabilidad económica, aislamiento social y aumento en los trastornos de salud mental. Así pues, los resultados sugieren la necesidad de fortalecer las estrategias preventivas y los programas de salud mental en población adulta joven.

Por último, mediante la escala SAD PERSONS se identificó que la mayoría de los pacientes presentó riesgo suicida alto o medio al momento del ingreso. Sin embargo, diversos estudios han señalado limitaciones importantes de esta herramienta. Katz et al. reportaron una baja sensibilidad y especificidad para predecir suicidio (26), mientras que Saunders et al. concluyeron que la escala posee limitada utilidad clínica para predecir repetición de autolesiones (27). A pesar de ello, la escala continúa utilizándose en diversos servicios de urgencias debido a su rapidez y facilidad de aplicación clínica.

En conjunto, los resultados de este estudio muestran que los pacientes con intento suicida presentan múltiples factores psicosociales y psiquiátricos concomitantes, destacando la importancia de un abordaje multidisciplinario en los servicios de urgencias

para la identificación temprana de pacientes en riesgo y la implementación de estrategias preventivas oportunas.

11. LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio presenta diversas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, se trató de un estudio retrospectivo basado en revisión de expedientes clínicos, por lo que la calidad de la información dependió directamente del adecuado registro médico realizado durante la atención inicial. En consecuencia, algunos datos pudieron estar sujetos a sesgos de registro o depender de la precisión del interrogatorio clínico realizado al ingreso.

Asimismo, debido al diseño transversal y descriptivo del estudio, no fue posible establecer relaciones de causalidad entre los factores psicosociales estudiados y el intento suicida, permitiendo únicamente describir las frecuencias y características observadas dentro de la población analizada. Cabe mencionar que, la ausencia de un grupo control sin intento suicida limitó la posibilidad de realizar comparaciones analíticas que permitieran establecer asociaciones causales o estimar medidas de riesgo.

Por otra parte, la investigación se realizó en un único centro hospitalario de segundo nivel, por lo que los resultados podrían no ser completamente generalizables a otras poblaciones, regiones o instituciones de salud del país.

Adicionalmente, la escala SAD PERSONS utilizada para estratificar el riesgo suicida no ha sido validada específicamente en población mexicana. Aunque su aplicación es frecuente en servicios de urgencias debido a su practicidad y rapidez, diversos estudios internacionales han reportado limitaciones en su sensibilidad y especificidad para predecir conductas suicidas futuras (26–28). Por ello, los resultados relacionados con la estratificación del riesgo deben interpretarse con cautela.

Como nuevas perspectivas de investigación, se recomienda desarrollar estudios multicéntricos con mayor tamaño de muestra y diseños prospectivos que permitan evaluar factores predictivos de repetición de intento suicida y suicidio consumado. Asimismo, sería relevante incluir grupos control sin intento suicida para identificar verdaderos factores asociados y desarrollar modelos predictivos con mayor aplicabilidad clínica.

De igual manera, futuras investigaciones deberían considerar la validación de instrumentos de evaluación del riesgo suicida en población mexicana, particularmente en contextos hospitalarios y servicios de urgencias. Finalmente, el incremento progresivo de casos observado durante los años 2023 y 2024 sugiere la necesidad de realizar estudios longitudinales que permitan analizar el impacto de factores sociales, económicos y de salud mental posteriores a la pandemia por COVID-19 sobre la conducta suicida en población adulta.

12. CONCLUSIONES

1. El intento suicida se presentó predominantemente en mujeres adultas jóvenes, con residencia urbana y escolaridad media superior, observándose además un incremento progresivo en el número de casos durante el período 2020–2024.
2. Dentro de las características sociodemográficas, el intento suicida fue más frecuente en pacientes solteros y con actividad laboral remunerada. Sin embargo, una proporción importante de los pacientes presentó problemas económicos, lo que evidencia la influencia de factores sociales y financieros en esta población.
3. Los trastornos psiquiátricos y los factores emocionales mostraron una elevada frecuencia. La ansiedad, los conflictos familiares y los antecedentes de tratamiento psiquiátrico previo fueron los factores más frecuentes en los pacientes con intento suicida.
4. Aproximadamente uno de cada cuatro pacientes presentó antecedente de intento suicida previo, lo que resalta la importancia de la vigilancia estrecha, seguimiento continuo e intervención temprana en individuos con historia previa de conducta suicida.
5. La mayoría de los pacientes presentó riesgo suicida moderado o alto mediante la escala SAD PERSONS, lo que resalta la necesidad de implementar estrategias de evaluación temprana y abordaje integral en los servicios de urgencias.
6. Los resultados del presente estudio muestran que el intento suicida es un fenómeno multifactorial influenciado por factores psicológicos, familiares, sociales y económicos, por lo que su prevención requiere un enfoque multidisciplinario y estrategias integrales de salud mental.

7. Finalmente, los hallazgos de esta investigación destacan la importancia de fortalecer los programas de salud mental, detección oportuna y seguimiento especializado en pacientes con riesgo suicida, especialmente en adultos jóvenes y en aquellos con antecedentes psiquiátricos, conflictos familiares o dificultades socioeconómicas.

13. REFERENCIAS

1. Goodfellow B, Kőlves K, de Leo D. Contemporary Definitions of Suicidal Behavior: A Systematic Literature Review. *Suicide Life Threat Behav.* 2019 Apr 24;49(2):488–504.
2. Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol.* 2006 Aug;115(3):616–23.
3. Yip PSF, Zheng Y, Wong C. Demographic and epidemiological decomposition analysis of global changes in suicide rates and numbers over the period 1990–2019. *Injury Prevention.* 2022 Apr;28(2):117–24.
4. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 Jul 6;15(7):1425.
5. Lovero KL, Dos Santos PF, Come AX, Wainberg ML, Oquendo MA. Suicide in Global Mental Health. *Curr Psychiatry Rep.* 2023 Jun 13;25(6):255–62.
6. Glenn CR, Kleiman EM, Kellerman J, Pollak O, Cha CB, Esposito EC, et al. Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2020 Mar;61(3):294–308.
7. Van Meter AR, Knowles EA, Mintz EH. Systematic Review and Meta-analysis: International Prevalence of Suicidal Ideation and Attempt in Youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2023 Sep;62(9):973–86.

8. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry*. 2010 Dec 15;71(12):1617–28.
9. Valdez-Santiago R, Villalobos A, Arenas-Monreal L, González-Forteza C, Hermosillo-de-la-Torre AE, Benjet C, et al. Comparative Analysis of Lifetime Suicide Attempts among Mexican Adolescents, over the Past 12 Years. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May 19;18(10):5419.
10. Borges G, Nock MK, Medina-Mora ME, Benjet C, Lara C, Chiu WT, et al. The Epidemiology of Suicide-Related Outcomes in Mexico. *Suicide Life Threat Behav*. 2007 Dec 31;37(6):627–40.
11. Valdez-Santiago R, Solórzano EH, Iñiguez MM, Burgos LÁ, Gómez Hernández H, Martínez González Á. Attempted suicide among adolescents in Mexico: prevalence and associated factors at the national level. *Injury Prevention*. 2018 Aug;24(4):256–61.
12. Cabello-Rangel H, Márquez-Caraveo ME, Díaz-Castro L. Suicide Rate, Depression and the Human Development Index: An Ecological Study From Mexico. *Front Public Health*. 2020 Nov 17;8.
13. LeFevre ML. Screening for Suicide Risk in Adolescents, Adults, and Older Adults in Primary Care: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2014 May 20;160(10):719.

14. Favril L, Yu R, Geddes JR, Fazel S. Individual-level risk factors for suicide mortality in the general population: an umbrella review. *Lancet Public Health*. 2023 Nov;8(11):e868–77.
15. Batty GD, Kivimäki M, Bell S, Gale CR, Shipley M, Whitley E, et al. Psychosocial characteristics as potential predictors of suicide in adults: an overview of the evidence with new results from prospective cohort studies. *Transl Psychiatry*. 2018 Jan 22;8(1):22.
16. Yu R, Chen Y, Li L, Chen J, Guo Y, Bian Z, et al. Factors associated with suicide risk among Chinese adults: A prospective cohort study of 0.5 million individuals. *PLoS Med*. 2021 Mar 11;18(3):e1003545.
17. Richardson R, Connell T, Foster M, Blamires J, Keshoor S, Moir C, et al. Risk and Protective Factors of Self-harm and Suicidality in Adolescents: An Umbrella Review with Meta-Analysis. *J Youth Adolesc*. 2024 Jun 2;53(6):1301–22.
18. Shilton T, Hertz-Palmor N, Matalon N, Shani S, Dekel I, Gothelf D, et al. Contribution of Risk and Resilience Factors to Suicidality among Mental Health-Help-Seeking Adolescent Outpatients: A Cross-Sectional Study. *J Clin Med*. 2023 Mar 2;12(5):1974.
19. Han J, Wong I, Christensen H, Batterham PJ. Resilience to suicidal behavior in young adults: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 2022 Jul 6;12(1):11419.
20. Bakken V, Lydersen S, Skokauskas N, Sund AM, Kaasbøll J. Protective factors for suicidal ideation: a prospective study from adolescence to adulthood. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024 Sep 14;33(9):3079–89.

21. Richardson C, Robb KA, McManus S, O'Connor RC. Psychosocial factors that distinguish between men and women who have suicidal thoughts and attempt suicide: findings from a national probability sample of adults. *Psychol Med*. 2023 May 11;53(7):3133–41.
22. Miola A, Tondo L, Pinna M, Contu M, Baldessarini RJ. Suicidal risk and protective factors in major affective disorders: A prospective cohort study of 4307 participants. *J Affect Disord*. 2023 Oct;338:189–98.
23. Mejías-Martín Y, Martí-García C, Rodríguez-Mejías C, Valencia-Quintero JP, García-Caro MP, Luna J de D. Suicide attempts in Spain according to prehospital healthcare emergency records. *PLoS One*. 2018 Apr 9;13(4):e0195370.
24. Miller IW, Camargo CA, Arias SA, Sullivan AF, Allen MH, Goldstein AB, et al. Suicide Prevention in an Emergency Department Population. *JAMA Psychiatry*. 2017 Jun 1;74(6):563.
25. Brown GK, Currier GW, Jager-Hyman S, Stanley B. Detection and Classification of Suicidal Behavior and Nonsuicidal Self-Injury Behavior in Emergency Departments. *J Clin Psychiatry*. 2015 Oct 21;76(10):1397–403.
26. Katz C, Randall JR, Sareen J, Chateau D, Walld R, Leslie WD, et al. Predicting suicide with the SAD PERSONS scale. *Depress Anxiety*. 2017 Sep;34(9):809–16.
27. Saunders K, Brand F, Lascelles K, Hawton K. The sad truth about the SADPERSONS Scale: an evaluation of its clinical utility in self-harm patients. *Emergency Medicine Journal*. 2014 Oct;31(10):796–8.

28. Bolton JM, Spiwak R, Sareen J. Predicting Suicide Attempts With the SAD PERSONS Scale. *J Clin Psychiatry*. 2012 Jun 15;73(06):e735–41.
29. Bommersbach TJ, Rosenheck RA, Petrakis IL, Rhee TG. Why are women more likely to attempt suicide than men? Analysis of lifetime suicide attempts among US adults in a nationally representative sample. *J Affect Disord*. 2022 Aug;311:157–64.
30. Zhang J, Mckeown RE, Hussey JR, Thompson SJ, Woods JR. Gender differences in risk factors for attempted suicide among young adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Ann Epidemiol*. 2005 Feb;15(2):167–74.
31. Bommersbach TJ, Rosenheck RA, Rhee TG. National Trends of Mental Health Care Among US Adults Who Attempted Suicide in the Past 12 Months. *JAMA Psychiatry*. 2022 Mar 1;79(3):219.
32. Armstrong G, Haregu T, Cho E, Jorm AF, Batterham P, Spittal MJ. Transition to a first suicide attempt among young and middle-aged males with a history of suicidal thoughts: A two-year cohort study. *Psychiatry Res*. 2023 Oct;328:115445.
33. Dong M, Zeng LN, Lu L, Li XH, Ungvari GS, Ng CH, et al. Prevalence of suicide attempt in individuals with major depressive disorder: a meta-analysis of observational surveys. *Psychol Med*. 2019 Jul 4;49(10):1691–704.
34. Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *British Journal of Psychiatry*. 2018 May 28;212(5):279–86.

35. Dong H, Wang Y, Jiang F, Yang F, Li J, Xiao Q, et al. Incidence and correlates of suicide attempts in adolescents with major depressive versus bipolar disorders: A cross-sectional study. *J Affect Disord.* 2024 Jun;354:247–52.
36. Xu P, Sun Y. Risk factors for suicidal attempt in patients with the melancholic subtype of depressive disorder: Implication for nursing care. *Medicine.* 2022 Aug 12;101(32):e29713.
37. de la Torre-Luque A, Pemau A, Ayad-Ahmed W, Borges G, Fernandez-Sevillano J, Garrido-Torres N, et al. Risk of suicide attempt repetition after an index attempt: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry.* 2023 Mar;81:51–6.
38. Pemau A, Marin-Martin C, Diaz-Marsa M, de la Torre-Luque A, Ayad-Ahmed W, Gonzalez-Pinto A, et al. Risk factors for suicide reattempt: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2024 Jul 16;54(9):1897–904.
39. Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, Poorolajal J. Alcohol-Related Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Completed Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS One.* 2015 May 20;10(5):e0126870.
40. Borges G, Bagge CL, Cherpitel CJ, Conner KR, Orozco R, Rossow I. A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychol Med.* 2017 Apr 8;47(5):949–57.
41. Østergaard MLD, Nordentoft M, Hjorthøj C. Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: a Danish nation-

wide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, unipolar depression or personal. *Addiction*. 2017 Jul;112(7):1250–9.

42. Bagge CL, Borges G. Acute Substance Use as a Warning Sign for Suicide Attempts. *J Clin Psychiatry*. 2017 Jun 28;78(06):691–6.
43. Kyung-Sook W, SangSoo S, Sangjin S, Young-Jeon S. Marital status integration and suicide: A meta-analysis and meta-regression. *Soc Sci Med*. 2018 Jan;197:116–26.
44. Yip PSF, Yousuf S, Chan CH, Yung T, Wu KCC. The roles of culture and gender in the relationship between divorce and suicide risk: A meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2015 Mar;128:87–94.
45. Song A, Koh EJ, Lee WY, Chang S, Lim J, Choi M, et al. Suicide risk of chronic diseases and comorbidities: A Korean case-control study. *J Affect Disord*. 2024 Mar;349:431–7.
46. Jung M, Lee KO, Kim HR, Koh SB, Gim JA. Four modeling approaches to study restrictions on everyday life and social activities due to chronic diseases with consequences of suicidal behavior. *J Psychiatr Res*. 2024 May;173:355–62.
47. Ferro MA, Rhodes AE, Kimber M, Duncan L, Boyle MH, Georgiades K, et al. Suicidal Behaviour Among Adolescents and Young Adults with Self-Reported Chronic Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2017 Dec 17;62(12):845–53.
48. Eliassen A, Dalhoff KP, Horwitz H. Neurological diseases and risk of suicide attempt: a case–control study. *J Neurol*. 2018 Jun 21;265(6):1303–9.

49. Pérez-Amezcuca B, Rivera-Rivera L, Atienzo EE, de Castro F, Leyva-López A, Chávez-Ayala R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. Cuernavaca; 2010 May.

ANEXOS

ANEXO 1 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 50 SAN LUIS POTOSÍ

Título: “FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A INTENTO SUICIDA EN PACIENTES ADULTOS QUE INGRESAN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.50 EN SAN LUIS POTOSÍ”

Instrucciones: El presente instrumento será llenado por el investigador a partir de los expedientes clínicos.

A. Datos Generales del Participante

Código del paciente: _____

Edad: _____

Sexo: Masculino Femenino Otro

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Escolaridad: Primaria Secundaria Media Universitaria Sin estudios

Ocupación: _____

Residencia: Urbana Rural

B. Datos Clínicos Relevantes

Fecha del ingreso a urgencias: ___/___/_____

Motivo de ingreso: Intento suicida reciente Otro (especificar): _____

Método del intento suicida: Ingesta de sustancias Cortes Ahorcamiento Salto de altura Otro: _____

Antecedentes de intento suicida previo: Sí No

Diagnóstico médico/psiquiátrico actual: _____

C. Factores Psicosociales Evaluados

1. Salud mental y emocional

Presencia de síntomas depresivos (últimas 2 semanas): Tristeza persistente

Llanto frecuente Falta de energía Pensamientos de muerte o suicidio Ninguno

Ansiedad o ataques de pánico frecuentes: Sí No

Historia de tratamiento psicológico o psiquiátrico: Sí No - Tipo de tratamiento:

Escala SAD PERSON:

Bajo riesgo de suicidio: _____

Mediano riesgo de suicidio: _____

Alto riesgo de suicidio: _____

2. Contexto familiar y social

Vive solo(a): Sí No

Conflictos familiares recientes: Sí No

Red de apoyo social cercana: Sí No

Experiencias de abuso (físico, emocional, sexual): Sí No Prefiere no responder

****3. Factores económicos y laborales****

Situación laboral: Empleado(a) Desempleado(a) Trabajador informal

Jubilado(a) Otro: _____

Problemas económicos graves en los últimos 6 meses: Sí No

****4. Consumo de sustancias****

Uso reciente de alcohol: Sí No

Uso de drogas (ilegales o medicamentos sin prescripción): Sí No Especificar:

Consumo problemático (autopercebido o reportado): Sí No

****5. Eventos estresantes recientes****

Pérdida de un ser querido: Sí No

Ruptura amorosa o separación reciente: Sí No

Diagnóstico de enfermedad crónica o terminal: Sí No

Otro evento traumático significativo (describa brevemente):

D. Observaciones del profesional o investigador

Firma del entrevistador(a): _____

Fecha: ___/___/_____

ANEXO 2 CARTA DE NO INCONVENIENCIA PARA LA REALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.



Gobierno de
México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Organo Operativo de Administración Desconcentrada
San Luis Potosí
Hospital General de Zona No. 50
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Of. N° 401 /06/2025 - CCEIS
San Luis Potosí, a 11 de junio de 2025

Para:
Comité Local de Investigación en Salud
2402 SLP

Con atención:
Dra. Karla Penelope Ramos Aguilar
MNF UMQ
HGZ c/ UMF No. 1

Motivo: Carta de No Inconveniencia para realizar protocolo de investigación.


A través del presente le envío un cordial saludo y me permito comentar que con respecto a su protocolo de investigación titulado:

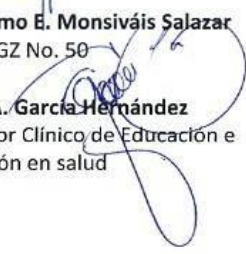
"Factores psicosociales asociados a intento suicida en pacientes adultos con trastorno depresivo en un hospital de segundo nivel"

con los siguientes investigador (es) asociado(s) a: Dr. Pablo Mendoza Guerrero (Residente del 3er. años de medicina de urgencias).

Me permito informar que no hay inconveniencia para que dicho proyecto se desarrolle en el HGZ No. 50. Solicito a Usted cumpla con los tiempos y fases de su cronograma así mismo de seguimiento a los informes técnicos correspondientes y demás aspectos de buenas prácticas de investigación que la Coordinación de Investigación en Salud de nuestro Instituto ha establecido. Debo mencionar que el alumno deba ser registrado como investigador asociado y también como tesista en la plataforma SIRELCIS. No omito mencionar que una vez autorizado su protocolo de manera inmediata deberá de entregar en esta coordinación el dictamen impreso de autorización, así como al final deberá entregar el dictamen de conclusión del trabajo.

Atentamente


Dr. Guillermo E. Monsiváis Salazar
Director HGZ No. 50


Dr. Jorge A. García Hernández
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en salud



2025
Año de
La Mujer
Indígena

Av. Tangamanga No. 205 Col. Prados de San Vicente 3era sección. CP 78397 San Luis Potosí Tel: (44) 48216353 Ext. 246 www.imss.gob.mx

ANEXO 3 DICTAMEN DE APROBACIÓN DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD NO. 2402.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2402.**
H GRAL ZONA -MF- NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 24 028 082**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 24 CEI 003 2018072**

FECHA **Miércoles, 28 de enero de 2026**

Médico (a) KARLA PENELOPE RAMOS AGUILAR

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle que el protocolo de investigación con título "**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A INTENTO SUICIDA EN PACIENTES ADULTOS QUE INGRESAN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.50 EN SAN LUIS POTOSÍ**", que sometió a evaluación por este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los aspectos éticos, por lo que se emite el dictamen de:

A P R O B A D O

Número de Registro Institucional

R-2026-2402-004

De acuerdo con la normativa vigente, deberá presentar anualmente un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo hasta su conclusión. El presente dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de no haber concluido la investigación, deberá solicitar la re aprobación al Comité de Ética en Investigación antes del **28-01-2027**.

Este protocolo fue autorizado sin carta de consentimiento informado debido a que se clasificó como "sin riesgo" de acuerdo con el artículo 17 del RLGSMIS por ser una revisión de expedientes o bases de datos, manteniendo la confidencialidad de la información y la privacidad de los participantes

ATENTAMENTE

Doctor (a) JESUS HUGO GONZALEZ MERCADO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2402

