



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA CON MEDICINA FAMILIAR No.03  
CHILPANCINGO GUERRERO.

**TAMIZAJE DE RIESGO SUICIDA EN PACIENTES CON INGRESO RECURRENTE  
AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE SUB ZONA CON  
MEDICINA FAMILIAR NO.03 CHILPANCINGO GUERRERO”**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALIDAD EN URGENCIAS MÉDICO QUIRURGICAS.

**PRESENTA**

ALONDRA CASTILLO HERNANDEZ.

**DIRECTOR DE TESIS**

DRA. OLGA BALTAZAR JUAREZ.

**CODIRECTOR**

DRA. MONICA EVELMIRA PIEDRA MENDOZA.

**ASESORES**

DRA. JANET SALDAÑA ALMAZÁN.  
DRA. VIANEY GUADALUPE SALDAÑA HERRRERA.

NUMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL  
R-2025-1102-033.

ACAPULCO DE JUÁREZ, GRO. FEBRERO DE 2025

### CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE DIFUSIÓN

Se firma la presente en la ciudad de Acapulco, Guerrero, México, a los 21 días del mes de Noviembre del año 2025.

El que suscribe Alondra Castillo Hernández autor(es) del trabajo escrito (obra intelectual), en su formato de Tesis con el título Tamizaje de virus zica en puercos con técnica recurrente al Servicio de Urgencias. Por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor; manifiesto mi autoría intelectual y originalidad de la obra mencionada.


Así mismo: (Elegir A), B) o C))


- A). Expreso mi conformidad de **ceder los derechos de difusión y autorizo difundir esta obra en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero a partir de la fecha**, de conformidad con los artículos 13, 14, 15 y 16 de la Ley Orgánica de Universidad Autónoma de Guerrero número 178, para su difusión con fines académicos, de investigación, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura, el cual se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental.
- B). Pido un periodo de dos años de resguardo a partir de la fecha, **y acepto difundir en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero únicamente la portada y el abstract**, ya que el presente trabajo tendrá un subproducto que amerita un proceso de protección intelectual-industrial, aceptando su difusión a partir del día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, sin previo aviso, a favor de la Universidad Autónoma de Guerrero, de acuerdo al inciso A)
- C). Pido un periodo de un año de resguardo a partir de la fecha, **y acepto difundir en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero únicamente la portada y el abstract**, ya que el presente trabajo tendrá un subproducto que amerita un proceso de protección intelectual-industrial, aceptando su difusión a partir del día 01 del mes de Marzo del año 2025, sin previo aviso, a favor de la Universidad Autónoma de Guerrero, de acuerdo al inciso A)

Entiendo además que, si necesito incrementar el periodo de resguardo, renovaré la presente carta, dos meses antes que concluya el tiempo solicitado en los incisos B o C.

Lo anterior no genera vinculación obligatoria para la Universidad Autónoma de Guerrero, por tanto, la institución universitaria podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este documento sin autorización expresa, así como su uso indebido y/o su exhibición o comunicación a terceros.

  
Alondra Castillo Hernández  
Nombre y firma del autor

  
Vo. Bo.  
Director-Tutor

Declaración de Autenticidad y No Plagio

Grado Académico: Nivel del Posgrado

Por el presente documento, yo Alondra Castillo Hernández, con número de matrícula: 23501525, egresado del (a) Nombre del Posgrado Urgencias Médico Quirúrgicas

informo que he elaborado el Trabajo de Investigación en formato de:  Tesis,  Artículo, denominado:

"Tamizaje de riesgo suicida en pacientes con Ingresos recurrente al servicio de Urgencias del Hospital General de Sub Zona con Medicina Familiar No. 03. Chilpancingo Guerrero"

para obtener el Grado Académico de (Nombre del Grado del Posgrado)

Especialidad Urgencias Médico Quirúrgicas

Declaro que este trabajo ha sido desarrollado íntegramente por el(la) autor(a) que lo suscribe y afirmo, que no existe plagio de ninguna naturaleza. Así mismo, dejo constancia de que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo, por lo que no se ha asumido como propias las ideas vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos o en Internet.

Así mismo, afirmo que soy responsable de todo su contenido y asumo, como autor(a), las consecuencias ante cualquier falta, error u omisión de referencias en el documento. Sé que este compromiso de autenticidad y no plagio puede tener connotaciones éticas y legales.

Por ello, en caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a lo dispuesto en las normas académicas que dictamine la Universidad Autónoma de Guerrero y las leyes que para el presente apliquen.

Chilpancingo, Guerrero, México, 20 de Noviembre de 2025.

  
Sustentante

23501525 Alondra Castillo Hernández  
Matrícula y Nombre completo del Autor

Vo. Bo.

Olga Baltazar Juárez  
Nombre completo del Director(tesis)



### ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS

En la Ciudad y puerto de Acapulco, Guerrero, siendo las trece horas con cero minutos, del día veintiuno de noviembre de dos mil veinticinco, los integrantes del Jurado de Tesis, nombrados por la Academia de Posgrado, manifiestan que una vez que revisaron el escrito completo de la tesis **"TAMIZAJE DE RIESGO SUICIDA EN PACIENTES CON INGRESO RECURRENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE SUB ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No.03. CHILPANCINGO GUERRERO"** presentada por la **C. ALONDRA CASTILLO HERNÁNDEZ** para obtener el **Diploma de Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas**, a través de ésta expresan su **APROBACIÓN DE LA TESIS**, autorizan la impresión final de la misma y aceptan que, en cuanto se haya cumplido con los requisitos señalados en el Reglamento Escolar Vigente de la Universidad Autónoma de Guerrero, se proceda a la presentación del Examen de Grado.

#### El Jurado de Tesis

  
Dra. Olga Balleza Suárez.

Directora de Tesis

  
Dra. Mónica Evelyn Piedra Mendoza

Asesora

  
Dra. Janet Saldaña Almazán

Asesora

  
Dra. Vianey Guadalupe Saldaña Herrera

Asesora



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL  
GUERRERO (OOAD).

JEFATURA DE SERVICIO DE PRESTACIONES JURIDICAS COORDINACION  
DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUERRERO.

**"TAMIZAJE DE RIESGO SUICIDA EN PACIENTES CON INGRESO  
RECURRENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL  
DE SUB ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO.03 CHILPANCINGO  
GUERRERO"**

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. OLGA BALTAZAR JUAREZ.

TESISTA:

DRA. ALONDRA CASTILLO HERNANDEZ.

**Acta de aprobacion pendiente de entregar y firmar por la delegación.**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud **1102**,  
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CE 12 001 066

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 12 CEI 002 2018082

FECHA Jueves, 26 de junio de 2025

**Doctor (a) Olga Baltazar Juarez**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle que el protocolo de investigación con título **Tamizaje de riesgo suicida en pacientes con ingreso recurrentes al servicio de urgencias del Hospital General de Sub Zona con Medicina Familiar No.03 Chilpancingo Guerrero.**, 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:

**APROBADO**

Número de Registro Institucional

R-2025-1102-033

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 **26-06-2026**.

ATENTAMENTE

**Maestro (a) MARIA DE LOS ANGELES SALGADO JIMENEZ**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1102

## **Agradecimientos**

A mis padres les que siempre me han brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos mis objetivos personales y académicos. Impulsarme siempre a perseguir mis metas.

A mi asesora de tesis, Dra. Olga Baltazar Juárez, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de este proyecto de investigación. Agradezco sus enseñanzas y recomendaciones. Gracias por tenerme paciencia ante temas desconocidos y por ayudarme a enfrentar nuevos retos en el área de investigación.

A la universidad Autónoma de Guerrero, por ser el aval académico en este posgrado y brindarnos todas las facilidades.

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo, a todas las personas que forman y formaron parte de mi familia en especial a mi abuelo Adán Castillo Martínez, quien creyó en mi como persona y médico hasta el último de sus días.

A mis Padres Adán Castillo González y Altagracia Hernández Osorno: que son el máximo ejemplo de perseverancia, honestidad y trabajo para lograr lo que se quiere en la vida. A mis hermanos: Carlos, Sonia, Adan, Yazmin y Luis, porque cada uno de ellos representa un poquito de lo que soy yo. Y a esa persona especial que estuvo casi una década en mi vida, gracias por la ayuda para culminar este proyecto.

## Índice

## Página

<b>Resumen .....</b>	<b>1</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>2</b>
<b>Marco teórico.....</b>	<b>2</b>
<b>Planteamiento del problema .....</b>	<b>10</b>
<b>Justificación .....</b>	<b>12</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>14</b>
Objetivo general .....	14
Objetivos Específicos.....	14
<b>Hipótesis .....</b>	<b>14</b>
Hipótesis nula .....	14
Hipótesis alternativa .....	14
<b>Material y métodos .....</b>	<b>15</b>
Tipo y diseño.....	15
Ubicación espacio-tiempo. ....	15
Población y muestra.....	15
Periodo del estudio .....	15
Tipo de la muestra .....	16
<b>Variables .....</b>	<b>17</b>
<b>Análisis estadístico .....</b>	<b>19</b>
<b>Aspectos éticos .....</b>	<b>22</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>24</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>31</b>
<b>Conclusión .....</b>	<b>33</b>
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>35</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>41</b>

## **Listas**

### **1.- Tablas:**

Tabla 1. Nominacion de variables.

Tabla 2. Caracteristicas clinicas de los pacientes con ingresos recurrentes a HGSZMF. 03.

Tabla 3. Caracteristicas sociodemograficas, de los pacientes con ingresos recurrentes a HGSZMF. 03.

Tabla 4. Análisis Bivariado.

Tabla 5. Grupos etarios.

Tabla 6. Genero.

Tabla 7. Estado civil.

Tabla 8. Grado de instrucción académica.

Tabla 9. Uso de toxicomanias.

Tabla 10. Enfermedades crónico degenerativas.

### **2.- Graficas.**

Grafica 1: Representación del puntaje Sad Persons.

### **3.- Anexos.**

Anexo 1: Consentimiento informado.

Anexo 2: instrumento de recoleccion de datos.

Anexo 3: Cartel.

**“TAMIZAJE DE RIESGO SUICIDA EN PACIENTES CON INGRESO RECURRENTE  
AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE SUB ZONA CON  
MEDICINA FAMILIAR NO.03 CHILPANCINGO GUERRERO”**

## Resumen

**Introducción:** Se realizó un estudio transversal, analítico y retrospectivo con los derechohabientes del Hospital General de Sub Zona Con Medicina Familiar 03 de Chilpancingo Guerrero. Realizando una revisión en los expedientes clínicos y sistema PHEDS, los pacientes que tuvieron ingresos recurrentes, ( de 3 ingresos en adelante en el periodo comprendido ) se contactarán vía telefónica para realizarles la aplicación del instrumento de medición, más adelante se procesarán los datos obtenidos en el programa estadístico (SPSS), para posteriormente realizar el análisis de los resultados a través de gráficas y tablas. **Resultados:** Evaluamos el riesgo suicida entrevistando a 161 pacientes, los cuales cumplieron con los criterios de selección, el 82.7 % tuvo 3 ingresos a la sala de urgencias, con una moda en los pacientes de la cuarta década de la vida, un 55.9% no son portadores de enfermedades crónico degenerativas, de estos 127 pacientes, que representan en 78.8% mostraron una alta ideación suicida con un puntaje en Sad Persons de 5-10 puntos. El 59.9% represento al sexo femenino, un 52.1 % no sostiene un vínculo afectivo, el 52.7% completo la educación media superior y el 35.8 % es consumidos de 2 o más toxicomanías. Siendo estas las variables con mayor relación a la ideación suicida. **Conclusión:** Encontramos 127 pacientes de los cuales 78 de ellos contabilizaron 5-6 puntos, 49 pacientes contabilizaron de 7-10 puntos en la escala de Sad Persons, sumando así, 127 pacientes, que representan el 78.8% de la muestra, con alto riesgo de ideación suicida. Sin embargo encontramos una ventana de oportunidad para los derechohabientes que han ameritado una valoración por el servicio de psicología y psiquiatría la cual no esta disponible en el Hospital General de Sub zona con Medicina Familiar 03 en Chilpancingo Guerrero. **Discusion:** de acuerdo a lo estudiado en esta investigacion, se encontro un alto riesgo suicida en el 78.8% de los encuestados, con un puntaje comprendido de alto riesgo suicida entre 5-10 puntos en el 78.8%, en la escala de Sad Persons. Con predominio de sexo femenino, con pacientes de la cuarta década de la vida, que no cuentan con un vínculo afectivo, que completaron la educación media superior. Con uso de dos o más toxicomanías. **Palabras Claves:** intento suicida, ingreso recurrente, depresión, enfermedades crónico degenerativas. alcoholismo, tabaquismo.

## Abstract

Cross-sectional, analytical, and retrospective study.

A cross-sectional, analytical, and retrospective study will be conducted with patients of the General Sub-Zone Hospital with Family Medicine 03 in Chilpancingo, Guerrero. A review of clinical records and the PHEDS system will be performed. Patients with recurrent admissions (3 or more admissions during the study period) will be contacted by telephone to administer the measurement instrument. The data obtained will then be processed using the statistical software SPSS, and the results will be analyzed using graphs and tables.

**Results:** 161 patients were interviewed, all of whom met the selection criteria. 82.7% had three admissions to the emergency room, with the most frequent group being in their fourth decade of life. 55.9% did not have chronic degenerative diseases. Of these, 127 patients (78.8%) showed high suicidal ideation with a Sad Persons score of 5-10 points. 59.9% were female, 52.1% did not have an emotional bond, 52.7% had completed upper secondary education, and 35.8% had a history of substance abuse. We assessed suicide risk by interviewing 161 patients who met the selection criteria. 82.7% had three emergency room visits, with the most frequent age group being in their forties. 55.9% did not have chronic degenerative diseases. Of these, 127 patients (78.8%) showed high suicidal ideation, with a Sad Persons score of 5-10. 59.9% were female, 52.1% did not have an emotional bond, 52.7% had completed upper secondary education, and 35.8% had a history of substance abuse. These were the variables most strongly associated with suicidal ideation

**Conclusion:** We found 127 patients, of whom 78 scored 5-6 points and 49 scored 7-10 points on the Sad Persons scale, totaling 127 patients, representing 78.8% of the sample, with a high risk of suicidal ideation. However, we found an opportunity for patients who have required an evaluation by the psychology and psychiatry service, which is not available at the General Sub-Zone Hospital with Family Medicine 03 in Chilpancingo, Guerrero.

**Discussion:** According to the findings of this research, a high risk of suicide was found in 78.8% of the respondents, with a score of 5-10 on the Sad Persons scale indicating a high risk of suicide. The majority of participants were female, in their forties, lacked a stable emotional bond, and had completed upper secondary education. They also reported using two or more substances.

**Keywords:** suicide attempt, recurrent admission, depression, chronic degenerative diseases, alcoholism, smoking

## **Introducción**

Las conductas suicidas son un problema de salud pública en México y el mundo, dentro de ellas incluye el intento suicida y el suicidio. El tema implica considerar múltiples factores de influencia sociológica, epidemiológica, psicopatológica, clínica y las neurociencias. Está estipulado que un tercio de la población mundial podrá desarrollar un trastorno mental en alguna etapa de su vida.

## **Marco teórico**

### **Antecedentes generales**

Las conductas suicidas son un problema de salud pública en México y el mundo, dentro de ellas se incluye el intento suicida y el suicidio, el tema implica considerar múltiples factores de influencia sociológica, epidemiológica, psicopatológica, clínica y las neurociencias. Está estipulado que un tercio de la población mundial podrá desarrollar un trastorno mental en alguna etapa de su vida. La depresión tiene una alta incidencia en todos los países del mundo, un gran impacto en el desarrollo y el crecimiento socioeconómico. <sup>(1)</sup>

La depresión se considera la enfermedad mental más frecuente causante de discapacidad en el adulto. En el año 2020 y a razón de la pandemia por COVID 19, se posicionó como la segunda causa de discapacidad en el mundo. Afecta cerca de 300 millones de personas en el mundo. La Organización Panamericana de la salud (OPS), afirma que la depresión llega a constituir una crisis global, en América Latina afecta al 5 % de la población adulta y 6 de cada 10 pacientes pasan inadvertidos. En nuestro país la depresión tiene una prevalencia del 7.9%. <sup>(2)</sup>

Desde el año 1992 la clasificación internacional de las enfermedades CIE-10 recoge los suicidios y lesiones intencionalmente autoinflingidas en los codigos ( X-60 - X84 ) en estos incluye envenenamiento o lesión autoinflingida e intento suicida. Intento suicida se enmarca en el apartado suicidio teniendo diversas clasificaciones como: historia personal de suicidio, historia familiar de suicidio, suicidio por envenenamiento, alto riesgo de suicidio, tendencia al suicidio, traumático - suicida. <sup>(3)</sup>

Las personas que intentan suicidarse con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida que parece imposible de manejar, muchos de los pacientes que realizan un intento de suicidio están buscando alivio a sentirse acorralados, avergonzados, culpables, como una carga para el resto de las personas que los rodean, sentirse como una víctima, multiples sentimientos de rechazo, pérdida del sentido de la vida o vivir en un ambiente de profunda soledad.<sup>(4)</sup>

Dentro de las etiologias para un intento suicida más conocidas se encuentran:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Trastorno bipolar.
- Trastorno límite de la personalidad.
- Consumo de drogas y alcohol.
- Trastorno de estrés post traumático.
- Esquizofrenia.
- Antecedente de abuso sexual, físico y emocional.

- Cuestiones estresantes de vida, problemas financieros, situaciones en las relaciones interpersonales. Diagnóstico de enfermedad terminal o complicaciones por mal apego al tratamiento de enfermedades crónico degenerativas. <sup>(5)</sup>

### **Escala de Sad Persons.**

Fue descrita en el año de 1983, como un instrumento práctico y sencillo para evaluación del riesgo de suicidio que fuera fácil de aplicar por estudiantes de medicina y médicos no psiquiatras. Esta escala es un mnemotécnico compuesto por 10 ítems: sexo, edad, depresión, tentativa suicida previa, abuso de alcohol, falta de pensamiento racional, carencia de soporte social, plan organizado de suicidio, no conyuge o pareja, enfermedad somática. Realiza un análisis y diferencias entre los puntajes de la escala según la evaluación de riesgo suicida por parte del profesional. Alcanzando un nivel de sensibilidad del 66.35% y de especificidad del 74.16 % siendo así una escala válida y confiable que puede ser usada en la práctica clínica y en los servicios de atención primaria en la salud en la evaluación del riesgo. Requiere entre 10 a 30 minutos para llevarse a cabo. Puntaje de 0 – 2 el paciente puede tener alta a su domicilio con seguimiento ambulatorio. 3 – 4 puntos seguimiento ambulatorio intensivo. Considerar ingreso hospitalario. 5 – 6 puntos: se sugiere ingreso hospitalario, sobre todo si no se cuenta con soporte social. 7 – 10 puntos: ingreso hospitalario obligado incluso contra su voluntad. <sup>(6)</sup>

### **Antecedentes específicos**

La salud mental es prioritaria para el bienestar de cada persona que experimenta momentos en que la difícil experiencia vivida, así como las decisiones tomadas, están afectando a aspectos esenciales del funcionamiento y las dinámicas personales y

sociales, con efectos que inciden gravemente en la salud mental. La depresión tiene relación directa con las enfermedades crónicas ya que padecer una de estas, aumenta el riesgo de cursar con depresión; Muchos estudios demuestran que existe una mayor prevalencia de desórdenes mentales en pacientes con enfermedades crónicas resultando en la rápida progresión de la enfermedad y malos resultados a corto plazo en general a la salud. <sup>(7)</sup>

Un estudio realizado en Barcelona en el año 2023, con el título los pacientes bipolares que desarrollan tendencias suicidas están condicionados genéticamente. El Trastorno bipolar es una patología psiquiátrica grave, muy frecuente, afecta aproximadamente a un 2 o 3% de la población general. La enfermedad también implica bajas laborales, hospitalizaciones y problemática social. Muchos pacientes, como complicación más grave, presentan conductas suicidas. <sup>(8)</sup>

Los pacientes que no cuentan con tratamiento farmacológico tienen un especial riesgo autolítico. Se estima que el riesgo de muerte por suicidio, en pacientes no medicados, llega a un 15%. Un estudio en la revista ***European Neuropsychopharmacology*** demuestra que existen aspectos genéticos que determinan las tendencias suicidas de los pacientes bipolares. Los resultados aproximan el concepto de suicidio a una base biológica, acercándolo más a la enfermedad. <sup>(9)</sup>

En el estudio se ha demostrado que la presencia de determinados alelos o genotipos de riesgo en algunos de los polimorfismos de los genes IMPA2, INPP1 y GSK3 $\beta$  se asocian con un mayor riesgo de conducta suicida en este grupo de pacientes. Los resultados del estudio tienen el objetivo de centrarnos en un grupo de pacientes de mayor riesgo y que puedan ser atendidos de forma especial y temprana, con la intención principal de prevenir la conducta suicida. <sup>(10)</sup>

En la prevalencia de trastornos de depresión por países, se encontró que Ucrania, Arabia Saudita, Argentina, Rusia y México tienen las tasas más altas. La depresión fue encontrada en el 5.3% de los pacientes. Otros factores asociados a depresión fueron: pacientes con actividad física nula y paciente sin pareja estable. Estamos por lo tanto ante un problema cuyo eje central radica en un trastorno mental que afecta a todos los sectores de la población ya sea hombre o mujer, ricos o pobres, mayores o pequeños. (11)

Un estudio realizado en el año 2020 en Abril sobre la depresión en la adolescencia, que incluyó 102 adolescentes 30 (29.4%) tenían ideación suicida y síntomas depresivos, durante la adolescencia se acumulan experiencias de sufrimiento, soledad, dudas, ansiedad y confusión, los cambios de humor que van desde la alegría (euforia) hasta la tristeza y la depresión, el duelo frente a la infancia perdida, los comportamientos antisociales, la necesidad de aceptación en grupos y la oposición a cualquier autoridad y persona. (12)

Se demuestra gravemente que la depresión es una enfermedad silenciosa, rara vez se diagnóstica en la práctica médica diaria. Se estima que solo el 34% de las personas con depresión buscan ayuda especializada y solo un tercio de las personas con depresión encuentran la ayuda que necesitan. La mayoría de las veces, las personas no pueden reconocer o nombrar su enfermedad y a menudo tienen quejas generales. (13)

La depresión es uno de los factores de riesgo más relacionado con el suicidio. El aislamiento en personas con depresión tiende a aumentar los síntomas de la enfermedad. El distanciamiento de los amigos y las personas más cercanas, la falta de interés en el trabajo y el ocio, son características notables. Es importante enfatizar la necesidad de no

confundir la tristeza y la depresión. Al hablar de depresión, nos referimos a una enfermedad psiquiátrica que requiere atención especial.<sup>(14)</sup>

Los pensamientos suicidas son frecuentes en la adolescencia, especialmente en las fases de mayores dificultades ante un factor estresante importante. Cuando estos pensamientos son intensos y prolongados, aumenta el riesgo de provocar un comportamiento suicida. Los adolescentes son más propensos a la inmediatez y la impulsividad y aún no tienen plena madurez emocional, les resulta más difícil lidiar con el estrés agudo, el final de una relación, situaciones que causan vergüenza o humillación, rechazo del grupo social, fracaso escolar, pérdida de un ser querido. Estos eventos pueden ser los desencadenantes de actos suicidas.<sup>(15)</sup>

Khan y colaboradores, en 2019; realizaron un estudio observacional transversal en una muestra de 142 pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, la puntuación obtenida para depresión fue más alta en individuos con Diabetes mellitus tipo 2 con más de 10 años de evolución. García y colaboradores, en 2019; realizaron un estudio de casos y controles en latino América incluyendo a 100 adultos de 20 a 60 años de edad, dividiendo a los pacientes en dos grupos: los de diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica y grupo de pacientes sanos. Evaluando la depresión en sus 3 dimensiones: cognitiva, afectiva y somática, se obtuvo mayor incidencia de depresión en su dimensión somática.<sup>(16)</sup>

Otros grupos son fundamentalmente las personas mayores y los adolescentes, y habitualmente más frecuente en mujeres que en hombres. Cabe destacar por tanto que el aumento de la depresión está ligado con el envejecimiento de la población, con la vida en soledad y con patologías crónicas asociadas vs comorbilidad.<sup>(17)</sup>

Vázquez y colaboradores, en 2020; en Mozambique realizaron un estudio determinando los factores asociados con la aparición del intento suicida siendo estos: sexo femenino, ser viudo y dedicarse a los labores del hogar. Existe la creencia de que muy poca gente muere por depresión pero sí que hay un gran sector de la población que la padece. De hecho, son muchos los factores de riesgo asociados al intento suicida, la probabilidad de que una persona sufra depresión a lo largo de su vida es superior a la de otros trastornos mentales como los de ansiedad o consumo de sustancias <sup>(18)</sup>.

Según Pimentel de Sousa y Sousa Monteiro en un estudio realizado en 2021 aplicado en latinoamerica, la ideación suicida envuelve desde pensamientos momentáneos sobre que la vida no es buena para vivir, pasando por varias ideas sobre morir, generalmente de manera pasiva, llegando a veces a un plan cuidadoso y bien estructurado sobre cómo terminar la propia vida. Ante esta gravedad, hoy día la preocupación de los profesionales y de las políticas de salud incluyen providencias que deben ser tomadas antes que esa idea salga del plan mental y se transforme en una drástica realidad. <sup>(19)</sup>

Aunque esté bien establecida la relación entre comportamiento suicida y trastornos mentales (en particular, la depresión y consumo de sustancias), varios actos de suicidio acontecen de manera impulsiva en momento de crisis, como un colapso en la habilidad de tratar con los factores que causan estrés en la vida como problemas financieros, fines de relación o dolores y enfermedades crónicas. Con esto, se concluye que el perjuicio en el enfrentamiento de conflictos, desastres, violencia, abusos o pérdidas y el aislamiento están fuertemente asociados al comportamiento suicida. <sup>(20)</sup>

Los datos analizados en ese estudio indican que la prevalencia de consumo de alcohol por personas con ideación suicida fue de 42,6% y con ideación suicida clínico considerable fue de 44,4%. La asociación de consumo de alcohol con la ideación suicida

fue verificada en estudio realizado en mayores de 18 años la cual reveló que 90,3% de los individuos que relataron consumir alcohol presentaron algún nivel de ideación suicida. El consumo de bebidas alcohólicas aumenta en 7,11 las posibilidades de la ideación suicida, esa misma asociación fue observada en estudios nacionales e internacionales (21)

Un estudio realizado por el análisis de los datos de la Investigación Nacional Combinada 2008-2012 respecto del uso de drogas y salud, cuyo objetivo era verificar el impacto de la compulsión por la bebida en el comportamiento suicida en la población adulta de los Estados Unidos de América, verificó que la ideación suicida prevaleció en los individuos que bebían compulsivamente (29,0%), cuando comparados a las personas que no tomaban alcohol de forma descontrolada, mostrando que cuando aumentaba la gravedad de consumo, aumentaba también la presencia de ideación suicida. (22)

Según el modelo de regresión logística con muchas variaciones para la presencia de ideación suicida considerable, se observó que el sexo femenino presentó asociación estadística significativa presento 3 veces más probabilidad de manifestar ese comportamiento. Hecho también descubierto en otro estudio, en el cual hubo asociación estadísticamente considerable entre ideación suicida y mujeres. Algunos elementos deben ser tomados en consideración cuando se trata de factores que llevan a esas mujeres al suicidio. (23)

Esos aspectos pueden envolver los rígidos papeles de género que esas mujeres realizan una posición desigual o falta de poder en relación con los hijos, marido y familiares. También puede mostrar relación a la violencia sufrida. Las ocurrencias de suicidio son elevadas en grupos vulnerables que sufren discriminación, como refugiados y migrantes,

indígenas, lesbianas, gays, transgéneros e intersexuales (LGBTI) y personas privadas de la libertad. <sup>(24)</sup>

Ser divorciado(a) o viudo(a) (estado civil sin pareja, con boda anterior) agrega 4 veces las posibilidades de ideación suicida considerable y ser soltero aumenta en 2,9 el riesgo en presentar ese nivel de ideación suicida. Una de las causas para ese fenómeno es la relación de dependencia emocional al cónyuge, expresada, por ejemplo, por el pensamiento de que no es posible vivir sin la otra persona. La dependencia emocional comprende un patrón persistente de necesidades psicológicas que no fueron resueltas y que pueden llegar a la carencia de autoestima e idealización del otro. <sup>(25)</sup>

Eventos con estrés son definidos como hechos ocurridos en la vida que alteran el ambiente y provocan una tensión que interfiere en las respuestas emitidas por los individuos. A pesar de la influencia biológica y genética en el comportamiento suicida, los factores externos tenidos como psicológicos y sociales (familia desestructurada, desempleo, pobreza, dificultades de acceso a la salud y educación, enfermedades en la familia, muerte de algún ser querido, divorcio) pueden causar estrés, cambiar el ambiente y aumentar la posibilidad de aparición de problemas emocionales interfiriendo en el comportamiento del individuo e ideación suicida. <sup>(26)</sup>

## **Planteamiento del problema**

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define el suicidio como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal, es un problema multifactorial que resulta de una

compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales. Tienen un impacto importante en el paciente, la familia y la sociedad, por cada suicidio, muchas más personas intentan suicidarse. En la población general, un intento previo es un importante factor de riesgo de suicidio.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) reporto en Marzo de 2025 más de 720 000 personas fallecen por suicidio, ocupando la tercera causa de defunción entre las personas de 15 a 29 años, el 73% de los suicidios ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

La OPS reporta que en la Región de las Américas en el año 2021, 100.933 personas murieron por suicidio; Entre 2000 y 2019, la tasa de suicidio estandarizada por edad en la región de las Américas aumentó en un 17% (AMRO fue la única región de la OMS que mostró un aumento durante este período); América del Norte es la subregión de las Américas con la tasa de suicidio más alta, seguida por el Caribe no latino; El 79,4% de las muertes por suicidio en la región ocurrieron en hombres en el 2019; Sin embargo, los suicidios de mujeres mostraron un aumento más pronunciado que los suicidios de hombres entre 2000 y 2019, el grupo de edad más afectado es de 40-69 años el cual representan la mayor proporción 38,0% de los suicidios en la región, seguidos por los adultos mayores (70+ años; 32,8%).

Un comunicado de prensa del 06 de Septiembre de 2023, INEGI que publico datos nacionales de suicidio en México, en 2023, se registraron 8,837 suicidios, que representaron 1.1 % del total de muertes registradas. Los suicidios fueron la decimonovena causa de muerte a nivel nacional. La tasa de suicidio por cada 100 mil personas fue de 6.8; 2.5 en el caso de mujeres y 11.4 en hombres. De las personas que fallecieron por suicidio, 81.1 % correspondió a hombres y 18.9 %, a mujeres, del total de

eventos, 65.6 % ocurrió en personas menores de 40 años, este porcentaje fue 75.2 para el caso de las mujeres y 63.3 para los hombres. Las tasas más altas de suicidio por entidad federativa se presentaron en Chihuahua, Yucatán, Campeche y Aguascalientes (15.0, 14.3, 10.5 y 10.5, respectivamente). Por su parte, Guerrero, fue de los estados con las tasas más bajas de esta causa de muerte, ¿Realmente tenemos una prevalencia baja de ideas suicidas? O no hemos buscado intencionadamente ideas suicidas en los pacientes que ingresan al servicio de urgencias, por lo que surge la repregunta de investigación:

¿Evaluar cuál es el riesgo suicida en pacientes con ingresos recurrentes al servicio de urgencias del Hospital General de Sub-Zona con Medicina Familiar No.03 Chilpancingo Guerrero.

## **Justificación**

El suicidio es un problema de salud pública mundial, el cual presenta tendencia al incremento de acuerdo con lo publicado por la OMS (Organización mundial de la Salud), la OPS (Organización Panamericana de la Salud. INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). Tal problema se ve agravado debido al impacto que tiene en la población y la escasa consciencia que existe entre la población general y el personal de salud. <sup>(27)</sup>

En los pacientes con ideas suicidas no es extraño que acudan al servicio de urgencias demandando ayuda por la angustia, ansiedad o miedo que les generan éstas; si bien en otras ocasiones enmascaran esta demanda bajo otra queja complicando su detección y tratamiento. Es por ello que es necesario realizar tamizaje de ideas suicidas a todo

paciente que acuda de manera recurrente al servicio, e identificar la ideación suicida a través de las escalas validadas de tamizaje para este tipo de conductas. <sup>(28)</sup>

A nivel nacional se calcula que 8, 837 personas fallecieron por suicidio en 2023 siendo más letal en hombres y más frecuentes en mujeres. La importancia de la detección de la ideación suicida radica en que entre el 40 y el 60% de los suicidios consumados han sido valorados por un médico en el mes anterior, y han acudido al servicio de urgencias en un 10% en el último mes y un 27% en los últimos seis meses; aunque esto contrasta con un estudio donde se estimó que el 80% de las personas que se suicidaban no lo habían manifestado en su última conversación. <sup>(29)</sup>

El suicidio se ha estudiado en todos los grupos de edad, a nivel mundial la edad más afectada es el grupo de adolescentes, en América latina la prevalencia predomina en el grupo de edad de los 18 a 40 años. <sup>(30)</sup>

En el estado de Guerrero se reportan cifras bajas de suicidios, esto abre un espacio de oportunidad para analizar si realmente las estadísticas corresponden a la realidad , o existe un sub registro o enmascaramiento de esta identidad, con la presente investigación se buscó intencionadamente ideas suicidas en derechohabientes que acuden de manera recurrente al servicio de urgencias, lo cual se puede ver reflejado en la autodestrucción al no adherirse al tratamiento farmacológico y no farmacológico, o planear un intento suicida consumado o de mayor letalidad. <sup>(31)</sup>

Una vez obtenidos los resultados, se publicarán en la unidad estudiada para tomar estrategias de apoyo en pacientes que además de su patología orgánica tienen un problema de salud mental. Dicha intervención impactará de manera significativa en los servicios de urgencias para disminuir los cuadros agudos de cualquier patología, además

de que se abrió un espacio para capacitar al personal de salud en la detección y manejo oportuno de este tipo de pacientes. También se pretende que con los resultados se optimice un espacio para gestionar recurso humano adiestrado en la atención de este tipo de pacientes.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Evaluar el riesgo suicida en pacientes con ingreso recurrente al servicio de urgencias del Hospital General de Sub Zona con Medicina Familiar No.03 Chilpancingo Guerrero.

### **Objetivos Específicos**

- ⇒ Identificar factores sociales y demográficos de tipo: edad, género, estado civil, nivel de instrucción con riesgo suicida.
- ⇒ Determinar factores clínicos como: tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y enfermedades crónicas degenerativas no infecciosas con riesgo suicida.

## **Hipótesis**

### **Hipótesis nula**

Existe una prevalencia alta de ideación suicida en pacientes que ingresan de manera recurrente al servicio de urgencias

### **Hipótesis alternativa**

Existe menor riesgo de presentar idea suicida en pacientes portadores de enfermedades crónicas degenerativas que en la población que no padece este tipo de patologías.

## **Material y métodos**

### **Tipo y diseño**

Estudio Descriptivo, transversal, observacional, prospectivo

### **Ubicación espacio-tiempo.**

El estudio se desarrolló en el servicio de urgencias del Hospital General de Subzona con Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, se aplicó un instrumento de evaluación a todos los pacientes que fueron atendidos durante los meses de Enero a Junio del 2025, y que tengan por los menos 3 ingresos en ese periodo de tiempo. El tiempo para localizarlos y aplicarles la encuesta se llevó a cabo en los meses de Julio y Agosto del 2025.

### **Población y muestra**

Se buscaron intencionadamente aquellos pacientes que cumplieron criterios de ingreso recurrente en el servicio de urgencias de Enero a Junio del 2025, una vez seleccionada la muestra, se contactaron vía telefónica para posteriormente aplicarles de manera presencial el instrumento de evaluación, siempre y cuando aceptaran participar en el estudio, previo consentimiento informado.

### **Periodo del estudio**

Enero a Junio del 2025.

## **Tipo de la muestra**

El tipo de muestreo del protocolo de investigación fue probabilístico aleatorio simple.

## Variables

Tabla 1. Nominación de variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo Variable	De	Valor
Idea suicida.	Pensamientos ó acto autolesivo con intensión de provocar la muerte.	Pensamientos ó acto autolesivo con intensión de provocar la muerte.	Cualitativa Ordinal		1.Si 2.No
Alcoholismo	trastorno por consumo de alcohol, donde se tiene dificultad para controlar o detener el consumo de alcohol, a pesar de las consecuencias negativas	Lo que el paciente refiera al momento de la encuesta.	Cualitativa nominal.		1.Si 2.No
Abuso de tabaco.	La ingestas mínima diaria de tabaco.	Se define por un índice tabáquico mayor a 20.	Cuantitativa Ordinal		1.Si 2.No
Grado de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Lo que el paciente refiera al momento de su interrogatorio	Cualitativa ordinal.		1. Ninguno 2. Primaria completa 3. Primaria incompleta 4. Secundaria completa 5. Secundaria incompleta 6. Bachillerato completo
Edad.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad de una persona. Es traducido en número de años vividos.	Lo que el paciente refiera al preguntarle su edad.	Cuantitativa Discreta.		1.12-19años 2. 20 -40años 3. 41 -59 años 4. mas 60 años
Genero.	Conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres.	Lo que el paciente refiera al preguntarle el género.	Cualitativa Nominal.		1.Masculino 2.Femenino
Estado civil.	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Lo que el paciente refiera al momento de su interrogatorio	Cualitativa Nominal.		1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Unión Libre

				4. Divorciado/a o Separado/a 7. Viudo/a
Ocupación	Oficio o profesión de una persona, independiente del sector en que está empleada o del tipo de estudio.	Lo que el paciente refiera al preguntarle su ocupación actual.	Cualitativa Nominal	1.Desempleado/ Ama de casa 2.Empleado 3. Pensionado
Enfermedades crónicas no infecciosas	Enfermedades crónicas degenerativas no infecciosas, hipertensión arterial, cardiacas, diabetes, cáncer, enf. Pulmonar crónicas, Enf. Renal,Alzheimer, enf. Mentales y depresión.	Enfermedades crónicas degenerativas no infecciosas, hipertensión arterial, cardiacas, diabetes, cáncer, enf. Pulmonar crónicas, Enf. Renal,Alzheimer, enf. Mentales y depresión.		1.Si 2.No
Ingreso recurrente	La necesidad repetida de ingresar a un hospital para recibir atención médica sumando 3 o más ingresos.	Cuando un paciente ingresa a un hospital por una condición médica dentro de un periodo de tiempo definido.	Cuantitativa.	1.3 ingresos. 2. más de 3 ingresos.
Escala de Sads Persons	Instrumento práctico y sencillo para la evaluación del riesgo de suicidio que puede ser utilizada por estudiantes de medicina y médicos no psiquiatras, la escala es un nemotécnico compuesto por 10 ítems, en el cual cada letra representa un factor de riesgo en el suicidio.	Instrumento práctico y sencillo para la evaluación del riesgo de suicidio	Cualitativa.	1.Si 2.No

## **Análisis estadístico**

Se realizó una base de datos en el programa Excel y posteriormente en el programa estadístico SPSS V.20, para variables numéricas, estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central y de dispersión, para las variables sociodemográficas tablas de frecuencias y porcentajes. Se realizó un análisis bivariado a través de chi cuadrada posterior al análisis exploratorio.

Con el programa de dominio público SPSS versión 28.0.1 se realizó la obtención de frecuencias simples de las variables incluidas en el estudio. Con el proceso Mantel-Haenszel nos permitió estimar la razón de momios de prevalencia entre las variables explicativas (independiente) y la variable resultado (dependiente), nos ofreció una prueba de significancia estadística (chi cuadrada MH) y permitió hacer un análisis multivariado donde en el modelo inicial se incluyeron las variables que alcanzaron significancia estadística del análisis bivariado.



## Consentimiento Informado

Carta de consentimiento informado para participacion en protocolos de investigación en salud (adultos).

Hospital General de Sub Zona con Medicina Familiar 03. Chilpancingo Guerrero.

**Lugar y fecha:**

**No. de registro institucional:**

**Título del protocolo:** Tamizaje de riesgo suicida en pacientes con ingresos recurrentes al servicio de urgencias del Hospital General de Sub Zona con Medicina Familiar No.03 Chilpancingo Guerrero.

---

**Justificación y objetivo de la investigación:** Estimado derechohabiente, por este medio se le invita a participar en el presente estudio llamado: Tamizaje de riesgo suicida en pacientes con ingresos recurrentes al servicio de urgencias del Hospital General de Sub Zona con Medicina Familiar No.03 Chilpancingo Guerrero. Este estudio tiene la finalidad realizar un tamizaje de los ingresos recurrentes al area de urgencias.

**Procedimientos y duración de la investigación:** Se realizará la interacción en físico o vía telefónica de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión para participar en esta investigación. Con la intención de aplicar una escala de medición para el tamizaje en los ingresos recurrentes al servicio de urgencias.

**Riesgos y molestias:** Las incomodidades que usted pueda tener durante la elaboración de la encuesta deberá hacérselas saber en todo momento. Teniendo en cuenta que la confidencialidad e integridad física es primordial en este estudio.

---

**Beneficios que recibirá al participar en la investigación:** Con su apoyo y participación Usted ayudará a conocer las áreas de oportunidad en el servicio de urgencias relacionadas a los ingresos recurrentes.

---

**Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:** en todo momento usted podrá solicitar información de acuerdo a la evolución de la investigación. Una alternativa a esto es que si lo desea podrá retirarse del estudio sin alguna objeción.

Si usted quiere, al finalizar el estudio se le proporcionará una copia de los resultados obtenidos, el cual deberá solicitar a los investigadores responsables de este estudio, con los resultados obteniendo se espera tener un personal más entrenado para la atención médica de los pacientes con recurrencia al servicio de urgencias.

**Participación o retiro:** Usted tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento sin prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento. Usted podrá retirarse del estudio en cualquier momento en que lo decida, teniendo la seguridad de que no habrá ningún tipo de repercusión en los servicios que le da el Instituto Mexicano del Seguro Social a Usted y a su familia.

**Privacidad y confidencialidad:** La seguridad de que no se identificará al paciente con su nombre directo, este se mantendrá en el anonimato, Y se mantendrá la confidencialidad de la información recabada en la investigación, No daremos a conocer ningún dato personal si no es bajo su propia autorización.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Olga Baltazar Juárez. Médico Familiar. Inscrito al hospital general de sub Zona con Medicina Familiar, en un horario de 08:00 horas a 16:00 horas.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Comité de Ética e Investigación 11018 o 11028. Calle. Boulevard Adolfo Ruiz Cortinez. Ciudad Acapulco de Juárez, Gro, México.

Declaración de consentimiento:

<input type="checkbox"/>	Acepto participar en este estudio.
<input type="checkbox"/>	No Acepto participar.

Se conservarán los datos o muestras hasta por 5 años tras lo cual se destruirán.

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

## **Aspectos éticos**

El presente estudio se apegó al profesionalismo y ética médica, dentro del marco legal que establece el IMSS, así como leyes que rigen a los sistemas de salud.

El presente estudio se apegó al profesionalismo y ética médica, dentro del marco legal que establece el IMSS, así como leyes que rigen a los sistemas de salud.

Conforme a la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de agosto de 1984: Artículo 17. **Fracción I.** En donde se considera como “investigación sin riesgo”, ya que en nuestro estudio solo emplearon técnicas y métodos de investigación documental. Artículo 100: La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: **Fracción II.** Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica. **Fracción III.** Podrá efectuarse solo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación. **Fracción IV.** Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud. **Fracción V.** Solo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.<sup>26</sup>

Además; para la elaboración de este proyecto de investigación, se tomaron en cuenta los principios de la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, que establece

lo siguiente: a) La investigación médica está sujeta a normas éticas que promuevan y garanticen salvaguardar la salud, el bienestar y los derechos de los pacientes. b) Se deben tomar precauciones para proteger la dignidad, la integridad, la privacidad y la confidencialidad de la información personal de los sujetos de investigación. c) Cada participante debe estar debidamente informado de los objetivos, métodos, posibles conflictos de intereses, beneficios previstos y los posibles riesgos del estudio. d) El sujeto debe saber que es libre de negarse a participar en el estudio o retirar su consentimiento para participar en cualquier momento del estudio.<sup>27</sup>

También el presente protocolo se planteó con el ideal de servir a la salud de la humanidad, por lo que se apegó a lo establecido en el decálogo de principios de experimentación médica con seres humanos de Código Internacional de Ética, conocido como Código de Núremberg y, por lo tanto, no incluyó en su ejecución sufrimiento o daño innecesario y mental, en las personas que se involucraron en el estudio, las cuales lo hicieron de manera voluntaria, con la libertad de finalizar o desistir en el momento que lo desearan.<sup>28</sup>

De la misma forma se abordó el estudio de acuerdo a lo establecido en el Informe Belmont, documento elaborado en 1979 por la National Comision for the Protection of Human Subjets of Biomedical Reserch, en los Estados Unidos, que promulga los límites entre la práctica y la investigación cuyos principios éticos son el respeto a las personas, beneficencia, justicia.<sup>29</sup>

## Resultados

A partir de una muestra de estudio que comprendió 161 pacientes con ingresos recurrentes al Hospital general de subzona con medicina familiar, que cumplieron con los criterios de selección para este estudio en cuanto a las características clínicas el 59.9% de los pacientes en esta muestra no es portador de enfermedades crónicas degenerativas. Posteriormente se evidencia un 11.1.% de pacientes que son portadores de 2 o más enfermedades crónicas degenerativas. Respecto a los ingresos hospitalarios el 82.7 % de los pacientes tuvo 3 ingresos hospitalarios en la fecha comprendida del estudio. De acuerdo a las toxicomanías el 35.8% hace uso de 2 toxicomanías.

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes con ingresos recurrentes a HGSZMF. 03.

Variable	Categoría.	Frecuencia	Porcentaje.
Portador de enfermedades crónicas degenerativas.	No portador.	97	59.9
	Diabético.	13	8.0
	Hipertenso.	7	4.3
	Reumatológicos.	5	3.1
	E.R.C	2	1.2
	Neurológicas.	3	1.9
	Oncológicas.	9	5.6
	Respiratorios.	2	1.2
	Cardíacas.	1	.6
	Vasculares.	1	.6
	Hepáticas.	1	.6
	Psiquiátricas.	2	1.2
	2 o más enfermedades.	18	11.1
Ingresos a urgencias.	3	134	82.7
	4	16	9.9
	5	11	6.8
Toxicomanías.	Alcoholismo.	20	12.3
	Tabaquismo.	5	3.1
	Ingesta de 2 o más toxicomanías.	58	35.8
	Ingesta de alguna toxicomanía ocasionalmente.	45	27.8
	Sin ingesta de toxicomanías.	33	20.4

Respecto a las características sociodemográficas de los pacientes con ingresos recurrentes al HGSZMF. 03. Hay un predominio en el género femenino en un 59.9%, los solteros predominaron en un 33.3.%, en el grado académico la carrera técnica tiene un 13%, mostrando un puntaje de Sad Persons de 5-6 puntos del 47.5%. así como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 3. Características sociodemográficas, de los pacientes con ingresos recurrentes a HGSZMF. 03.

<b>Variable</b>	<b>Categoría.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje.</b>
<b>Genero.</b>	Femenino.	97	59.9
	Masculino.	64	39.5
<b>Estado civil.</b>	Soltero.	54	33.3
	Casado.	43	26.5
	Unión libre.	38	23.5
	Viudo.	19	11.7
	Divorciado.	7	4.3
<b>Grado académico.</b>	Analfabeto.	11	6.8
	Primaria incompleta.	11	6.8
	Primaria completa.	12	7.4
	Secundaria incompleta.	12	7.4
	Secundaria completa.	20	12.3
	Preparatoria incompleta.	11	6.8
	Preparatoria completa.	14	8.6
	Carrera técnica.	21	13
	Licenciatura incompleta.	8	4.9
	Licenciatura completa.	41	25.3
	<b>Puntaje Sad Persons.</b>	0-2 puntos.	5
3-4 puntos.		29	18.01
5-6 puntos.		78	48.44
7-10 puntos.		49	30.43

En el análisis bivariado, encontramos que en nuestra población estudiada no hay relación significativa entre las variables dependientes, tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 4. Análisis Bivariado.

Variable.	Categoría.	Baja letalidad	Alta letalidad	Or.	IC95 %.	Valor P.
<b>Genero.</b>	Femenino.	41	56	1.61 1	.829 3.131	.158
	Masculino.	20	44			
<b>Estado civil.</b>	Casado / unión libre.	15	62	.200	.098- .406	.000
	Soltero / viudo.	46	38			
<b>Grado académico.</b>	Analfabeto/ educación básica completa.	30	46	1.13 6	.600 2.149	.695
	Educación media superior completa/ licenciatura completa.	31	54			
<b>Portador de enfermedades crónico degenerativas.</b>	Con enfermedades crónicas.	24	40	1.02 8	.536 1.971	.934
	Sin enfermedades crónicas.	37	60			
<b>Ingresos a urgencias.</b>	1-2 ingresos.	1	1	1.65 0	.101 26.872	.722
	Mas de 3 ingresos.	60	99			
<b>Toxicomanías.</b>	Alcoholismo.	45	83	.576	.266 1.248	.159
	Tabaquismo.					
	Drogadicción.					
	Sin toxicomanías.	16	17			

ORna: Odds ratio; IC95%: Intervalo de confianza de 95% por Cornfield.

En cuanto al grupo de edad, de los pacientes analizados, con 3 o más ingresos recurrentes al servicio de urgencias abarco desde la segunda a la décima década de la vida. Siendo la cuarta década de la vida quien tuvo mayor prevalencia representando un 21.1 %.

Tabla 5: Grupos etarios.

Década de la vida.	Número de pacientes.	Porcentaje
Segunda década de la vida.	12	7.4 %
Tercera década de la vida.	29	18.01 %
Cuarta década de la vida.	34	21.1 %
Quinta década de la vida.	17	10.5 %
Sexta década de la vida.	25	15.5 %
Séptima década de la vida.	15	9.3 %
Octava década de la vida.	11	6.8 %
Novena década de la vida.	12	7.4 %
Decima década de la vida.	6	3.7%

De acuerdo con el género predominó en sexo femenino, representando un 60% de los ingresos y el sexo masculino mostró un 39.7 %.

Tabla 6: Genero.

Genero.	Porcentaje.
Femenino.	60.3 %
Masculino.	39.7 %

Respecto al Estado civil, los pacientes que sostienen un vínculo afectivo incluyendo: casados y pacientes que viven en unión libre: representan el 47.8%, pacientes que no sostienen vinculo afectivo como lo son: solteros y viudos, representan el 52.1%. Mostrando que hay una mayor tentativa de riesgo suicida en este último grupo.

Tabla 7: Estado civil.

Estado civil.	Porcentaje.
Con vínculo afectivo.	47.8 %
Sin vínculo afectivo.	52.1 %

En lo que respecta al grado académico, un 6.8 % representa a pacientes analfabetos, un 34.67 % a pacientes que solo cursaron con educación básica. Un 58.21 % a pacientes que cuentan con educación media superior, siendo estos los de mayor prevalencia en la investigación, mostrando una mayor tentativa suicida.

Tabla 8: Grado de instrucción academica.

Instrucción académica.	Porcentaje.
Analfabetos.	6.83 %
Educación básica.	34.67 %
Educación media superior.	58.21 %

En cuanto a los factores clínicos. En pacientes con uso de toxicomanías englobando alcoholismo, tabaquismo y drogadicción. En primer lugar tenemos, la ingesta de dos o más toxicomanías en 59 pacientes, lo que representa un 36.6%, En segundo lugar la ingesta ocasional de alguna toxicomanía en 44 de los pacientes, que comprende un 27.3%.

Tabla 9: Uso de toxicomanías.

Uso de toxicomanías.	Porcentaje.
Alcoholismo.	12.4 %
Tabaquismo.	3.7 %
2 o más toxicomanías.	36.6 %
Uso de toxicomanías de manera ocasional.	27.3 %
Sin uso de toxicomanías.	19.8 %

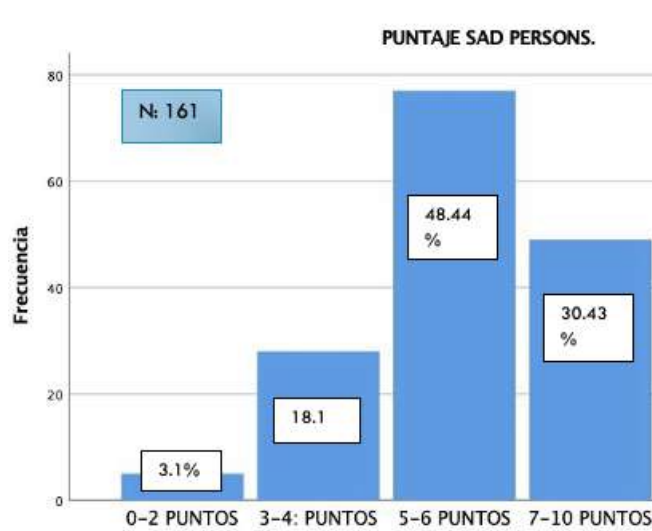
En pacientes portadores de enfermedades crónico-degenerativas y de acuerdo al grupo etario que prevaleció en esta investigación, hay una prevalencia en los pacientes no portadores de enfermedades crónico degenerativas con un total de 90 derechohabientes, que manifiestan un porcentaje del 55.9%. 49 pacientes son portadores de enfermedades crónico-degenerativas incluyendo: diabetes, hipertensión, reumatológicas, enfermedad renal crónica, neurológicas, oncológicas, respiratorias, cardiovasculares, hepáticas y psiquiátricas. Representando un 30.4 %. 22 pacientes son portadores de 2 o más enfermedades crónico-degenerativas, traduciendo un 13.6%.

Tabla: 10 Enfermedades crónico degenerativas.

Enfermedades crónico-degenerativas.	Porcentaje.
No portador	55.9 %.
Portador.	30.4 % .
Portador de 2 o mas.	13.6 %.

En cuento al objetivo especifico de esta investigacion que es realizar un tamizaje para riesgo suicida en pacientes con ingresos recuerrentes al servicio de urgencias del Hospital General de Sub Zona con Medicina Familiar No. 03 Chilpancingo Guerrero a traves de la medición de la escala Sad Persons, encontramos un riesgo alto ya que 78 pacientes los cuales representan un 48.44% obtuvieron un puntaje de 5-6 puntos.

Grafica 1 . Representacion de puntaje Sads Persons.



## Discusión

Se analizó una muestra compuesta por 161 derechohabientes del Hospital General de Sub-Zona con Medicina Familiar. No.03 Chilpancingo Guerrero, cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, el 80.7% tuvo 3 ingresos a área de urgencias. El 12.4% tuvo 4 ingresos y el 6.8% tuvo 5 ingresos en el periodo comprendido de estudio.

Entre las investigaciones de Álvarez, P, et al,<sup>32</sup>, Borges, G.<sup>33</sup> Y Ortiz, E. et al.<sup>34</sup> Mencionan que hay importancia en las variables clínicas y sociodemográficas en relación al riesgo suicida, hay una mayor prevalencia de ideas suicidas en el género femenino, lo que coincide con la prevalencia de este sexo en nuestra investigación, el alto grado de instrucción académica genera mayor estrés laboral, ansiedad y en un punto final, la ideación suicida. El no contar con un vínculo afectivo y sentimental, para cursar con un alto riesgo suicida, que equipara a lo descrito por nosotros en esta investigación en cuanto a una muestra donde hubo predominio de sexo femenino, con pacientes de la cuarta década de la vida, que no cuentan con un vínculo afectivo, que completaron la educación media superior. Con uso de dos o más toxicomanías, y con un puntaje comprendido de alto riesgo suicida entre 5-10 puntos, en la escala de Sad Persons.

Fuentes <sup>(35)</sup>. explica en su estudio observacional, transversal y descriptivo, en población de estudio del sexo femenino mediante un análisis cuantitativo, que los factores que aumentan la ideación suicida es ser mujer siendo en nuestra investigación el sexo femenino quien conformo el 59,9% de la muestra.

Trujillo et al <sup>(36)</sup>. En una investigación bajo el nombre depresión e ideación suicida en mujeres de mediana edad, realizada en el año 2020, Hospital General de Zona con Medicina familiar No. 7, Cuautla Morelos, encontró que el 41% de las mujeres entrevistadas presento síntomas de depresión y la ideación suicida estuvo presente en el 17% del total de las pacientes. Lo cual coincide con lo encontrado en nuestra investigación en donde prevaleció el sexo femenino con un 59.9 % de la muestra.

En relación con la escolaridad Braquehais <sup>(37)</sup> demostró que las personas que ejercen

una profesión muestran mayores tasas de ideación suicida y suicidio consumado. En este estudio mostramos un 52.7% de pacientes que cursaron con la educación media superior.

Harmer, et al (38), en su estudio publicado en Enero 2025, bajo el nombre ideación suicida con población adulta de Estados Unidos, encontró que la mayor incidencia abarcaba desde la tercera a la cuarta década de la vida, con variación significativas según los diferentes grupos demográficos con predominio en Alaska. Encontrando una tasa de suicidio cuatro veces mayor, traduciendo una alta en la ideación suicida. Los Pacientes de la cuarta década de la vida, conformaron la moda en esta investigación, cumpliendo con 3 o mas ingresos al área de urgencias, siendo 127 pacientes que representan el 78.8 %, una alta ideación suicida.

De acuerdo a un meta análisis realizado por Oftedahl et al (39) Comenta que el estado civil es un importante marcador, en las personas que no mantienen un vínculo afectivo, demostrando mayor riesgo de ideación suicida. De acuerdo con el puntaje en la escala de Sad persons 127 pacientes, que representan un 78.8% obtuvo un puntaje de 5-10 puntos, que nos indica un riesgo suicida alto. Patterson et al, (40). Comenta la importancia de la aplicación de la escala de Sad Persons como una herramienta útil y de fácil aprendizaje para influir positivamente en la evaluación con precisión y recomendar el tratamiento en un paciente ideación suicida. Del Pozo. Y contreras (41). También encuentran útil la aplicación de Sad Persons, para identificar factores de riesgo clave y orientar las desiciones clínicas sobre la intervención, contemplando un mayor riesgo que amerita una estancia hospitalaria con un calificación de 5-6 puntos en adelante, pudiendo así prolongar los tiempos de estancia hospitalaria y que sea necesario el seguimiento, individualizando cada caso y asegurando que reciban la atención adecuada.

De acuerdo a lo reportado por el INEGI, la tasa de ideación suicida fue de 2.6 por cada 100 000 mujeres y 11.2 por cada 100 000 hombres, prevaleciendo en grupo de edad, el de 30 – 44 años, lo cual coincide con la edad mas representativa en nuestra muestra. Los estados con mayor ideación suicida: Chihuahua (16.4 %), Yucatán (16.2 %) y Aguascalientes (14.3%). Encontrando al estado de Guerrero en el extremo opuesto representando el (1.6%)

## **Conclusión**

Encontramos a 161 pacientes con ingreso recurrente a la sala de urgencias del Hospital General de Subzona de Medicina Familiar 03. De Chilpancingo Guerrero, sin encontrar relación significativa entre las variables dependientes estudiadas de acuerdo con el análisis bivariado, comprobándose la hipótesis nula de la investigación.

Sin embargo, hubo una prevalencia en el sexo femenino, en el grupo etario de los 30 a los 40 años, mayor población que no sostiene un vínculo afectivo, la mayoría con un grado de instrucción académica que completo la educación media superior, con uso de 2 o más toxicomanías. Sobre todo resaltar que un 78.8% tuvo un puntaje de 5-10 puntos en Sad Persons, indicando un alto riesgo de ideación suicida.

Además de la importancia desde la perspectiva del médico urgenciólogo de anteponer el juicio clínico contra un puntaje en escala de Sad Persons, para contemplar la hospitalización y el seguimiento psicológico y psiquiátrico. Así como el considerar la inclusión de escalas de evaluación del riesgo de suicidio en pacientes con sospecha de riesgo elevado, para que puedan ser clasificados adecuadamente en urgencias.

Teniendo como objetivo esencial de atención tanto en el área de urgencias de un hospital general y una sala de primer contacto que atiende urgencias psiquiátricas, atenuar cualquier situación que ponga en riesgo la vida, resolviendo la necesidad médica más inmediata, precisar factores desencadenantes, intervenir para prevenir recaídas y lograr así vincular al paciente y su familia con un equipo experto en salud mental, siendo así como encontramos un área de oportunidad para El Hospital General de Sub Zona Con Medicina Familiar No. 03 de Chilpancingo Guerrero, ya que es necesaria la intervención

del área de psicología y psiquiatría en pacientes que han necesitado una valoración por dicho servicio el cual no se encuentra disponible en nuestra unidad, siendo necesario el envío de estos pacientes a otras unidades, generando retrasos en la intervención psicológica del paciente, así como evitar un seguimiento oportuno en la prevención del intento suicida y altos costos para el instituto y el propio paciente.

## Referencias Bibliográficas

1. Corea MT. La depresión y su impacto en el intento suicida y la salud pública. *Rev Méd Hondur*. 2021; 89(1): 46-58.
2. Guo Y, Cheng C, Zeng Y, Li Y, Zhu M, Yang W, et al. Mental Health Disorders and Associated Risk Factors in Quarantined Adults During the COVID-19 Outbreak in China: Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res*. 2020; 22(8): 1-8. Doi: 10.2196 / 20328
3. Sep 3. Prevención del suicidio: un imperativo global [Internet]. Paho.org. [citado el 7 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/prevencion-suicidio-imperativo-global>
4. Jiménez-Genchi J, Rodríguez-Paz SG, Ramírez-Rivas J, Martínez-González M de la A. Suicidal ideation and suicide attempt in patients with psychiatric disorders in a Mexico City hospital. *Gac Med Mex* [Internet]. 2023;159(3):219–25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/GMM.M23000773>
- 5.- Aparicio Castillo YA, Blandón Rodríguez AM, Chaves Torres N-M. Alta prevalencia de dos o más intentos de suicidio asociados con ideación suicida y enfermedad mental en Colombia en 2016. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl )* [Internet]. 2020;49(2):96–101. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2018.07.001>.
6. Warden S, Spiwak R, Sareen J, Bolton JM. The SAD PERSONS scale for suicide risk assessment: A systematic review. *Arch Suicide Res* [Internet]. 2014;18(4):313–26
7. Rodríguez San Pedro L, Alfonso Hernández C, Valladares González A, Pomares Alfonso J, López Angulo L. Estrés y emociones negativas en adultos medios con hipertensión arterial esencial. *Finlay* [Internet]. 2018 [citado el 6 de abril de 2025];8(1):36–

45. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342018000100005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100005)
8. Guo Y, Cheng C, Zeng Y, Li Y, Zhu M, Yang W, et al. Mental Health Disorders and Associated Risk Factors in Quarantined Adults: Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res.* 2020; 22(8): 1-
9. El efecto de algunos factores sociodemográficos y psicosociales en los síntomas de ansiedad que presenta una muestra de personas con diabetes mellitus tipo 2 en una comunidad del área Oeste de Puerto Rico. *Rev Cuid.* 2018; 9(3): 1-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.554>
10. Los Genes El Sistema Serotoninergico Y La Conducta Suicida- (2022 ) 5134688%Disponible en: [http://Dialnet-20\(1\).pdf](http://Dialnet-20(1).pdf)
11. Khan P, Qayyum N, Malik F, Khan T, Khan M, Tahir A. Incidence of Anxiety and Depression Among Patients with Type 2 Diabetes and the Predicting Factors. *Cureus.* 2019; 11(3): 1-8. Doi:10.7759/cureus.4254
12. Sanz J, García-Vera MP. Las Ideas Equivocadas sobre la Depresión Infantil y Adolescente y su Tratamiento. *Clin Salud [Internet].* 2020 [citado el 7 de junio de 2025];31(1):55–65. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742020000100006&script=sci\\_arttext&lng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742020000100006&script=sci_arttext&lng=pt)
13. Rivarola A, Brizuela M, Ruiz AR. Nivel de depresión según la cronicidad de la Diabetes Mellitus tipo 2 y sus comorbilidades en pacientes de las unidades de salud, Encarnación, Paraguay 2020. *Rev Salud pública parag.* 2019; 9(2): 9-15. Doi: <http://dx.doi.org/10.8004/rspp.2019.diciembre.9-15>
14. Anguiano SA, Mora MA, Reynoso L, Vega CZ. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados. *Eureka.*2017;14(1):24-38.

15. Campillo Serrano C, Fajardo-Dolci G. Prevención del suicidio y la conducta suicida. *Gac Med Mex* [Internet]. 2021;157(5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/gmm.21000205>
16. Nini MH, Siti MY, Azidah KA, Norhayati NM, Nani D, Juliawati M. Depression, anxiety, stress and socio-demographic factors for poor glycaemic control in patients with type II diabetes. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 2019; 14(3): 268-276. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2019.03.002>
17. self-esteem GCR. Control glucémico relacionado con la autoestima y depresión de adultos mayores con diabetes mellitus en la Ciudad de México [Internet]. *Medigraphic.com*. [citado el 7 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182j.pdf>Vélez RA.
18. Lei L, Huang X, Zhang S, Yang J, Yang L, Xu M. Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine Ideation suicide. *Med Sci Monit*. 2020; 26: 1-12. Doi: 10.12659/MSM.924609
19. Harmer, B., Lee, S., Rizvi, A., & Saadabadi, A. (2025). Suicidal ideation. *EnStatPearls*. StatPearls Publishing. Doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>
20. Casas-Muñoz A, Velasco-Rojano ÁE, Rodríguez-Caballero A, Loredó-Abdalá A, Prado-Solé E, Álvarez MG. Association between suicidal behavior and symptoms of other mental health problems in Mexican adolescents. *Gac Med Mex* [Internet]. 2024;160(1):32–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/GMM.M24000855>

21. Santos C, Monteiro C. Niveis de ideacion suicida asociados al uso de alcohol, *Enferm Glob (internet)*. 2021 Doi:[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412021000300005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000300005).
22. Salvo G L, Castro S A. Association of loneliness, impulsivity and alcohol use with suicidal behavior in adolescents. *Rev Med Chil [Internet]*. 2013;141(4):428–34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000400002>
23. Llosa Martínez S, Canetti Wasser A. Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicol Conoc Soc [Internet]*. 2019 [citado el 7 de junio de 2025];9(1):138–60. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-70262019000100138](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262019000100138)
24. López Alarcon D. Grupos de alto riesgo y grupos vulnerables para el suicidio. (2021)*Revista de recursos para la inclusión educativa*. ISSN 2792-369X, Vol. 1, N°. 1, 2021, págs. 29-36.
25. Espinosa Sierra V, Salinas Rodríguez JL, Santillán Torres-Torija C. Incidencia del duelo en la ruptura amorosa en estudiantes universitarios en un Centro de Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio (CREAS). *J Behav Health Soc Issues [Internet]*. 2017;9(2):27–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.001>
26. Nini MH, Siti MY, Azidah KA, Norhayati NM, Nani D, Juliawati M. Depression, anxiety, stress and socio-demographic factors for poor patients with ideation suicide. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 2019; 14(3): 268-276. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2019.03.002>
27. Catalogación por la Biblioteca de la OPS [Internet] Adherencia a los tratamientos a largo plazo. 2024. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2023.pdf>.

28. Taron M, Nunes C, Maia T. Suicide and suicide attempts in adults: exploring suicide risk 24 months after a psychiatric emergency room visit. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2020;42(4):367–71. Disponible en: <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-8-2021-149-PON15.pdf>
29. Sumner SA, Alic A, Royal K. Law . . . (et. al). Estimación de las muertes por suicidio a nivel nacional y estatal utilizando una nueva fuente de datos de búsqueda de síntomas online [Internet]. *psiquiatria.com*. 2023 [citado el 7 de junio de 2025]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/psiquiatria-e-internet/estimacion-de-las-muertes-por-suicidio-a-nivel-nacional-y-estatal-utilizando-una-nueva-fuente-de-datos-de-busqueda-de-sintomas-online>
30. Estadella-Guerra C, Medina-Elgueta C, Toro-Silva C. Muertes por suicidio en Personas Mayores y género masculino en Chile: Una reflexión pendiente. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 2023;61(4):393–401. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272023000400393>
31. Valdez-Santiago R, Marín-Mendoza E, Torres-Falcón M. Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. *salud publica mex*. 2021;63(4):554-564.
32. Álvarez, P. L., Berrocal, V. A., Jiménez, V. P., & Pinto, V. A. (2024). Revisión sistemática sobre la ideación suicida y depresión en adolescentes en los últimos 10 años. *Fides et Ratio - Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 27(27), 173–206.
33. Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4),292–  
<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6979>

34. Ortiz, E., Meza, M., & Cañón, S. (2019). Determinación de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida. Collection of Articles on Medicine. [https://www.scipedia.com/public/Ortiz\\_et\\_al\\_2019a](https://www.scipedia.com/public/Ortiz_et_al_2019a)
35. Sanz-Fuentes, Antonio; Ruiz-Lorenzo, Valeria (2023). «Pensamiento e intento suicida en mujeres y su relación con la violencia de género». Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 181: 81-100. (doi: 10.5477/cis/reis.181.81)
36. Cardoso, A. Comprender el suicidio desde una perspectiva de genero: una revisión crítica bibliográfica. (2020).  
Doi: 10.4321/S0211-57352019000100004
37. Braquehais, Ma. Relación entre suicidio y ocupación laboral. (2022).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000271>
38. Harmer, B. Lee, S, Rizvi, A. Ideación suicida. (2025).
- 39.- Oftedahl, E. Mehlum, L. Estado civil y riesgo de suicidio: efecto temporal de la ruptura matrimonial y diferencias contextuales según el estatus socioeconomico. (2021).  
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100853>
40. Patterson, W. Dohn, H. Bird. J. Evaluación de pacientes con riesgo suicida: la escala de Sad Persons (2021)  
[https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(83\)73213-5](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(83)73213-5).
41. Del Pozo, C. Contretas A. aplicación de la Escala de sad persons como herramienta de uso primario en area de urgencias. (2020).

## Anexos

### Instrumento de recolección de datos.

**“Tamizaje de riesgo suicida en pacientes con ingresos recurrentes al servicio de urgencias del Hospital General de Sub Zona con Medicina Familiar No.03 Chilpancingo Guerrero.**

**Folio 1.**  **Fecha del ingreso hospitalario:**

**Edad:**

**Instrucciones:** marque con una X su respuesta en cada una de los rubros solicitados:

**Género:** 1: F.  2: M.

**Estado civil:** 1: Soltero. .  2: Casado. .  3: Union libre. .

**Grado de estudios:**

1: Analfabeto.  2: Primaria incompleta.  3: primaria completa.

4: secundaria incompleta.  5: secundaria incompleta. .  6: preparatoria incompleta.  7: preparatoria completa. .  8: carrera técnica.

9: Licenciatura incompleta.  10: licenciatura completa. .

**Portador de enfermedades crónico degenerativas: (especificar)**

**Fumador:** 1: Si. .  2: No.  3: Ocasionalmente

**Alcoholismo:** 1: Si. .  2: No.  3: Ocasionalmente

**Drogadicción:** 1: Si. .  2: No.  3: Ocasionalmente

**Número de ingresos por intento suicida:** 1: primera vez. .  2: Mas de una ocasión.

### II. Escala de Sads Persons:

Parámetro	Cada respuesta afirmativa es un punto	
	si	no
S: Sexo masculino		
A edad (<19 0 45 años)		
D: Depresion		
P: Intento anterior		
E: Consumo excesivo de alcohol o sustancias		
R: Perdida del pensamiento racional		
S: Falta de apoyo social		
O: Plan organizado		
N: Sin conyuge		
S: Enfermedad		
Puntuación Obtenida		

**1: 0-2 puntos . .  2: 3-4 puntos. .  3: 5-6 puntos .  4: 7-10 puntos, .**

Investigador responsable: Dra. Olga Baltazar Juárez.



## Tamizaje de riesgo suicida en pacientes con ingreso recurrente al servicio de urgencias del HGSZMF.03. Chilpancingo Guerrero.

### INTRODUCCION.

- Las conductas suicidas son un problema de salud pública en México y el mundo, incluye el intento suicida y el suicidio, implica considerar factores de influencia sociológica, epidemiológica, psicopatológica, clínica y las neurociencias. un tercio de la población mundial podrá desarrollar un trastorno mental en alguna etapa de su vida.

### Objetivo General:

- Evaluar el riesgo suicida en pacientes con ingreso recurrente al servicio de urgencias del Hospital General de Sub Zona con Medicina Familiar No.03 Chilpancingo Guerrero.

### Material y metodos.

- El presnete estudio se llevo a cabo de Enero a Junio 2025, en derechohabientes que cursaran con 3 o más ingresos a sala de urgencias en el periodo estipulado, Realizando un estudio de tipo Estudio Descriptivo, transversal, observacional, prospectivo. Con calculo de la muetsra a traves de la formula de proporcion de una muestra finita.

### Resultados

De una muestra de 161 pacientes que cumplieron criterios de selección. Solo encontramos una alta frecuencia en

Cuarta decada de la vida.	21.1 %
Femenino.	60.3 %
Sin vinculo afectivo,	52.1. %
Educación media superior.	58.21 %
Toxicomanias	36.1 %
6 -7 puntos de Sad Persons	48.44%

### Conclusiones:

**De acuerdo al análisis bivariado, no se encontro relacion significativa de cuanto a las variables clinicas y sociodemografcias, Sin embargo el 48.44% de los pacientes contabilizaron 6-7 puntos en Sad Persons.**



Patterson, W. Dohn, H. Bird. J. Evaluación de pacientes con riesgo suicida: la escala de Sad Persons (2021).