

ISEO
INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE



TESIS





INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

DOCTORADO EN SALUD MENTAL

**FACTORES DE RIESGO SUICIDA EN POBLACIÓN
UNIVERSITARIA: HALLAZGOS DESDE LA ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA.**

**Tesis para obtener el grado de:
Doctor en Salud Mental**

Presenta:

Juan José Rojas Flores
0009-0000-9260-0844

Directora:

Dra. Paulina Arenas Landgrave
0000-0002-0578-5367

Codirectora:

Dra. Livia Sánchez Carrasco
0009-0005-1913-1603

Tepic, Nayarit, México a 14 de diciembre del 2024.

ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS

Nombre del alumno: Juan José Rojas Flores

Matrícula: C221201

Programa académico: Doctorado en Salud Mental

Título de la tesis: Factores de Riesgo Suicida en Población Universitaria: Hallazgos desde la Atención Prehospitalaria.

Nombre del Director de Tesis: Dra. Paulina Arenas Landgrave

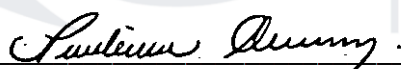
Nombre del Codirector de Tesis: Dra. Livia Sánchez Carrasco

Fecha de aprobación:

DECLARACIÓN DE APROBACIÓN

El Comité de Tesis del Instituto Superior de Estudios de Occidente, después de la revisión exhaustiva del presente trabajo de investigación y en virtud de que satisface los requisitos establecidos en el Reglamento General Institucional, certifica que la tesis titulada Factores de Riesgo Suicida en Población Universitaria: Hallazgos desde la Atención Prehospitalaria, presentada por el alumno(a) Juan José Rojas Flores, cumple con los requisitos académicos y metodológicos establecidos para optar al grado de **COMITÉ DE TESIS DOCTOR EN SALUD MENTAL.**

DIRECTORA DE TESIS



DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE

CODIRECTORA DE TESIS



DRA. LIVIA SÁNCHEZ CARRASCO

DIRECTOR ACADÉMICO Y DE INVESTIGACIÓN



DRA. RUTH LIZZETH MADERA SANDOVAL



GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT
SECRETARÍA DE
EDUCACIÓN
"INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE"

**INSTITUTO SUPERIOR DE
ESTUDIOS DE OCCIDENTE**

CONSTANCIA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

Por este medio, el que suscribe, **JUAN JOSÉ ROJAS FLORES** en mi calidad de autor legítimo del trabajo titulado “**FACTORES DE RIESGO SUICIDA EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA: HALLAZGOS DESDE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA**” manifiesto que, como antecedente, he firmado la **CARTA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS DE LA TESIS** mediante la cual he cedido parcialmente los derechos patrimoniales sobre mi obra **A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE**.

En este sentido, autorizo al **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** a realizar el depósito, preservación, difusión y publicación digital de mi obra en su **Repositorio Institucional** y en plataformas académicas reconocidas, tanto nacionales como internacionales. Esta autorización incluye la reproducción, distribución, comunicación pública, transformación y cualquier otra forma de explotación permitida por la Ley Federal del Derecho de Autor, siempre garantizando el reconocimiento de mi autoría.

Declaro que la obra es original, inédita y no infringe derechos de terceros. Asimismo, me comprometo a colaborar con el **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** en las adaptaciones necesarias para su publicación y a respetar los lineamientos establecidos para su divulgación.

El presente documento se incluye como comprobante de la cesión de derechos a favor del **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** y forma parte integral de los anexos de “**LA OBRA**”.

ATENTAMENTE



JUAN JOSÉ ROJAS FLORES

**PUBLICACIÓN DE TESIS DIGITAL REPOSITORIO INSTITUCIONAL
INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE (ISEO)**

PUBLICACIÓN DE TESIS DIGITAL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por **Turnitin**. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Rojas Flores Juan José
 Título del ejercicio: Quick Submit
 Título de la entrega: Factores de Riesgo Suicida en Población Universitaria: Halla...
 Nombre del archivo: Tesis_VP_14_de_diciembre_23hrs_WORD_1.pdf
 Tamaño del archivo: 8.54M
 Total páginas: 171
 Total de palabras: 31,716
 Total de caracteres: 171,594
 Fecha de entrega: 15-dic.-2024 11:40a. m. (UTC-0500)
 Identificador de la entre... 2552840634



INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

Factores de Riesgo Suicida en Población Universitaria: Halla...

Quick Submit

Título de la entrega

Factores de Riesgo Suicida en Población Universitaria: Halla...

Nombre

Rojas Flores Juan José

Apellido

Rojas Flores Juan José

Correo

Rojas Flores Juan José

Recibo generado por Turnitin el 15/12/2024

DEDICATORIAS

- A mi familia: Rafael, Alejandra, Juan José, Ana Carmen, Giovanni, Estefanía, Pía, Sofía, Santiago, quienes siempre me han apoyado de una manera puntual y cariñosa, siendo el motor de este logro, de quienes siempre recibí su apoyo incondicional.
- A mi madre, a quién le prometí que sería doctor, a mi padre que me ve desde otra dimensión y que está orgulloso de estos logros y sé que me acompaña y apoya. A Rafael que me ha brindado apoyo en todos los sentidos y que sin duda se siente orgulloso de este nuevo logro.
- A mis hermanos por permitirme formar parte de ese equipo.
- A mis tutoras y asesoras Paulina, Livia y Raquel por su apoyo incondicional, siempre lleno de sabiduría, paciencia y cariño.

AGRADECIMIENTOS

- Mi agradecimiento al Instituto Superior de Estudios de Occidente por haberme abierto las puertas para realizar mis estudios y contar con nuevos conocimientos.
- A la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser mi segunda casa desde hace casi 30 años y a las autoridades de la Dirección General de Atención a la Salud.
- Dr. Germán Fajardo Dolci, Dr. Gabriel Rivero González, Dra. Sandra Lourdes Domínguez Lozano, Dr. Jonathan Alberto Valdespino Paredes
- Por su apoyo incondicional para realizar el presente trabajo de investigación.
- A la Facultad de Psicología de la UNAM, por su cobijo y apoyo de su valioso personal académico, en particular a la Dra. Paulina Arenas Landgrave, la Dra. Livia Sánchez Carrasco y a la Mtra. Olga Raquel Rivera Olmos, por sus valiosos comentarios y observaciones, siendo su participación la parte más importante para conseguir este logro académico, recibiendo siempre su apoyo incondicional, altruista, profesional y de mucho conocimiento, con mi reconocimiento y cariño.
- A las autoridades de ISEO por su apoyo, comprensión y ánimo en todo momento. Dr. Irving Javier Ortega González, Cap. de Alt. José Martín González Rodríguez, Dra. Cinthia Guadarrama Godínez y a mis maestros por compartir su conocimiento, apoyo y paciencia.

ÍNDICE GENERAL

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE.....	2
ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS.....	3
CONSTANCIA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE.....	4
PUBLICACIÓN DE TESIS DIGITAL REPOSITORIO INSTITUCIONAL.....	5
INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD	6
ÍNDICE GENERAL	9
ÍNDICE DE FIGURAS	15
RESUMEN	16
ABSTRACT	18
Introducción.....	20
Capítulo I. Planteamiento del problema	24
1.1 Antecedentes	24
1.1.1 La conducta suicida	24
1.1.2 Impacto económico del suicidio	27
1.1.3 Suicidio en población estudiantil universitaria	28
1.1.4 Suicidio y atención prehospitalaria	29
1.1.5 Abordaje del suicidio	33
1.2 Contexto	35

1.3 Definición del problema	37
1.3.1 Prevalencia y nivel de afectación	39
1.3.2 Distribución	39
1.3.3 Dimensiones de la investigación	40
1.3.4 Áreas geográficas y grupos de población afectados por el suicidio	40
1.3.5 Consideraciones étnicas y de género	40
1.3.6 Vulnerabilidad.....	40
1.3.7 Factibilidad	40
1.4 Objetivo general.....	41
1.5 Objetivos específicos	41
1.6 Justificación	41
1.7 Nuevos conocimientos que se generarán	42
1.8 Beneficios esperados.....	43
1.9 Limitaciones	44
1.10 Alcances	44
Capítulo II. Marco Teórico	46
2.1 Perspectivas en el abordaje del suicidio	46
2.1.1 Teorías del suicidio	48
2.1.2 Proceso Psíquico	49
2.1.3 Teorías psicológicas de primera y segunda generación	50

2.1.4 Abordaje desde la suicidología	52
2.1.5 Vulnerabilidad	53
2.1.6 El suicidio desde la perspectiva médica.....	54
2.1.7 El suicidio en el DSM-5	55
2.1.8 El suicidio en el CIE-11	57
2.2 Factores de Riesgo Suicida	58
2.2.1 Factores de riesgo OMS	59
2.2.2 Clasificación de los factores de riesgo y protección.....	60
2.2.3 Factores de riesgo DSM-5	67
2.3 Historia de la Atención Prehospitalaria	68
2.3.1 Antecedentes de la atención prehospitalaria en México	69
2.3.2 Atención prehospitalaria UNAM.....	70
2.3.3 El Técnico en Urgencias Médicas	71
2.3.4 Funciones y responsabilidades del TUM	71
2.3.5 Regulación del servicio de atención prehospitalaria.....	72
2.4 Principios de Atención al Paciente Suicida.....	74
2.4.1 Modelo de Ordenes de Riesgo Suicida ASQ MODORIS	75
2.4.2 Acción ante situaciones de emergencia Código 100	78
2.5 Factores de Riesgo y Suicidio en el Contexto Prehospitalario	82
Capítulo III. Método del protocolo de investigación	85

3.1 Líneas de investigación	85
3.2 Enfoque metodológico	85
3.3 Diseño metodológico	86
3.4 Población.....	88
3.5 Procedimiento de selección de la muestra	88
3.5.1 Inclusión	88
3.5.2 Exclusión	89
3.5.3 Eliminación	89
3.6 Participantes	89
3.7 Técnicas e Instrumentos empleados	91
3.8 Procedimiento de recolección de datos	92
3.9 Desarrollo de las 5 etapas de la investigación.....	93
3.9.1 Etapa 1. Selección del objeto de estudio	93
3.9.2 Etapa 2. El trabajo de campo.	93
3.9.3 Etapa 3. Análisis de la información	94
3.9.4 Etapa 4. Presentación de los resultados.....	94
3.9.5 Etapa 5. Análisis de la información conclusiones	94
3.10 Aspectos bioéticos	94
Capítulo IV. Análisis y discusión de resultados	98
4.1 Análisis de resultados	98

4.2 Discusión	121
Capítulo V. Conclusiones	128
5.1 Hallazgos	129
5.2 Recomendaciones	133
5.3 Investigaciones futuras.....	135
5.4 Limitaciones	136
5.5 Validez de la información.....	137
5.6 Conclusión general y reflexiones personales.....	138
REFERENCIAS.....	141
Apéndice A	153
Apéndice B	154
Apéndice C	154
Apéndice D	157
Apéndice E.....	158

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores de riesgo y de protección de la conducta suicida	50
Tabla 2. Personal de urgencias	69
Tabla 3. Equipo de investigación	80
Tabla 4. Descriptivos de la muestra	88
Tabla 5. Urgencias psicológicas atendidas por año	91
Tabla 6. Urgencias psicológicas atendidas por mes	94
Tabla 7. Factores de riesgo asociados a las urgencias psicológicas	96
Tabla 8. Nivel de riesgo suicida	102
Tabla 9. Intentos suicidas	108

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Densidad de probabilidad por edad y sexo	89
Figura 2. Promedio de edad por sexo	90
Figura 3. Estatus por año	92
Figura 4. Promedio de edad por año	93
Figura 5. Promedio de edad por mes	95
Figura 6. Frecuencia de antecedentes por sexo	97
Figura 7. Promedio de edad por antecedentes	98
Figura 8. Antecedentes por mes	99
Figura 9. Antecedentes por año	101
Figura 10. Nivel de riesgo suicida por sexo	103
Figura 11. Promedio de edad por nivel de riesgo suicida	104
Figura 12. Densidad de probabilidad por nivel de riesgo suicida y edad	105
Figura 13. Nivel de riesgo suicida por año	106
Figura 14. Nivel de riesgo suicida por mes	107
Figura 15. Densidad de probabilidad por intentos previos de suicidio y edad.	109
Figura 16. Proporción de intentos previos de suicidio por sexo	110
Figura 17. Frecuencia de referencia por nivel de riesgo	112

RESUMEN

Los servicios de atención de urgencias médicas prehospitalarias son áreas cruciales para reducir el riesgo inmediato de suicidio y para identificar los factores asociados. Se realizó un estudio epidemiológico de casos y controles, de corte cuantitativo, descriptivo y longitudinal, en la línea de investigación relacionada con las políticas públicas y salud mental del Instituto Superior de Estudios de Occidente, con el objetivo de identificar los factores de riesgo suicida en la población universitaria que presentó una urgencia psicológica. Se realizó una selección y análisis estadístico de las emergencias psicológicas atendidas por el área de urgencias médicas del campus de una universidad pública de México, considerando las bases de datos de atención prehospitalaria de los años 2018 a 2023. El 13% de las emergencias de salud atendidas fueron por urgencias psicológicas (946 personas), 66.4% de sexo femenino y 33.6% de sexo masculino, el promedio de edad fue de 31 años, 58.5% eran estudiantes, 30% empleados y 11% no tenía relación con la institución. El 13% de las urgencias psicológicas fueron por riesgo suicida y hubo 3 casos que consumaron el suicidio antes de que llegaran los servicios de emergencia. Tanto en los casos de riesgo como en los consumados, las personas presentaban algún factor de riesgo. En los antecedentes o factores de riesgo, se identificó que el 42.3% de los casos presentan problemas psicosociales, seguidos 290 casos con comorbilidades (30.7.3%), es decir, que tuvieron la presencia de dos o más padecimientos o condiciones simultáneas, físicas, psicosociales o mentales, incluyendo el consumo de sustancias. En tercer lugar se encuentran los

antecedentes médicos, seguidos de los psiquiátricos (8.7%), los cuales reflejan distintos trastornos que se atienden en las emergencias psicológicas, entre ellos los trastornos de personalidad, trastorno bipolar, trastorno de esquizofrenia, trastorno depresivo mayor, entre otros. Los antecedentes psicológicos se presentan mayoritariamente en las personas de sexo femenino y la conducta suicida se identifica más en el sexo masculino. Identificar los factores de riesgo en la población universitaria, permite implementar programas integrales de prevención, atención, referencia y posvención de las personas que presentan alguna conducta suicida.

ABSTRACT

Prehospital emergency medical services are critical areas for reducing the immediate risk of suicide and identifying associated factors. A quantitative, descriptive, and longitudinal epidemiological study of cases and controls was conducted in the research line related to public policies and mental health at the Instituto Superior de Estudios de Occidente, with the objective of identifying suicidal risk factors in the university population that presented a psychological emergency.

A selection and statistical analysis of psychological emergencies attended by the medical emergency area of a public university campus in Mexico were performed, considering the prehospital care databases from 2018 to 2023. 13% of the attended health emergencies were for psychological emergencies (946 people), 66.4% were female and 33.6% were male, with an average age of 31 years, 58.5% were students, 30% were employees, and 11% had no relation to the institution.

13% of the psychological emergencies were for suicidal risk, and there were 3 cases that consummated suicide before the emergency services arrived. In both risk and consummated cases, individuals presented some risk factor. In the background or risk factors, it was identified that 42.3% of the cases presented psychosocial problems, followed by 290 cases with comorbidities (30.7%), i.e., the presence of two or more simultaneous illnesses or conditions, physical, psychosocial, or mental, including substance consumption.

In third place, medical backgrounds were found, followed by psychiatric ones (8.7%), which reflect different disorders attended to in psychological emergencies, including personality disorders, bipolar disorder, schizophrenia disorder, major depressive disorder, among others. Psychological backgrounds are mostly presented in females, and suicidal behavior is identified more in males.

Identifying risk factors in the university population allows for the implementation of comprehensive prevention, attention, referral, and post-vention programs for individuals presenting suicidal behavior.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de salud pública que afecta gravemente a los individuos, a las familias y a las comunidades (Organización Panamericana de la Salud, 2024). Cada año, más de 720 000 personas en el mundo se quitan la vida tras numerosos intentos de suicidio, lo que corresponde a una muerte cada 40 segundos, principalmente de personas entre los 15 a 29 años de edad, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2024). En México, se registraron 6 mil 710 suicidios en el 2018, con una tasa de 5.4 suicidios por cada 100 mil habitantes. Esta cifra refleja un incremento continuo del 16% en la tasa de incidencia que se ha mantenido entre la población durante los últimos diez años, ya que del 2010 al 2013 pasó de 4.3 a 5.0 y del 2013 al 2019 aumentó de 5.0 a 5.7 (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2020).

En 2022 la Organización Mundial de la Salud clasificó al acto suicida como la tercera causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. En estudiantes que cursan la educación universitaria se considera la segunda causa de muerte (El Colegio Nacional, 2023; Schimansk et al., 2024).

Bañuelos et al. (2024) señalan que en la población joven carecer de apoyo social aumentó 2.4, 2.7, y 3.6 veces el riesgo de ideación suicida, intento suicida y riesgo suicida respectivamente; y que el incremento en el estrés percibido aumentó 5.6, 3.1 y 6.4 veces el riesgo de ideación, intento y riesgo suicida. De acuerdo con sus hallazgos, el estrés percibido y la falta de apoyo social fueron predictores de conductas suicidas para ambos géneros, en los estados en los que se realizó el estudio.

La detección de los factores de riesgo suicida al momento de presentar una urgencia psicológica, es de primordial importancia en esta población, ya que permite a los servicios médicos de urgencias hacer una buena valoración, realizar una intervención acertada y llevar a cabo la referencia a otros servicios de salud pertinentes. De esta forma, el Servicio de Atención de Urgencias Médicas Prehospitalarias concentra información clave sobre factores de riesgo suicida y los detonantes. En este sentido, la detección temprana del riesgo suicida, así como la atención oportuna, el abordaje y trato específico en el ámbito de los servicios de urgencias, representan factores de protección (Cully et al., 2023, Pacheco, 2016; Triana, 2018).

En los registros del área de atención prehospitalaria de los servicios de salud de una universidad pública de México, se detectó un aumento en las atenciones por urgencias psicológicas, psiquiátricas y del comportamiento en el periodo de 2018 a 2023, y que esta tendencia continuó hasta convertirse en el tercer motivo de atención en los servicios de urgencias de las ambulancias de la institución. En el periodo señalado, se presentaron tres suicidios por parte de estudiantes, los cuales se consumaron antes de la llegada de los servicios de emergencia, lo que denota la imperante necesidad de identificar de forma oportuna los factores de riesgo asociados a la conducta suicida. Por ello, el objetivo de la presente investigación fue identificar los factores de riesgo suicida en la población universitaria que presentó una crisis psicológica y fue atendida por el servicio de Atención Prehospitalaria, en el periodo comprendido entre 2018 y 2023.

En el capítulo uno, se presenta el planteamiento del problema, se define la conducta suicida así como su impacto en distintas áreas como la económica.

Se describe la problemática del suicidio en la población estudiantil universitaria y los hallazgos en la atención prehospitalaria. Asimismo, se explica cómo es el abordaje de las personas que presentan conductas suicidas.

En el capítulo también se brindan datos del contexto de la investigación, y se define el problema, presentando la prevalencia, distribución y dimensiones de la investigación, los objetivos, la justificación y los beneficios, alcances y limitaciones.

El capítulo 2 contiene los aspectos teóricos iniciando por las teorías del suicidio, brinda una revisión de los abordajes en las distintas áreas de conocimiento y presenta las teorías psicológicas del suicidio de primera y segunda generación, el abordaje desde la suicidología y la vulnerabilidad. Se hace énfasis en la perspectiva médica y se describen los criterios del DSM-5-TR y de la Clasificación Internacional de Enfermedades 11, se abordan los factores de riesgo desde distintas posturas clínicas.

De la misma forma, se abordan la historia y los antecedentes de la Atención Prehospitalaria en México y en la Universidad, así como la regulación de los servicios, los principios de atención al paciente suicida, el modelo de órdenes de riesgo suicida, la acción ante situaciones de emergencia.

El capítulo 3, abarca el protocolo de investigación. el enfoque metodológico y el diseño de investigación, la población, el procedimiento de selección de la muestra, los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, participantes del equipo de investigación, técnicas e instrumentos empleados, el procedimiento de recolección de datos y el desarrollo de las cinco etapas de investigación.

En el capítulo 4 se presenta el análisis de resultados de forma gráfica y la discusión de los mismos.

El capítulo 5 expone las conclusiones a la luz de los objetivos planteados, los hallazgos y las recomendaciones del trabajo, las investigaciones futuras, las limitaciones, la validez de la investigación y la conclusión general junto con las reflexiones personales.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes

1.1.1 La conducta suicida

El suicidio se ha definido como: *“el acto deliberado por el que el sujeto se causa la muerte con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal”*, en ese sentido la conducta relacionada al suicidio se da como una acción difícil de entender ya que *“...no siempre está presente el deseo firme y determinante de la persona de querer terminar con su vida”* (Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2022).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha documentado que cada año se suicidan cerca de 720 mil personas en el mundo. Las regiones que concentran el mayor número de suicidios a nivel global son África, Europa y Asia, seguidas de América, mientras que en las regiones del Pacífico Oeste y Mediterráneo del Este, se reflejan las tasas más bajas. De manera coincidente, se observa que el 77% del total de suicidios en el mundo, ocurrieron en los países de ingresos bajos y medianos durante el 2019 (Organización Mundial de la Salud, 2024).

Si bien desde el año 2000 hay una tendencia internacional decreciente, la Organización Panamericana de la Salud destaca que los índices de suicidio se incrementan cada año en el continente americano, y que en el periodo del 2000 al 2019 la tasa estandarizada de suicidio por edad aumentó en 17% (Organización Panamericana de la Salud, 2024). La región andina presenta la tasa más baja de 3.9 suicidios por cada 100 mil habitantes, mientras que la región de América del Norte presenta la tasa más alta con 14.1 por cada cien mil personas (Organización de las Naciones Unidas, 2024; Organización Panamericana de la Salud, 2019). Las

estimaciones de organismos de salud internacionales señalan que hay una muerte por suicidio cada 40 segundos a nivel mundial y que por cada suicidio cometido, existen veinte personas que tuvieron un intento (Suprema Corte de Justicia, 2021). Se ha sustentado que uno de los factores de riesgo más importantes para consumir el suicidio, es haber tenido un intento suicida en la historia personal. La Organización Mundial de la Salud deja en claro que, todos los casos de suicidio afectan de diferentes formas en todos los ámbitos a las familias, comunidad y países, además que las consecuencias del suicidio prevalecen un periodo largo de tiempo en las personas cercanas a la persona que se quito la vida. Subraya, que esta conducta no se da en un tiempo establecido, sino, que puede suceder en cualquier momento de la vida, y que se presenta con más frecuencia en la adolescencia, en la población de adultos jóvenes y en la de adultos mayores. El suicidio se ha ido convirtiendo en un problema de salud pública, debido a su alta prevalencia, las afectaciones a la calidad de vida, los impactos sociales, económicos y por la incidencia de los factores de riesgo que lo generan. La OMS reconoce que este suceso es el responsable de cerca de la mitad de las muertes violentas, lo cuál deja ver la importancia de conocer y atender los factores de riesgo, permitiendo prevenir la conducta suicida o la oportunidad de realizar una valoración e intervención de una manera precisa cuando aparezca este fenómeno. También ha registrado que la muerte por suicidio es el tercer motivo por el que pierden la vida los jóvenes entre los 15 a 29 años, siendo la mayoría de estos decesos por suicidios (73%), y que los métodos para morir por suicidio más utilizados son: ahorcamiento, ingestión de plaguicidas y disparo por armas de fuego. Asimismo, destaca que las tasas de suicidio más elevadas se encuentran en los grupos de personas en

condiciones vulnerables como quienes se encuatan refugiadas, en condiciones de migración o de desplazamiento, personas que viven discriminación por su origen étnico, por pertenecer a la comunidad LGBTQ+ o por alguna otra condición, personas privadas de la libertad y en condiciones de pobreza y explotación, ya que pueden ser víctimas de distintas violencias.

Dentro de los factores de riesgo de suicidio se encuentran los trastornos mentales, en particular la depresión, sin embargo, puede verse en combinación con otros factores como los trastornos de la personalidad, la esquizofrenia y trastorno bipolar, entre otros (Organización Mundial de la Salud, 2024).

Asimismo, dicho organismo ha registrado que en los países de altos ingresos, muchos de los suicidios se realizan impulsivamente. Esto suele suceder en situaciones de crisis que desbordan a las personas, mermando su capacidad para enfrentar sus actividades de la vida diaria y los problemas que con ello vienen, ya sean de tipo económico como presiones de varios tipos, así como dolores físicos y enfermedades crónicas, los cuales se exacerban cuando se tiene baja tolerancia a la frustración. Por otro lado, existen circunstancias como: los conflictos bélicos, las catástrofes, los actos violentos, los abusos, la pérdida de seres queridos y la sensación de aislamiento, que por sí mismos o en combinación pueden generar conductas suicidas independientemente del nivel de desarrollo económico que se tenga en los países (Organización Mundial de la Salud, 2024).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2024), de 794,739 muertes que hubo en México en el año 2023, 8,351 fueron por lesiones autoinfligidas, lo que representa 6.8 suicidios por cada 100 mil habitantes. Las cifras del Instituto indican que la tendencia del suicidio va en aumento. En el caso de los

hombres, el riesgo de suicidio se incrementó de 8.2% en 2013 a 11.4% por cada 100 mil habitantes en el 2023, mientras que en las mujeres esta cifra pasó de 1.8% en 2013 a 2.5% en 2023, siendo la décimo novena causa de muerte a nivel nacional. Por otro lado, el mismo instituto refiere que hubo un aumento de suicidios ya que se registraron 8,837 suicidios en 2023, de los cuales 81.1% correspondió a hombres el resto a personas de sexo femenino. La mayoría de los casos se dio en personas de 40 años cercano al 66%, mostrando un incremento en los últimos dos años, pasando de 8,447 en el año 2021 a 8,837 en el 2023, registrando un aumento de 390 casos (Instituto Nacional de Geografía e Historia, 2023).

1.1.2 Impacto económico del suicidio

En nuestro país, como en otros países, los suicidios representan un reto para los sistemas de salud pública, ya que afectan a toda la población, en particular a la familia por el alto impacto económico que genera (Organización Mundial de la Salud, 2024).

En un estudio que analiza el impacto económico por muertes violentas en México se incluye al suicidio en esta categoría, dado que no ocurre de manera natural ni existe un proceso degenerativo en la salud en las personas, sino que se presenta una muerte súbita, a través de un suceso externo privativo de la vida. Las pérdidas económicas generadas por la muerte de las personas en edad productiva, incluyendo la pérdida de los ingresos laborales de la persona que murió, representan una falta de ingresos de 107 mil millones de pesos al año, lo que, sumado a las otras muertes violentas se eleva a 1.2 billones de pesos. Además, se generan gastos de hospitalización, honorarios médicos, medicamentos, rehabilitación, servicios funerarios, entre otros, (Velez Echegaray et. al, 2024).

1.1.3 Suicidio en población estudiantil universitaria

Aunque la muerte por suicidio es prevenible mediante intervenciones oportunas basadas en la evidencia (Organización Mundial de la Salud, 2024; Rojas Flores, 2010), En 2022 la Organización Mundial de la Salud clasificó al acto suicida como la tercera causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. En estudiantes que cursan la educación universitaria se considera la segunda causa de muerte (El Colegio Nacional, 2023; Schimansk et al., 2024).

Antes de realizar el intento suicida o consumir el suicidio, los jóvenes pasan por varias etapas en las que muestran conductas suicidas, como regalar sus objetos personales, despedirse de las personas más importantes para ellos, encargar a sus mascotas, muestran su desesperanza, adquieren objetos o materiales para llevar a cabo el acto. Las ideas suicidas ya están presentes y un porcentaje considerable ya tiene planes sobre cómo suicidarse e incluso ya lo han intentado (Cañón Buitrago & Carmona Parra, 2018).

En un estudio con 1,147 estudiantes universitarios de la región Centro-Norte de México, se encontró que el 62% mostró ideación suicida, 14.9% intento suicida, y 18.3% riesgo suicida. La edad promedio fue de 20.2 años y el género femenino representó el 82.2%. Los investigadores encontraron que el consumo de alcohol aumentó 1.7 veces el riesgo suicida. Otros hallazgos fueron que no contar con apoyo social aumentó 2.4 veces la ideación suicida, 2.7 el intento y 3.6 el riesgo suicida. El estrés percibido aumentó 5.6% la ideación, 3.1% los intentos y 6.4 veces el riesgo suicida. Los autores destacan que el estrés percibido y la falta de apoyo social son predictores de la conducta suicida para ambos géneros y para los

Estados en los que se realizó el estudio: Nuevo León, Durango, Sonora y Zacatecas (Bañuelos et al, 2024).

Vivir con altos niveles de estrés es un factor psicológico que aumenta la probabilidad de que se presente la conducta suicida (Baca & Aroca, 2014). En los estudiantes universitarios, los niveles tienden a ser más altos ya que algunos todavía son adolescentes, pero tienen que hacer frente a la complejidad y la responsabilidad de sus estudios universitarios, incluido un número excesivo de tareas (Palate Caisa & Vásquez de la Bandera, 2023).

Bañuelos et al. (2024) destacan que altos niveles de estrés en la población estudiantil, la asociación existente entre los niveles de estrés y la conducta suicida y la combinación de varios factores como la conducta adictiva, estrés y disfunción familiar, aumentan la conducta suicida (ideación, planeación e intentos suicidas) lo que podría conducir al suicidio consumado en estudiantes universitarios. Por lo tanto, es esencial que los servicios de salud investiguen e identifiquen la prevalencia de dichos factores, así como problemas de salud mental en esta población.

Durante la última década se han observado tendencias crecientes en las conductas relacionadas con el suicidio en la población universitaria a nivel internacional (Barclay et al, 2023) por lo que es imperante continuar con estas investigaciones.

1.1.4 Suicidio y atención prehospitalaria

Si bien hay escasas investigaciones entorno a los factores de riesgo suicidas en el servicio de atención prehospitalaria en nuestro país, sí existen investigaciones desde la perspectiva médica, establecidas en diversos ámbitos de atención hospitalaria en otros países latinoamericanos como Colombia, Perú y Brasil (Casas-

Muñoz et al., 2024; Chacón, 2021; Híjar-Medina et al., 1997; Pacheco, 2016; Quenguan, 2016; Solano, 2022; Teopanta, 2022; Triana, 2018; Varelas, 2022).

En la atención prehospitalaria a nivel internacional, se ha documentado que, la conducta suicida puede presentarse en diferentes grados de severidad, que van desde la ideación, planeación, la tentativa de suicidio y el suicidio consumado. Esta conducta puede ser generada por múltiples causas y detonada por diversas situaciones que se convierten en eventos desencadenantes (Secretaría de Salud, 2022).

Los factores de riesgo pueden incluir las carencias en el sistema de salud, problemas sociales, relacionales y personales. Estos son factores que generalmente se suman a otros y en conjunto aumentan la disposición a la conducta suicida (Casas-Muñoz et al., 2024).

Los hallazgos de la conducta suicida en el ámbito de la medicina prehospitalaria (APH), la cual es una subespecialidad de la medicina de emergencias y desastres (Teopanta 2022), contribuyen a conformar una visión global de este fenómeno cuya comprensión requiere de las perspectivas que aportan distintas áreas de conocimiento, lo que posibilita realizar actuaciones preventivas (Pacheco, 2011).

Se ha identificado que el suicidio es más frecuente en personas con problemas de salud mental (Híjar-Medina, López-López & Blanco-Muñoz, 1997) donde, las emergencias en atención prehospitalaria representan un número elevado de casos, siendo identificados los factores de riesgo en las personas atendidas por el personal del servicio de urgencias (Pacheco, 2016). por lo que es necesario que el personal que actúa como primer respondiente, esté preparado ante los posibles riesgos a los cuales están expuestos los pacientes que cursan con enfermedades psiquiátricas,

con la finalidad de que puedan brindar una atención oportuna y adecuada (Solano, 2022; Varelas, 2022).

Triana (2018) describe los trastornos mentales como una perturbación psicológica y conductual, que puede involucrar signos y síntomas con problemas de memoria, alteraciones cognitivas, errores de juicio y conducta, heteroagresividad, alteraciones en la sensopercepción. En los servicios de urgencias médicas la atención de estos pacientes representa un reto importante por la valoración, intervención, el cuidado y referencia de estos pacientes.

De acuerdo con Teopanta (2022), la atención de pacientes con enfermedades psiquiátricas a nivel prehospitalario, se refiere a las acciones y decisiones que se toman para prevenir la muerte o cualquier discapacidad futura de un paciente con una condición clínica que pone en riesgo su vida de manera súbita, debida a la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Betz y Bondreaux (2016) señalan que los pacientes que presentan un alto o inminente riesgo suicida requieren de atención psiquiátrica con cuidado continuo en un centro hospitalario de manera voluntaria para cuidar su integridad durante la crisis. En tales casos, el internamiento debe alinearse con los objetivos de la atención colaborativa centrada en el paciente, siguiendo los protocolos y la normatividad en materia de salud (Secretaría de Salud, 2013). Los pacientes cuyo riesgo de suicidio bajo, pueden tratarse como pacientes en un centro de salud sin requerir un vehículo de emergencia. Estos pacientes pueden ser atendidos y referir a su servicio médico con su familiar o persona de su confianza para su atención y seguimiento, con el cuidado de que no se tenga acceso a objetos, armas, o medicamentos. Manteniendo y brindando medios de contacto de ayuda a través de

líneas telefónicas de emergencia y otras vías de comunicación con los servicios de atención en crisis. Esto, parece disminuir los intentos de suicidio y las muertes, por lo tanto, es necesario que a todos los pacientes se les proporcione el número de la Línea de la Vida.

La identificación de los factores de riesgo asociados a las autolesiones y de los grupos de riesgo, favorecen las intervenciones que ayuden a la solución del problema, a través de poner en marcha actividades psicoeducativas, terapéuticos y de autoayuda, además de la actualización del personal y de los procedimientos en los servicios de urgencias, que permitan una atención eficaz y oportuna, así como el recabar información de manera sistemática, de detección del riesgo suicida en poblaciones especialmente vulnerables (Híjar-Medina, López-López & Blanco-Muñoz, 1997; Pacheco, 2016; Quenguan, 2016).

Si bien las personas que identifican las crisis emocionales suelen ser los agentes comunitarios y también serán quienes llamen solicitando ayuda del personal de las centrales de emergencias, los servicios de urgencias médicas son cruciales para estabilizar a la persona que cursa por una crisis y en caso de que haya lesiones, brindar contención e intervención, para posteriormente contactar al personal de salud mental especializado en la atención prehospitalaria, para la valoración del riesgo y referencia del paciente en casos de riesgo bajo, o del traslado oportuno cuando el nivel de riesgo sea alto o inminente, para el ingreso hospitalario.

La Secretaría de Salud, a través de la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, incluye dentro de las funciones de los servicios de urgencias médicas la identificación y manejo de problemas médico-clínicos como las urgencias conductuales y considera en las etapas del proceso operativo de atención médica

prehospitalaria el manejo de estrés y la intervención en crisis (Secretaría de Salud, 2013). El desempeño de estas funciones conlleva la necesidad de valorar y monitorear los factores de riesgo psicosocial para favorecer el bienestar del personal de esta área (Calvo, 2020) así como la importancia de recibir capacitación continua (López-Bárcena & González de Cossío, 2005), con el fin de fortalecer las estrategias para el manejo y la primera atención de la conducta suicida en el ámbito prehospitalario.

1.1.5 Abordaje del suicidio

En cuanto al tratamiento de pacientes con conductas suicidas, Solano (2022) destaca la necesidad de implementar y aplicar los primeros auxilios psicológicos en aquellas personas que presentan conductas suicidas, así como la importancia de identificar los factores de riesgo y los detonantes de esta conducta. También, sugiere realizar una intervención profesional no invasiva, generando un ambiente donde la persona se pueda sentir escuchada, validada y en confianza.

Teopanta (2022) destaca que el manejo del paciente psiquiátrico en el ámbito prehospitalario debe ser oportuno e inmediato y resalta la importancia de tener personal perfectamente capacitado para distinguir los diferentes tipos de trastornos mentales, ya que, tratar a un paciente con antecedentes psiquiátricos requiere crear de un ambiente de confianza para poder manejar la situación de la mejor manera.

Otro aspecto necesario para el abordaje del suicidio es identificar el perfil del paciente, ya que, *“... permite conocer en mayor medida, los factores de riesgo de la conducta suicida y poder establecer acciones preventivas en un futuro”* Pacheco (2011).

En el caso de pacientes psiquiátricos es necesario que se cuente con una guía de atención, dado que existe evidencia que hay poca capacitación en el área de salud mental del personal de las instituciones que brindan el servicio de atención prehospitalaria, así como desinformación acerca del tratamiento de la población con trastornos mentales como una vulnerabilidad para el paciente y su familia (Varelas, 2022). De manera coincidente, Quenguan (2016), propone una guía de atención para este tipo de pacientes en el ámbito prehospitalarios y subraya la falta de capacitación del personal de salud en la intervención psicosocial, además de la necesidad de ser capacitados para una intervención más humanitaria.

Las investigaciones del suicidio en el servicio prehospitalario muestran que la población participante presenta un alto riesgo de repetir la conducta y que la sensibilización y capacitación del personal del servicio médico de urgencias y la detección temprana del riesgo suicida, son factores protectores (Pacheco, 2016). Triana (2018) describe la importancia del abordaje, trato adecuado y consistente al paciente con algún trastorno mental, en los diversos escenarios en que se presentan las emergencias psiquiátricas o psicológicas, para su atención y manejo eficiente.

Un aspecto que se señala de manera frecuente en los estudios sobre la atención del paciente suicida, es el papel que tiene el personal de salud. En ese sentido, se ha encontrado que el ámbito laboral del personal de atención prehospitalaria es muy importante, ya que el personal de salud puede ser un factor de riesgo para el paciente si no se encuentra bien capacitado y en buenas condiciones de salud física y mental (Calvo, 2020).

El abordaje, manejo y atención del paciente con riesgo suicida en el área prehospitalaria, muestra una complejidad diferente a la que se presenta en los

hospitales y centros de atención médica en donde hay un ambiente controlado y adecuado para la atención en salud, ya que en los primeros se aborda la complejidad de la crisis in situ.

Arenas-Landgrave et al. (2023) destacan que en este proceso es indispensable “...estructurar, organizar y coordinar la atención a las personas con riesgo de suicidio desde la comunidad hasta la red de servicios de salud públicos de los tres niveles de atención, a partir de la identificación de la condición de riesgo (factores de riesgo y de protección); y de la implementación de intervenciones específicas con base en la valoración del nivel de riesgo”, por lo que proponen el Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio (MODORIS). En este modelo, se propone el ordenamiento de los servicios específicos para la atención a las personas con comportamiento suicida en función de su inminencia o letalidad. El modelo define un episodio agudo cuando los pacientes tienen niveles de agitación elevados, deseos de morir, además de tener a la mano los medios para lesionarse y poco apoyo en sus redes familiar y social. Este tipo de conductas requieren una atención inmediata por los servicios de urgencias.

1.2 Contexto

El contexto de la investigación se da en el ámbito de una universidad pública, laica y gratuita de la Ciudad de México, cuya matrícula estudiantil se estima en 373,682 alumnos y comprende desde la iniciación universitaria hasta el posgrado, así mismo cuenta con 42,615 académicos y 27,000 empleados, además de varias personas visitantes o en tránsito que se encuentran dentro del campus universitario. La universidad proporciona a todas estas personas diversos servicios, entre ellos los

servicios médicos de urgencias (Universidad Nacional Autónoma de México, 2022 a y b).

Como se mencionó anteriormente, el suicidio es una problemática que afecta sensiblemente a la población estudiantil debido a la etapa de desarrollo en la que se encuentran.

En cada etapa de la vida se tienen diversos cambios como parte del crecimiento, sin embargo algunos de éstos suceden de manera repentina, lo que puede generar problemas en la adaptación de la persona a su entorno. En la adolescencia, y aún en la juventud, se presentan cambios en diversas áreas y problemas (del desarrollo, de la vida diaria, etc.) cuyo afrontamiento se complica debido a la inexperiencia e inmadurez para resolverlos. Estas experiencias suelen ser difíciles de afrontar cuando no se tienen las condiciones ni los recursos para hacerlo, como el apoyo de las personas significativas. También, existen otros factores que ejercen presión en las personas jóvenes, influyendo negativamente en la toma de decisiones, llevándolas a tener diversos conflictos y respuestas no asertivas, por ejemplo: problemas escolares, con sus pares, la pareja, familiares, pérdidas, falta de inclusión social, aislamiento, respuestas emocionales diversas, entre otras.

En México, la población estudiantil en el nivel medio superior se encuentra entre los 15 y 17 años, y en el nivel superior entre los 18 y 23 años de edad (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2022).

La población estudiantil junto al resto de la comunidad tienen acceso al servicio de atención prehospitalaria (APH) que es un servicio de salud complementario, que acude a los llamados de auxilio por alguna urgencia médica y/o psicológica, donde se brinda la atención *in situ*.

Durante el periodo del 2018 a 2023, el servicio de atención prehospitalaria (APH) atendió 18,694 servicios de urgencia, de los cuales cerca del 10% correspondió a activaciones relacionadas con eventos de salud mental como: crisis de ansiedad, brotes psicóticos, depresión, intentos suicidas, crisis de pánico, esquizofrenia y trastorno bipolar (Universidad Nacional Autónoma de México, 2022 b).

Una emergencia implica la pérdida o amenaza de la vida o a la propiedad, la cuál perturba a la persona y a la comunidad que enfrenta un evento adverso, por lo que recibir asistencia médica inmediata puede salvar su vida y evitar la aparición de síntomas psicológicos, como indefensión e inestabilidad emocional.

La atención a las emergencias psicológicas y particularmente a la conducta suicida requiere contar con personal especializado y un programa de prevención y atención del suicidio en la población universitaria, incorporando y actualizando los protocolos, capacitando al personal del servicio de urgencias y atención prehospitalaria en primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis, Código 100, MODORIS y Triage psicológico (Arenas-Landgrave et al., 2023; Molina, 2022).

Los datos del estudio se obtuvieron del servicio de atención prehospitalaria en un periodo de 6 años, aportando un panorama de los problemas de salud mental en el campus universitario.

1.3 Definición del problema

Como se ha descrito, el suicidio es un problema grave de salud pública que va en aumento (Organización Mundial de la Salud, 2024; Organización Panamericana de la Salud, 2022), y que es poco atendido debido a que está rodeado de “*estigmas, mitos y tabúes*” que afecta no solo a las personas y a sus familias, sino también a la comunidad en la que se presenta

Dado que el suicidio en jóvenes en el rango de 15 a 29 años de edad, representa la tercera causa de muerte (Organización Mundial de la Salud, 2024), es imperante realizar acciones de prevención para esta población, particularmente en el contexto universitario ya que es la edad en la que se encuentra la mayor parte de la población estudiantil.

En marzo de 2020, en México se declaró la emergencia sanitaria por COVID-19, una vez que había sido declarada por la Organización Mundial de la Salud. La población se resguardo en sus domicilios, donde se presentaron diversos retos para hacer frente a esta emergencia, en todos los niveles de la vida (capacidades físicas y mentales), *“enfrentando las condiciones de cohesión, desestructuración de la familia o círculo social cercano, hasta las capacidades de respuesta de la sociedad y del estado para la atención en salud mental”* (Arenas & Malo 2020). Durante el tiempo de la pandemia. El miedo y la ansiedad destacaban ya que no se deseaba el contagio del virus y la atención en los hospitales, porque se consideraba como una muerte inminente el ingreso a los centros de salud y la intubación era sinónimo de muerte; además, de la falta del suministro de oxígeno y equipo de protección. .

A partir que la Organización Mundial de la Salud declaró la pandemia por COVID-19 en marzo de 2020, las personas experimentaron pérdidas, duelos, ansiedad y estrés, debido a las condiciones difíciles de salud que se generó, alterando la vida familiar, laboral, económica y en los espacios públicos así como la incertidumbre que generaba el desconocimiento de la enfermedad, aunado al confinamiento establecido, situaciones que se sumaron a los factores de riesgo suicida ya existentes y lo incrementaron (Hernández-Cortina et al., 2022). El

ambiente universitario no fue la excepción ya que al igual que la población en general, se vió afectada en sus actividades y en su personal.

Estos factores incrementaron las atenciones por crisis de ansiedad en el servicio de atención prehospitalaria, por lo que se vuelve relevante conocer el comportamiento de estos factores en el tiempo, con el objetivo de identificar los detonantes de la conducta suicida en éste servicio.

1.3.1 Prevalencia y nivel de afectación

La Organización Panamericana de la Salud (2024) registró que el 79.4% de las 100,933 muertes por suicidio en 2021 en el continente americano ocurrió en hombres. En México este dato es mayor en hombres jóvenes menores de 40 años, ya que representa el 81.1 % de los 8, 837 suicidios registrados en 2023, en contraste con las muertes por suicido en mujeres que se contabilizan en 18.9 % (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2024).

1.3.2 Distribución

De acuerdo con las estadísticas del INEGI (2024), la tasa nacional de suicidios promedio es de 6.8 por cada cien mil habitantes. Los estados con mayor índice de suicidio en 2023 fueron Chihuahua, Yucatán, Campeche y Aguascalientes, mientras que Guerrero, Ciudad de México y Veracruz fueron las entidades con menos muertes por suicidio.

En la Ciudad de México la tasa de suicidios es de 3.4 (Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones de la CDMX, 2024) lo que corresponde a 400 casos anuales: 305 fueron cometidos por hombres y 95 por mujeres (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2023).

1.3.3 Dimensiones de la investigación

El proyecto de investigación abarca el total de pacientes con problemas psicológicos y de trastornos mentales que se han atendido en el periodo de 2018 a 2023 en el área de atención prehospitalaria de los servicios médicos de una universidad pública de la Ciudad de México, para identificar los factores de riesgo suicida en dicha población.

1.3.4 Áreas geográficas y grupos de población afectados por el suicidio

La investigación se centrará en el campus principal de la universidad y abarcará al total de la comunidad universitaria (estudiantes, trabajadores y personas que visitan o van de paso).

1.3.5 Consideraciones étnicas y de género

En concordancia con los antecedentes y con las investigaciones previas, el estudio hará énfasis en la perspectiva de género. No se cuenta con registros del origen étnico.

1.3.6 Vulnerabilidad

Se ha evidenciado que la población joven tiene un alto grado de vulnerabilidad a conducta suicida y en particular en la población universitaria, por lo que el estudio cobra mayor importancia.

1.3.7 Factibilidad

El proyecto de investigación es viable ya que se tiene acceso a los datos generados en el servicio de atención prehospitalaria y cuenta con la autorización de las autoridades competentes para llevar a cabo el proyecto.

1.4 Objetivo general

Identificar los factores de riesgo suicida en personas universitarias atendidas por el servicio de Atención Prehospitalaria de los Servicios Médicos de una universidad pública de la Ciudad de México en el periodo comprendido de 2018 a 2023.

1.5 Objetivos específicos

1. Identificar los factores de enfermedad mental asociados al riesgo suicida.
2. Identificar los factores psicosociales asociados al riesgo suicida.
3. Identificar la relevancia del género en la conducta suicida.

1.6 Justificación

El presente trabajo aborda la relación entre los factores de riesgo suicida que presentan personas universitarias que cursan por una crisis psiquiátrica o psicológica atendidas por el servicio de atención prehospitalaria lo que permitirá obtener información de un área poco explorada. Este tema explora una problemática de salud pública de primer orden, que no es ajena a la realidad social y que requiere atención prioritaria debido al alarmante aumento de casos de suicidio en los últimos tres años, de acuerdo con organismos nacionales e internacionales.

Los casos de suicidio en México se han incrementado desde el 2016, de acuerdo con el INEGI (Instituto Nacional de Geografía y Estadística, 2022). En ese año se registraron 6,300 casos, los cuales aumentaron a 6,559 en 2017, lo que representó un incremento de 249 casos. En 2019, las cifras se elevaron a 7,223, y para 2020 sumaron 7,896 casos. Para el 2023, el número de suicidios llegó a 8,837 casos.

Casi la mitad de las personas que cometen suicidio son jóvenes de entre 14 a 29 años, por ejemplo, en el 2020, el total de suicidios fue de 7,896 de los cuales

2,293 tenían de 20 a 29 años y 1,260 tenían entre 14 y 19 años se estima que para el año 2029 sea la segunda causa de mortalidad juvenil (Guzmán Aguilar & Nuñez, 2022), por lo que es imperante profundizar en la comprensión del fenómeno en la población universitaria cuyo ingreso al nivel de Iniciación es alrededor de los 11 años, al bachillerato a los 15 años y a los 17 a la licenciatura. Cabe señalar que en el nivel de educación superior, el alumnado se encuentra en el periodo de edad más productivo (Instituto Nacional de Geografía y Estadística, 2020), por lo que la problemática no solo se centra en el ámbito de la salud, sino, también en el laboral y económico.

1.7 Nuevos conocimientos que se generarán

A raíz del aumento de casos de intentos suicidas y la necesidad de conocer a fondo la problemática la presente investigación parte de un abordaje retrospectivo, analítico y exploratorio en la atención prehospitalaria, para identificar los factores de riesgo suicida y la relevancia de los antecedentes previos a la conducta, los cuales influyen en el individuo para cometer conductas autolesivas, y que son determinantes para que se tome la decisión de pensar, planear, intentar y consumir un suicidio, lo cual favorecerá la comprensión global del fenómeno.

Dado que hay escasas investigaciones acerca del suicidio en la atención prehospitalaria, se busca aportar datos que permitan visualizar esta conducta y su relación con la enfermedad mental y los problemas psicosociales, los cuales se han se llegan a encontrar en combinación en otros espacios de atención. Por lo tanto, se busca aportar información para mejorar las estrategias de prevención, atención, referencia y posvención de la conducta suicida, en el servicio prehospitalario,

haciendo énfasis en la atención a las crisis psicológicas dentro del servicio y favoreciendo nuevas investigaciones.

1.8 Beneficios esperados

Se pretende identificar los factores de riesgo asociados a la conducta suicida y los detonantes que precipitan dicha conducta, para plantear protocolos de atención, fortalecer los programas de prevención e intervención, capacitar al personal de primera respuesta y paramédico para brindar una atención centrada en la prevención de la pérdida de vidas e impulsar la profesionalización en salud mental sustentar la necesidad de contar con personal especializado en salud mental y psicología de las emergencias para proporcionar una atención centrada en la intervención en crisis y conductas de riesgo con la finalidad de disminuir el número de muertes de la comunidad universitaria por suicidio y disminuir o reducir los riesgos latentes de suicidio.

El análisis de esta información permitirá identificar si existe una interacción entre los diferentes variables en personas tratadas en el servicio de urgencias médicas prehospitalarias y cómo interactúan en la población que presenta este tipo de crisis, con la finalidad de proporcionar seguimiento, rehabilitación psicosocial y reintegrando de la persona a sus actividades en la comunidad.

Otro beneficio será enriquecer la entrevista y otros instrumentos para la valoración del riesgo suicida.

Así mismo, proporcionar información a las áreas de investigación y las encargadas de elaborar proyectos para la promoción de la salud y la prevención del riesgo suicida, y generar nuevas líneas de investigación.

1.9 Limitaciones

Algunas de las limitaciones con las que pudieran encontrarse en el presente trabajo de investigación, pueden ser los siguientes:

- Que la información recabada de las hojas de servicio y colocada en el banco de datos de atención prehospitalaria no estén completos porque los pacientes fueron reportados por las lesiones causadas (urgencia médica y no psicológica) en el intento suicida y no como conducta de riesgo suicida o con enfermedad mental, ya sea porque el paciente se encontraba inconsciente, porque la información que brindan los testigos sea inexacta sobre la causa de las lesiones o porque el personal del servicio se centra en atender la urgencia médica sin indagar su origen.
- Solo se cuenta con información a partir del 2018 y no se tiene acceso a información previa.
- Que no se tenga el registro de todas las urgencias médicas y psicológicas porque se acude a otros servicios de salud y no se solicita el servicio de atención prehospitalaria.

1.10 Alcances

El presente estudio permitirá identificar, desde la atención prehospitalaria, en una población universitaria:

- Los factores de riesgo y detonantes que inciden en la conducta suicida.
- Conocer los factores psicosociales que son causantes de conductas suicidas o que las favorezcan.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Perspectivas en el abordaje del suicidio

El suicidio ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad (Amador, 2015). De acuerdo con el contexto histórico cultural, el acto suicida ha tenido distintas acepciones e interpretaciones. La mirada de la época lo ha llevado a ser considerado un acto de honor por las sociedades prehispánicas, hasta juzgarse como un delito en contra del Estado por los antiguos griegos, quienes lo castigaban realizando mutilaciones en el cuerpo de la persona fallecida y excluyendo su entierro. La perspectiva griega se flexibiliza en la civilización romana, la cual creía que también podía ser un acto de heroísmo, de amor o de abnegación. Desde posturas religiosas como el cristianismo, el islám, el budismo, el judaísmo o el hinduismo, el suicidio representa un pecado y una manifestación de debilidad del carácter, lo que genera repudio y castigo, o el estigma de la ignorancia, ya que se considera un acto que no libera verdaderamente del sufrimiento. En la era moderna este hecho se vincula con la enfermedad mental, con características de la personalidad y con factores socioculturales, por lo que ha sido un tema de estudio desde la sociología, la historia, la medicina, la filosofía, la psicología y las neurociencias (Amador, 2015, Jiménez-Ornelas & Cardiel-Téllez, 2013, Monroy, 2023).

A pesar del interés de diversos campos de estudio en profundizar en su conocimiento, ha sido complejo generar marcos teóricos, conceptuales, comprensivos y explicativos en torno al suicidio, por su naturaleza multifactorial y multidimensional. La interacción de factores biológicos, psicológicos sociales y culturales complejiza la integración de teorías universales. La genética, la historia

de vida y el contexto de una persona pueden dificultar la integración de patrones de predicción. Así mismo hay limitaciones metodológicas para su abordaje, no solo por los tabúes y mitos de las sociedades que dificultan hablar del fenómeno sino por los aspectos éticos que implica su estudio. En este sentido, cuando se ha consumado el suicidio hay pocas posibilidades para entender los motivos y las circunstancias de las personas ya que se cuenta solo con los testimonios y en algunos casos con la perspectiva de sobrevivientes a suicidios no consumados.

Esta dificultad se ejemplifica al tratar de diferenciar el acto suicida de los accidentes, en los que se desconoce si el acto suicida fue realizado de forma voluntaria o no. Aunada a esta problemática, se agrega que una conducta realizada a través del tiempo como parte de los hábitos de la persona, puede desencadenar un percance, por ejemplo: consumir rutinariamente alcohol u otras sustancias, puede ser un factor determinante de los choques automovilísticos o de incidentes en el trabajo, en el hogar, centros de diversión o en otros lugares. Así, la intención de realizar la conducta autodestructiva se podría relacionar con el estado mental, físico y social del individuo; pero es difícil determinar la intención de realizar dicho comportamiento. Es posible que el suicidio ocurra en una etapa de la vida particularmente delicada, cuya vulnerabilidad se incrementa si hay condiciones desfavorables en la familia y en la sociedad, de tal manera que es difícil que se pueda impedir el acto, teniendo como desenlace la pérdida de la vida (Espector, 2015; Machiori, 1998).

Es por ello que la mayor parte de las teorías no buscan abarcar el suicidio en su complejidad y se enfocan en elementos específicos.

2.1.1 Teorías del suicidio

Desde la perspectiva sociológica, Durkheim (como se cita en Yöyen & Keles, 2024) considera que el suicidio es el resultado de irregularidades en la relación entre las personas y la sociedad, por lo que, la integración y la regulación social, disminuirían el número de suicidios. La integración social implica que las personas se sientan parte de la comunidad y que sean aceptadas por parte de la sociedad, mientras que la regulación social conlleva la regulación de deseos irracionales mediante las reglas y normas sociales. Para este autor, el suicidio es una muerte que resulta de manera mediata o inmediata de actos negativos o positivos por parte de personas que los realizan directamente contra sí mismas, sabiendo el resultado que producirán (Machiori, 1998; Rangel & Jurado, 2022)..

En este sentido, Stengel (como se cita en Cañón & Carmona, 2018 y Jiménez-Ornelas & Cardiel-Téllez, 2013), expresa que el suicidio es un acto personal que asumen los seres humanos, pero reconoce la importancia de las relaciones sociales para su consumación y les , atribuyen un papel importante en las causas, ya que si bien la persona piensa en su muerte o autodestrucción, comete al mismo tiempo un acto que puede representar una petición de ayuda o una agresión hacia los demás, con la motivación de generar daño o culpa.

Gutiérrez et al. (2020), destacan que para Kreitman, la raíz del suicidio está constituida por conflictos interpersonales, que están influidos por e el contexto histórico-social, s lo que le da sentido a este acto devastador. Este autor introdujo el término *parasuicidio* para englobar a las conductas suicidas que no tenían un desenlace fatal, con independencia del grado de letalidad de las mismas, lo que ha permitido visibilizar y atenderlo (Lozano, et al., 2024).

Para Festino Cuco y Cipollone, el suicidio es parte de una conformación de la conducta social compleja que debe ser estudiada para encontrar más información y conocer el fenómeno (Machiori, 1994).

Por su parte Jean Pimentel, cuestiona *“¿cuál es el proceso y las profundas motivaciones que llevan de las ideas de muerte al pasaje del acto?”*. A lo anterior, varios autores proponen la existencia de diversas causas que resumen en cinco procesos:

- Proceso defensivo.- Donde se concede al suicidio una reacción defensiva.
- Proceso punitivo.- Este proceso corresponde a una respuesta de culpabilidad, donde la conducta suicida tiene como fin reparar la culpa.
- Proceso agresivo.- A través de éste proceso, se dirige la agresión para responsabilizar a la familia, algún sujeto, una institución o a la sociedad.
- Proceso ablativo.- Donde se realiza como un pago, donde el suicida toma la determinación como un sacrificio.
- Proceso lúdico.- Donde la finalidad es jugar con la vida.

Estos procesos dejan entender algunas características actuales del suicidio para poder descifrarlo y comprender dicha conducta.

2.1.2 Proceso Psíquico

Machiori resalta la dualidad de la persona suicida planteada desde la vida y la muerte, donde por una parte le genera angustia estar vivo, pero también es generada por el deseo y la espera de la muerte. Menciona que es un estado emocional caracterizado por la angustia y desesperación de la persona al no poder controlarse, que finalmente da como resultado un proceso psíquico que lleva a transitar por ciertos niveles de un proceso psíquico suicida y que comprende:

- Ideas suicidas.- Es la representación en la mente del suicidio, donde las ideas de morir estructuran una automarginación social con una personalidad angustiada y marginada.
- Planeación suicida.- Donde se procede con los preparativos para llevar acabo el suicidio, donde puede ser en que lugar, el horario, método, compra de insumos, escribir cartas o mandar mensajes, regalar cosas personales, preparar su funeral, despedirse de familiares y amigos.
- El intento suicida.- Realiza el acto previamente planeado, cuyo objetivo es conseguir la muerte, sin embargo sobrevive al intento.
- Suicidio consumado.- Se realiza el acto de matarse y como consecuencia la muerte.

Para García Reynoso, el suicidio o el intento suicida, tiene diferentes significados donde “...no solamente es un ataque internalizado, sino que puede ser una forma de atraer la atención o de pedir ayuda, una señal de llamado de auxilio”. Es una solicitud de ayuda inmediata, donde se da el control y reproche a los demás culparlos de su estado, donde la falta de tolerancia a la frustración, genera que ante el mínimo fracaso lo interprete como sinónimo de rechazo o abandono Machiori (1994).

2.1.3 Teorías psicológicas de primera y segunda generación

Recientemente, las teorías psicológicas del suicidio se han clasificado en los rubros de primera y segunda generación. Las teorías de primera generación abarcan las propuestas teóricas sobre el suicidio que se integraron antes del siglo XXI, en tanto que las teorías del suicidio de segunda generación se desarrollaron a partir del año 2000. Las teorías de primera generación incluyen a la perspectiva teórica

psicodinámica, la del aprendizaje social, de la desesperanza de Beck, la teoría del suicidio de Shneidman y a la teoría del escape. Por otra parte, las teorías de segunda generación, contemplan a la teoría interpersonal del suicidio de Joiner, la teoría del suicidio de los tres pasos de Klonsky y May, modelo motivacional volitivo integrado de la conducta suicida de Rory O'Connor, complementaria y a la teoría de la predisposición variable de Rudd.

Las teorías de primera generación se caracterizan por plantear modelos incipientes para explicar la conducta suicida. A pesar de su utilidad inicial, en su conjunto sugerían relaciones lineales por lo que resultaban poco integrativas. Estas teorías hacían énfasis en aspectos individuales y clínicos, destacando los aspectos cognitivos, emocionales y psicopatológicos internos, aduciendo a la psicopatología y a los trastornos mentales como los motivos principales para realizar el acto suicida, dando poco peso a los elementos socioculturales e históricos que intervienen en la consumación del suicidio.

En general, este conjunto de teorías tenían como base las experiencias médicas individuales y el juicio clínico, los cuales se integraron a otros enfoques sobre la conducta, pero resultaron poco suficientes para explicar la complejidad de la conducta suicida, lo cual se evidencia al tratar de diferenciar los pensamientos suicidas de la propia conducta.

Estas limitaciones dieron pauta al surgimiento de teorías con un enfoque que integra múltiples dimensiones, incorporando factores biopsicosociales y culturales para comprender y esclarecer este fenómeno. Las teorías de segunda generación, se conforman por las investigaciones de avanzada en las neurociencias y en los procesos sociales y culturales para entender la dinámica del comportamiento

suicida, destacando la interacción entre las personas y el contexto, considerando los aspectos estructurales como la desigualdad, el acceso diferencial a los recursos y las experiencias de trauma complejo, lo que favorece su solidez teórica.

Las teorías de segunda generación, aportan elementos para la evaluación y el diseño de intervenciones para prevenir el riesgo suicida (O'Connor & Kirtley, 2018; Solis-Espinoza, Mancilla-Díaz & Vázquez Arévalo, 2023; Yöyen & Keleş, 2024).

2.1.4 Abordaje desde la suicidología

La idea de morir lleva un razonamiento que fue estudiado por Tomas Joiner en su libro “Cuando la gente muere por suicidio” nos muestra varias teorías del suicidio formuladas en los últimos doscientos años. En su teoría del suicidio interpersonal, destaca que las personas que se suicidan han logrado controlar la naturaleza de autoconservación y no solo tienen la pretensión de morir. Por otro lado, destaca dos formas psicológicas de vivir la muerte: la primera es “la percepción de ser una carga para los demás”, en esta experiencia no se tiene el valor como los demás que viven en el mundo, lo único importante es la percepción de sí mismo, donde frecuentemente pierde su propósito de vida. Otra forma de vivir esta experiencia es “la falta de conexión social para algo más grande que uno mismo”, los lazos que lo unen con los demás se rompen y el sufrimiento se enfrenta de una manera solitaria. Sin embargo, ninguna de estas experiencias son suficientes para que el individuo actúe en su deseo de muerte, sin embargo, un conjunto de experiencias dolorosas y provocativas con una “...capacidad o (valentía) de quitarle el miedo al dolor y la muerte, dan como resultado un alto riesgo de suicidio”. Estas experiencias suelen relacionarse con traumas y abusos, incluyendo conductas de alto riesgo, lesiones ocasionadas por deportes de contacto, el conocimiento y conciencia de

medios mortales de suicidio (armas de fuego, sustancias letales, lugares ideales para el intento, etc.). Joiner, destaca que estos factores pueden explicar que un intento previo de suicidio “es el predictor más fuerte de un intento futuro” y finalmente aclara que el riesgo desaparece cuando el deseo de realizar el suicidio y la capacidad de realizarlo ambos factores se sobreponen (Joiner, 2006).

A Shneidman se le conoce como el padre de la suicidología moderna ya que fue el primero en realizar estudios acerca de las conductas autodestructivas y los suicidios desde una perspectiva interdisciplinaria, además de ser el primero en trabajar en el ámbito de la prevención y atención del suicidio. Su trabajo sobre el suicidio destaca en las siguientes áreas: “Evaluación del comportamiento suicida; Conceptualización y teoría; Notas póstumas y programáticas; Aspectos administrativos; Aspectos clínicos y de comunidad, Autopsia psicológica y posvención” (Chavez-Hernández et al., 2010).

2.1.5 Vulnerabilidad

La vulnerabilidad significa que la persona que se encuentra incapacitada ante un fenómeno amenazante, en el caso de la persona que tiene la idea de llevar a cabo un intento de suicidio, ella ha perdido su capacidad para prevenir, resistir y sobreponerse a los acontecimientos que van surgiendo, ya sean parte de la vida o que han impactado de forma abrupta en sus actividades y han generado que no visualice alguna alternativa de solución; por lo tanto, manifiesta una fragilidad que lo lleva a un proceder de autodestrucción, no teniendo la capacidad de reacción y protección. Dado lo anterior, cuando la persona se coloca en esta postura de vulnerabilidad, no le permite visualizar ni comprender la irreversibilidad del acto suicida. Machiori menciona que, los daños emocionales en estas personas cuando

no mueren durante el intento suicida, suelen ser más complejas para determinar, que los efectos de dicha acción a través de las lesiones físicas que se dan durante el intento fallido. Por otro lado, dentro de la familia se hará más profunda la vulnerabilidad de los integrantes debido al miedo que se pueda presentar la repetición de este acto, marcando las actividades familiares, las relaciones y su comunicación. Ante esta situación, la familia puede funcionar de dos maneras: a) la vulnerabilidad se acentúa o b) que la familia restablezca su organización de tal manera que proporcione contención emocional al afectado y logre vencer esa experiencia. En caso que el miembro de la familia que llevó a cabo el intento suicida tenga un daño físico grave, se verá afectado en su vida laboral, escolar y social, generando que se aísle aún más; y la incapacidad tendrá repercusiones en el resto de los integrantes de forma negativa Machiori (1994).

2.1.6 El suicidio desde la perspectiva médica.

El suicidio puede ser visto desde diversas perspectivas. Para el presente estudio se retoma el enfoque sanitario, uno de los modelos biomédicos más relevantes, y se integra la perspectiva epidemiológica para trabajar en el contexto de las emergencias psicológicas relacionadas con el riesgo suicida, las cuales inician con la valoración e intervención de la persona en riesgo suicida, hasta su referencia a los servicios de salud correspondientes. El modelo integra dos grandes marcos, La Clasificación Internacional de Enfermedad en su décima primera edición (CIE-11) publicado por la Organización Mundial de la Salud y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su texto revisado (DSM-5 -TR) editado en la Asociación Psiquiátrica Americana. La elección de este enfoque considera que el servicio de atención prehospitalaria es parte de la atención médica. En la actualidad,

este servicio está catalogado como Servicio Médico de Urgencias (SMU) y su activación se da a través de las líneas de emergencia, brindando la atención en el lugar donde se presenta la urgencia y trasladando o refiriendo a la persona al nivel de atención que requiera para la continuidad de la atención en un hospital o centro de atención de primero, segundo o tercer nivel.

2.1.7 El suicidio en el DSM-5

El manual de diagnóstico y estadísticas DSM-5 TR de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su quinta edición texto revisado en su capítulo de “...*otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica*”, menciona que la conducta suicida es aquella donde hay un grado de intención de morir y la diferencia de las autolesiones no suicidas, donde el daño autoinfligido no tiene la intención de provocar la muerte. Ambas conductas no las clasifican como trastornos mentales (Asociación Psiquiátrica Americana, 2012), las clasifican de la siguiente manera:

Comportamiento suicida: Se refiere a las personas que han presentado conducta con el deseo de morir como consecuencia del acto. Esta conducta puede ser expresada por la persona o identificada por cómo se comporta en torno a sus decisiones y planes para cometer el suicidio. Por lo tanto, destaca que un intento suicida, puede o no terminar con una lesión real, ya que el individuo puede ser convencido por otra persona para que no lo lleve a cabo, pero, también, puede haberse arrepentido antes del intento (Asociación Psiquiátrica Americana, 2022).

El DSM-5-TR clasifica al comportamiento suicida en los apartados T14.91A y D, en los que se describe su temporalidad en relación a la presentación clínica. Por otro lado, el DSM-5-TR señala los antecedentes previos o de comportamiento suicida en el punto Z91.51 en la historia personal.

En cuanto a las autolesiones no suicidas, el DSM-5-TR refiere que son todas aquellas que el individuo se ha causado de manera voluntaria provocando algún tipo de daño en el cuerpo como contusiones, lesiones con objetos punzocortantes, frotamientos con el fin de sentir dolor, pero sin la intención de morir, las cataloga como autolesión no suicida actual (R45.88) y como historia de autolesiones no suicidas (Z91.52).

El manual establece los siguientes criterios para determinar el nivel de riesgo:

- A. En los dos años previos la persona ha tenido por lo menos un intento suicida
- B. Debe cumplir con los criterios para suicidio y no para cutting o autolesiones no suicidas.
- C. No se consideran las ideas suicidas ni a la preparación del suicidio.
- D. El acto no se inició durante un estado de delirium o de confusión.
- E. El acto no se llevó a cabo con fines políticos o religiosos.

Es necesario indicar si el episodio es actual (que no ha pasado un año o más del último intento suicida) o se encuentra en remisión inicial (cuando han transcurrido de uno a dos años después del último intento suicida).

En las características diagnósticas el DSM-5, destaca que el aspecto principal del trastorno de comportamiento suicida es mostrar el deseo de llevar a cabo dicho acto, dónde puede o no causar la muerte de la persona.

El APA también menciona que el individuo debe presentar al menos un intento suicida que cumpla con los criterios. Por otro lado, aclara que en el acto suicida no deben estar presentes lesiones autolesivas repetidas sin deseo de muerte al menos cinco que se hayan llevado a cabo en el último año.

2.1.8 El suicidio en el CIE-11

La clasificación internacional de enfermedades en su versión 11 (Organización Mundial de la Salud, 2023 b) coloca al suicidio en el capítulo eventos intencionales de autolesión, donde clasifica diferentes formas de suicidio como:

Autolesión intencional no fatal:

- o XE76W intento de suicidio previo, No
- o XE3YR intento de suicidio previo, Si

Intención de morir, aspecto de autolesión:

- o XE97V Autolesión intencional, persona con intención de morir. Autolesión intencional con intención de causar la muerte de la persona.
- o XE5D6 Autolesión intencional, la persona no tenía la intención de morir.

Autolesión, autodaño, corte o automutilación emprendida intencionalmente por razones distintas a provocar la muerte de la persona:

- o XE2SF Autolesión intencional, desconocida o no determinada, si la persona tenía la intención de morir Información de una persona competente (por ejemplo, psiquiatra, forense) que llegó a la conclusión de que no se pudo determinar si la autolesión intencional fue realizada con la intención de morir. No hay información o la información disponible es insuficiente.
- o MB23.R El intento de suicidio es un episodio de conducta autodestructiva iniciada con la intención de culminar en la muerte
- o MB23.S Comportamiento suicida. Son una serie de actos preparatorios como adquirir armas de fuego, medicamentos, veneno, cuerda, etc. con el fin de conseguir la propia muerte, pero que no llegan a ser un intento de suicidio.

o QC65 Antecedentes familiares de trastornos mentales o del comportamiento.

Cabe hacer notar que en esta taxonomía de la OMS, se identifica de manera diferente cada tipo de suicidio, desatacando que se caracteriza por un trastorno mental o método con el que se lleva a cabo la conducta suicida.

2.2 Factores de Riesgo Suicida

La conducta suicida es la consecuencia de la relación de diversos factores de riesgo entre sí. Siendo estos, causas externas que influyen en el estado de salud de una persona, dichos factores se pueden clasificar como problemas que pueden provocar una conducta de riesgo o una enfermedad (Baca-García et al., 2014). Los factores de riesgo en la salud mental son características variables o circunstancias que cuando están presentes, tienden a influir en el comportamiento de una persona, aumentando la probabilidad de presentar algún tipo de trastorno mental (Nente, 2021, Real Academia de la Lengua, 2024), clasificándolos en:

Factores biológicos.- Estos factores incluyen el sexo, la edad, el cociente intelectual, el temperamento, la genética, la constitución cerebral, enfermedades médicas y trastornos psiquiátricos.

Factores ambientales.- Incluyen las características personales, el grado de estudios, la constitución familiar, la manera de relacionarse en la sociedad, eventos generadores de estrés y cómo se reacciona al mismo, y los aspectos sociodemográficos. También se pueden clasificar a estos factores como crónicos o agudos, y modificables o no modificables (Baca & Aroca, 2014).

Se ha documentado que los factores de riesgo que tienen mayor posibilidad de elevar el riesgo de suicidio son los trastornos de personalidad, entendidos como

síndromes clínicos que están constituidos como un conjunto de rasgos de personalidad que afectan el bienestar y el funcionamiento social (Facultad de Medicina, 2022), en contraste, con las personas que no tienen antecedentes de trastornos relacionados con la salud mental (McClelland et al., 2023). Los factores de riesgo pueden presentarse de forma individual o en combinación con otros.

En el caso del suicidio, la combinación de factores de riesgo influyen en la conducta suicida, por ejemplo, la presencia de un trastorno mental y una mala relación familiar, pueden relacionarse con ideas de muerte. Se destaca que un factor de riesgo puede generar otros factores de riesgo, por ejemplo: problemas económicos pueden generar estrés, ansiedad, consumo de sustancias, conflictos en la familia, etc., por lo tanto, es necesario tener en consideración qué factores podrían detonar la conducta suicida, ya que tan sólo se requiere uno, o un conjunto de dos o más para llevar a cabo un intento suicida (Nente,2021).

Los factores biológicos, psicológicos y sociales en conjunto pueden desencadenar una patología, por ejemplo, antecedentes genéticos que pueden ser transmitidos a los descendientes incrementando el riesgo de depresión u otros trastornos mentales, aunados al modelaje de la conducta y expresión de emociones aflictivas, el uso de castigos corporales o psicológicos, y una condición de marginación, se integrarían en una conjunción de estos tres factores. Por lo tanto la prevención de la conducta suicida, requiere fomentar los factores protectores para aminorar el impacto de los factores de riesgo.

2.2.1 Factores de riesgo OMS

En el Plan de acción acerca de la salud mental 2013-2030, la Organización Mundial de la Salud hace notar que el suicidio y los trastornos mentales tienen un vínculo

con la depresión y el consumo de alcohol, dos factores de riesgo que se han estudiado en países con ingresos económicos altos. Se menciona que muchos de los casos de conducta suicida, se presentan en situaciones de crisis, ya quienes presentan esta conducta, lo hacen de manera impulsiva, debido a que no están en condiciones de hacer frente a las presiones que presenta la vida diaria, destacando a las situaciones financieras o económicas, los problemas emocionales ante el término de una relación, los síntomas y dolor de una enfermedad aguda o de una enfermedad crónica y degenerativa. También se hace mención que otros factores que pueden influir en la decisión de realizar un intento suicida son: vivir con problemas constantes, desastres naturales, vivir en la violencia, experimentar abusos de diferentes tipos, pérdida de seres queridos y el sentirse aislado. Sumado a lo anterior, la OMS destaca que los grupos vulnerables a esta conducta y que son discriminados son: los refugiados y los migrantes, sumados a ellos los grupos indígenas, las personas de la comunidad LGBTIQ+ y los que se encuentran privados de su libertad en las cárceles. Sin embargo, subraya que el factor de riesgo más importante es un intento de suicidio previo OMS (2021).

2.2.2 Clasificación de los factores de riesgo y protección

Corona et al. (2016), clasifican los factores de riesgo de la conducta suicida y los factores de protección de la siguiente manera:

Tabla 1

Factores de riesgo y de protección de la conducta suicida

Niveles	Factores de riesgo	Factores de protección
---------	--------------------	------------------------

Individual	Enfermedades crónicas, graves, transmisibles, incapacitantes, hospitalización y dolor crónico.	Buen estado de salud, hábitos saludables, adecuada nutrición.
	Trastornos mentales, intento suicida previo, consumo de sustancias, impulsividad, baja autoestima.	Salud mental: actitud y carácter positivos, buena relación con sus pares, adecuada actitud social, sentido de esperanza, optimismo.
	Descuido y maltrato en la infancia. Problemas del aprendizaje, fracaso escolar, desvinculación al estudio, acoso escolar.	Cuidados parentales adecuados. Inclusión educativa, sentido de pertenencia, metas profesionales
	Problemas de la identidad sexual, aislamiento, segregación, soledad, desesperanza, muerte de la pareja, divorcio.	Tener un proyecto de vida. Interés por la vida Adecuada autoestima, habilidades para el manejo de las emociones, actitud de servicio, autorregulación.
	Factores socioeconómicos adversos, desvinculación al trabajo	buen manejo del estrés, adaptabilidad. Estabilidad socioeconómica y laboral.

Familiares	<p>Conflictos o desorganización familiar, antecedentes de suicidios en la familia, trastornos mentales graves y persistentes, violencia doméstica, abuso sexual, muerte o separación de familiares, ausencia de los padres física o psicológica.</p> <p>Bajo nivel educativo del grupo familiar, aislamiento social, conducta antisocial, problemas de comunicación.</p> <p>Facilidad de medios que faciliten la conducta suicida, pobreza, desatención familiar, sobreprotección, codependencia.</p> <p>Consumo de sustancias en la familia, falta de límites en la familia, poco tiempo compartido y de calidad.</p> <p>Padres con psicopatología, apego inseguro.</p>	<p>Satisfacción de las necesidades básicas, estabilidad y coherencia del grupo familiar, estimulación familiar, refuerzo de actividades y comportamientos positivos.</p> <p>Vida regular en la familia.</p> <p>Reconocimiento de logros.</p> <p>Apoyo a metas positivas, promoción de la amistad.</p> <p>Solidaridad, tolerancia, inclusión, establecimiento de límites sociales apropiados.</p> <p>Evitar la violencia, incrementar la resiliencia.</p> <p>Comunicación adecuada entre los miembros de la familia. Interés en los problemas de los integrantes del grupo familiar.</p> <p>Padres sanos, apego seguro.</p>
------------	--	--

Comunitarios	<p>Deterioro socioeconómico de la comunidad, falta de acceso a los servicios de salud y educación.</p> <p>Oportunidades limitadas para estudiar, falta de oportunidades para trabajar. Falta de actividades extracurriculares, culturales y recreativas.</p> <p>Vecindario inseguro, exposición a violencia o agresiones.</p> <p>Exposición a guerras, desastres, pertenecer a una minoría discriminada, alta incidencia de alcoholismo, alta incidencia de consumo de sustancias adictivas. Conducta suicida aceptada, escasa integración a la vida comunitaria.</p>	<p>Oportunidades educativas y profesionales, actividades deportivas y recreativas para niños y adolescentes. Actividades educativas (museos y centros culturales).</p> <p>Apoyo social, apoyo a las familias con necesidades especiales.</p> <p>Legislación protectora de los jóvenes.</p> <p>Entorno sin riesgos.</p> <p>Ausencia de violencia, adicciones y contaminación ambiental.</p> <p>Construcción de espacios públicos seguros.</p> <p>Oportunidades para el desarrollo económico sostenido.</p> <p>Redes de apoyo.</p>
--------------	---	--

Institucionales	Violaciones sistemáticas de los derechos fundamentales en centros de tratamientos de adicciones.	Atención primaria para las personas en riesgo.
	Acoso y violencia en cárceles.	Identificación y atención de personas en riesgo de padecer trastornos mentales.
	Escuelas desorganizadas.	
	Desinterés de las autoridades y los maestros hacia los alumnos.	Organizaciones creadas en apoyo a la población basadas en sus necesidades.
	Clima de violencia.	
	Inadecuado clima laboral.	
	Estilo educativo autoritario.	Instituciones proactivas en defensa del medio ambiente.
	Estilo educativo negligente.	
	Acceso limitado a recursos sanitarios.	Instituciones de atención a personas con capacidades diferentes, minorías étnicas, adultos mayores.
		Promoción de la salud mental de la población.

Nota. La tabla muestra un comparativo de los factores de riesgo y factores protectores a nivel individual, familiar, comunitario e institucional que Corona et al. han descrito en torno al riesgo suicida (2024).

Aunado a estos factores, el acceso a métodos para cometer suicidio es un factor más de riesgo. La Organización Mundial de la Salud (2021), el INEGI (2022) y la UNAM (2022) , coinciden en los métodos más utilizados para llegar a consumir el suicidio siendo los siguientes: En primer lugar se encuentra la asfixia por suspensión (ahorcamiento, estrangulación o sofocación) 85% del total de los casos, donde el 87.7% son hombres y 84.7% mujeres. El segundo método preferido lo ocupan las

lesiones por arma de fuego en hombres con el 6.4%. En mujeres el segundo lugar lo ocupan los envenenamientos por disolventes, gases o plaguicidas con el 9.8%. El tercer lugar en hombres lo ocupa el lanzamiento al vacío y en mujeres la ingesta de altas dosis de fármacos psiquiátricos o de cualquier tipo de medicamento.

Se ha documentado que quienes presentan un mayor riesgo suicida son los hombres de 45 años, los adultos mayores que son solteros, y aquellos que pertenecen a la diversidad genérica (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Cabe destacar que la comorbilidad de problemas psicosociales y trastornos como la depresión, la ansiedad, intoxicación por sustancias adictivas, trastornos psicóticos, ataques de pánico, intentos de suicidios previos, ruptura con la pareja, la muerte de un ser querido, problemas escolares, una enfermedad crónica degenerativa en fase terminal, pérdida del estatus económico, pérdida del empleo, entre otras, son algunos de los desencadenantes de riesgo para que se presente el suicidio. Por otro lado, la falta de habilidades para enfrentar la vida cotidiana puede generar que surjan estas conductas antisociales en las personas vulnerables, por ejemplo: consumir alcohol, drogas y tabaco, pueden enfrentar violencia, abusos físicos y psicológicos, pudiendo ejercer el papel de víctimas o victimarios, donde el riesgo de suicidio es latente y se puede manifestar a través de diversas formas de afrontamiento de los jóvenes en conductas de riesgo debido a su alta vulnerabilidad. Para poder conseguir tener una atención adecuada, se requiere conocer bien el problema, aportando la experiencia desde la práctica clínica en la atención de estos casos, sumados a la investigación y aportación de nuevas estrategias de prevención e intervención de estos pacientes.

Corona y colaboradores proponen encontrar una estrategia de prevención del suicidio, contrarrestando a los factores de riesgo y fortaleciendo los factores de protección, proponiendo tres clases de estrategias “universales”, estas acciones tienen el objetivo de cubrir a toda una población. Las “selectivas” las cuales son diseñadas para cubrir las necesidades de grupos vulnerables y la de “personas vulnerables específicas” cuyo objetivo es dar un seguimiento a quienes son dados de alta de alguna institución, buscando identificar y manejar algún problema relacionado con trastornos mentales o el uso de sustancias, Corona (2016).

2.2.3 Factores de riesgo DSM-5

En la quinta edición del Manual de diagnóstico y estadísticas de las enfermedades mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), señala el grado de planificación en función de los factores de riesgo de suicidio que abarcan el lugar y la fecha del acto, para evitar que alguien pueda interrumpirlos o rescatarlos. También se consideran como factor de riesgo al estado mental de la persona en el momento de llevar a cabo la conducta suicida. Estos pacientes requieren de una hospitalización para su estabilización de la agitación aguda por la falta de control de la persona y después de ser dados de alta de la unidad hospitalaria, o después de la suspensión de la ingesta de los medicamentos estabilizadores del estado del ánimo (antidepresivos, litio, ansiolíticos, anti psicótico), sugiere el retorno a su domicilio.

La Asociación Psiquiátrica Americana da a conocer los desencadenantes ambientales que se requieren para que se presente esta conducta:, APA (2013):

- Recibió la noticia relacionada con un diagnóstico de algún padecimiento médico crónico y de alta mortalidad (Cáncer, VIH).

- Tuvo la muerte reciente de algún familiar cercano de manera súbita.
- Experimentó repentinamente el fallecimiento de la pareja.
- La pérdida del empleo.
- Ser desalojado del domicilio.

Por otro lado, la APA, explica que este comportamiento puede aparecer en el contexto de varios trastornos mentales, como espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos depresivos y de ansiedad, trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastornos adictivos y relacionados con sustancias, trastornos disruptivos y del control de los impulsos y de la conducta, trastornos relacionados con trauma y factores estresantes (Asociación Psiquiátrica Americana, 2013):

- Este manual también hace mención, que en muy pocas ocasiones esta conducta se presenta en personas que no transitan por algún trastorno mental, a menos, que se tenga alguna enfermedad médica que sea dolorosa, cuyo fin es que las personas visualicen su sufrimiento, también puede ser por cuestiones religiosas o políticas.. También puede darse en personas que llevan a cabo un acuerdo de suicidio, estos se excluyen de éste diagnóstico, considerándolos como factores de riesgo ajenos a la patología mental del suicidio, APA (2013).

2.3 Historia de la Atención Prehospitalaria

El inicio de la historia de la atención prehospitalaria moderna, se da a mediados del siglo XX, en el año de 1960 cuando en Estados Unidos de América surge el Servicio Médico de Emergencias moderno (EMS). En 1966 se establecen los estándares para el servicio Médico de Emergencia y la asistencia a los estados para mejorar la calidad de la Atención Prehospitalaria de Urgencia, de donde se basan en su

mayoría los cursos impartidos por parte del U.S, Department of Transportation (DOT). En 1970 se fundó el National Registry of Emergency Medical Technicians NaEMT registro que se ha ampliado a varios países en la actualidad. En 1973 se establece el acta nacional del sistema de servicios médicos de emergencias en todo EUA.

2.3.1 Antecedentes de la atención prehospitalaria en México

En México surge el servicio de atención en 1910 por parte de la Cruz Roja Mexicana ya que se establece en nuestro país e inician sus labores para la que había sido fundada. Más adelante, da pie para que surjan otras instituciones que brindan el servicio de ambulancias (Cruz Verde, Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, etc.), básicamente como unidades de traslados y primera respuesta, donde se trabajaba con personal médico y de enfermería que estuviera a mano y que no estaba especializado. Fué hasta 1985 durante el temblor que devastó una parte importante de la Ciudad de México, que se da inicio al servicio de atención prehospitalaria el contar con ambulancias diseñadas para el trabajo de atención de pacientes en al ámbito prehospitalario que fueron donadas por Canadá a la Cruz Roja Mexicana y que iniciaron con la capacitación de personal en el área paramédica (EMT).

Con el desarrollo del sistema médico de urgencias SMU moderno, se cambia el concepto de servicio de ambulancia como un solo medio para transportar enfermos, quedando en el olvido el anterior. Como se menciona en el Manual de Urgencias Prehospitalarias de la Cruz Roja Mexicana a partir de ahora el personal de atención prehospitalaria ya no solo se ve como cargador de pacientes, sino como personal preparado para la atención de las personas que presentan una urgencia médica. De algún modo la atención de los servicios de urgencias se traslada a la escena de la

urgencia a través de las ambulancias y el Servicio Médico de Urgencias. Los pacientes dejaron de ser víctimas, contando con una valoración y atención de urgencias por profesionales bien preparados. Los choferes y camilleros se convirtieron paulatinamente en Técnicos en Urgencias Médicas (TUM).

A partir de ahí, inician otras instituciones que se dedican a esta labor como: el Escuadrón S.O.S., Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas E.R.U.M., Servicio de atención prehospitalaria UNAM, Escuadrón de Rescate y Emergencias Médicas ERYEM, Cruz Ambar, Comisión Nacional de Emergencias, Centro Regulador de Urgencias Médicas CRUM y otras en algunos estados. En México el desarrollo del SMU ha sido más lento y falta mucho por definirse e implementar algunas normas.

2.3.2 Atención prehospitalaria UNAM

Surge en 1990 el servicio de atención prehospitalaria en la entonces Dirección General de Servicios Médicos (hoy DGAS) con dos camionetas básicas que habían sido adaptadas como ambulancias, también se inaugura la primera generación de la Escuela de Técnicos en Urgencias Médicas de dicha dependencia. En 1991 se compran las primeras 2 ambulancias tipo 3 de Soporte Avanzado de Vida (a la fecha se cuenta con 5 Unidades equipadas para éste servicio), prestando por primera vez en la Universidad Nacional Autónoma de México un servicio de éste tipo, siendo punta de lanza en la atención y capacitación en atención prehospitalaria de la UNAM, de la Ciudad de México y del país. En 1993 se gradúa el primer grupo de Técnicos en Urgencias Médicas Avanzados de la institución.

Cabe destacar que dentro de la currícula del TUM, se integra la atención en dos diferentes grupos a) Pacientes clínicos y b) Pacientes de Trauma, integrando a las

personas con trastornos mentales y de la conducta en la currícula del área clínica (pacientes psiquiátricos) incluyendo a los paciente por intento suicida.

2.3.3 El Técnico en Urgencias Médicas

El Técnico en Urgencias Médicas es un profesional cuya currícula debe incluir una preparación mínima de nivel técnico de atención médica prehospitalaria básico o en su caso, contar con capacitación más completa como técnico en urgencias médicas intermedio, avanzado o técnico superior universitario en urgencias médicas, certificado por las autoridades educativas pertinentes para poder ejercer sus habilidades, destrezas y actitudes adquiridas en su capacitación, en pro de las personas que cursen por una urgencia médica. Este personal tiene diferentes títulos académicos sin embargo independientemente de su denominación académica tienen el mismo objetivo. Estos nombres pueden ser TUM, EMT, Paramédicos, TAPH, TEM, y otros a nivel internacional, siendo equivalentes en su formación, distinguiéndose de los primeros respondientes.

2.3.4 Funciones y responsabilidades del TUM

El TUM es responsable de una amplia variedad de actividades. Además de la valoración del paciente y la atención de urgencia, sus responsabilidades incluyen su capacitación, una respuesta segura en la escena, transporte seguro al hospital y transferencia del paciente al personal del hospital para permitir la continuidad de la atención.

Las siguientes son áreas específicas de responsabilidad del TUM:

1. Seguridad personal. Las preocupaciones de seguridad incluyen mantenerse seguro a peligros derivados de otras personas, animales, edificios inestables, incendios, explosiones y más. Aunque las escenas de urgencias casi siempre

son seguras, también pueden ser impredecibles. En todo momento debe tener cuidado para mantenerse seguro.

2. Seguridad del equipo, paciente y testigos.
3. Valoración del paciente. La función más importante del TUM es la valoración del paciente, para poder proporcionar la atención de urgencia apropiada.
4. Atención del paciente. Con base en los hallazgos de la valoración, la atención del paciente es una acción o serie de acciones para las que el entrenamiento prepara al TUM de manera que pueda ayudar al paciente a enfrentar y sobrevivir a enfermedades o lesiones.
5. Levantamiento y traslado. El TUM debe realizarlas sin lesionarse y sin agravar o aumentar las lesiones existentes del paciente).
6. Transporte. La conducción segura de la ambulancia, así como el aseguramiento y atención del paciente a bordo de ella, son partes importantes del trabajo del TUM.
7. Transferencia de atención. Al llegar al hospital, se entrega al paciente al personal hospitalario. Se proporciona información sobre las condiciones del sujeto, las observaciones de la escena y otros datos pertinentes para que haya una continuidad en la atención. Aunque esta parte de la atención de un paciente ocurre al final de un llamado, es muy importante. Nunca debe abandonarse la atención del paciente en el hospital hasta que se complete de manera apropiada la transferencia al personal de la institución.

2.3.5 Regulación del servicio de atención prehospitalaria

La regulación de los servicios de atención prehospitalaria, surge cuando se publica la Norma Oficial Mexicana NOM 034-SSA3-2013 donde se reglamenta el modelo

de atención médica prehospitalaria y nace un nuevo modelo de atención. Cada sistema del servicio médico de urgencias estatal cuenta con una legislación facultativa (leyes que permiten que el sistema exista), un Servicio Médico de Urgencias líder, un mecanismo de patrocinio, regulaciones, políticas y procedimientos. Esta norma oficial, establece todos los parámetros de atención, capacitación y suministros de los diferentes tipos de ambulancias y personal Manual CRM (2016).

El protocolo de atención de una urgencia comienza con: La recepción de la llamada telefónica de urgencia de la persona que solicita el servicio médico al Radio operador vía el C-5 (911) o central de Atención de Emergencias CAE. El sistema SAMU, una vez recabados los datos de llegada al lugar de la emergencia, se responde a la solicitud de ayuda mediante el envío del personal disponible, incluidos primeros respondientes (PR), TUM nivel básico, intermedio y avanzados, Médicos y otros profesionales. El TUM llega a la escena de la emergencia, valora la misma y si no hay riesgo, se aproxima al paciente para establecer su nivel de conciencia a través de ciertas mnemotecnias. Se hace una primera revisión del paciente, una entrevista, una valoración y toma de signos vitales se decide un plan de atención, se plantea si el paciente requiere ser trasladado y se decide cuál es el lugar más indicado para la atención final de la persona afectada. En caso de traslado, la ambulancia lleva al paciente al hospital del nivel de atención necesario, monitorizando al paciente durante el viaje y proporcionando la atención que requiera a la persona hasta su llegada a la sala de urgencias del hospital y se hace la entrega del paciente al médico encargado de la guardia (Correa, 2012).

2.4 Principios de Atención al Paciente Suicida

En la atención prehospitalaria se privilegia como parte esencial del personal de urgencias la seguridad, por lo tanto, al llegar con un paciente con riesgo suicida, se tiene en cuenta que la integridad del personal esté segura. El siguiente paso es valorar el riesgo suicida, considerando que hay personas que prefieren morir que estar vivas, debido a situaciones muy particulares de vida, que generan inconformidad y el deseo de no querer vivir con esas vivencias. Algunas de estas personas suelen ocultar sus planes suicidas para impedir que intervengan en su cometido. Debido a lo anterior, el personal de atención prehospitalaria no se debe de confiar y considerar que no existe riesgo tan sólo con lo expresado por el paciente; sino que, debe basarse no solo en esta información, sino también en lo expresado por las personas que se encuentran en la escena (bomberos, policía, primeros respondientes y protección civil) además, de la información proporcionada por los familiares y de la persona que activó el servicio médico de emergencias, todo esto, con la finalidad de hacerse una idea más completa de los antecedentes y factores de riesgo que dieron pauta al intento suicida Román (2016).

Los factores de riesgo (detonantes) en los pacientes atendidos en APH, se relacionan con situaciones que se salieron de su control y pueden ser de diferentes tipos, como: una discusión con alguna persona cercana, no haber obtenido lo que se deseaba, sentirse abrumado por alguna causa, el impulso, terminar una relación amorosa, no haberse atendido de manera adecuada, abandonar el tratamiento médico, fracaso escolar, entre otras. Estas reacciones principalmente se relacionan con el enojo y la frustración, teniendo una mirada de túnel ante esta situación, cayendo en la desesperanza, teniendo como alternativa el no estar, desaparecer y

dejar de vivir lo que no le gusta, encontrando la solución en el suicidio. Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (2022). Por otro lado, cuando existen intentos previos se deben incrementar los cuidados para evitar el suicidio. En estos casos el paciente es por sí mismo un factor de riesgo para realizar un nuevo intento y consumar el suicidio.

El TUM debe valorar si el sufrimiento psíquico en que se encuentra la persona representa un nivel crítico de riesgo, manteniendo ciertos cuidados para no provocar que sobrepase la tolerancia del individuo; evaluando el nivel de riesgo suicida y dando contención, a través de los primeros auxilios psicológicos o de intervención en crisis. También, debe tomar en cuenta que el riesgo suicida aumenta en aquellas personas que muestran agitación, pueden estar agresivos, ser devaluadores, sumamente inquietos, con el deseo de huir y continuar con el intento suicida, no permiten el diálogo con el personal de APH que trata de ayudarlos. Cuando se rebasa este límite, se requiere de una valoración, atención y referencia a un nivel de atención especializado de segundo o tercer nivel de atención, para dar una continuidad en la atención; durante el traslado hacer una intervención en crisis, proporcionando la atención en función del código 100 al nivel de atención al riesgo suicida MODORIS. De acuerdo al nivel de riesgo, si la persona no requiere el traslado, se entrega el paciente a las personas de confianza o familiares del paciente para su traslado a su domicilio de manera ambulatoria, con indicaciones de referencia al servicio de atención en 1er nivel para su posversión.

2.4.1 Modelo de Ordenes de Riesgo Suicida ASQ MODORIS

En México se creó el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio PRONAPS donde se tuvo el planteamiento centrado en el orden y estructuración de los servicios

de salud con vistas en el cuidado de las personas con conducta suicida, para lo que se creó el Modelo Dinámico de Ordenes de Riesgo de Suicidio (ASQ MODORIS), siendo un instrumento completo y flexible para la organización de los servicios de atención en salud, desde una atención comunitaria y multisectorial, así como centrado en servicios ambulatorios y hospitalarios, a través de un trabajo en colaboración con las personas de primera respuesta, el personal sanitario no especializado y especialistas en salud mental (Arenas-Landgrave et al., 2023).

Niveles de ordenes de riesgo.

Se ha visto a través de la práctica que muchas de las personas que se suicidan, antes de ello, tuvieron contacto con personal de salud antes de su muerte; sin embargo es probable que sólo se haya atendido el malestar físico sin recibir atención a su malestar emocional, cuando es importante también el recibir esa atención.

El ASQ MODORIS “es una herramienta de tamizaje que permite realizar una evaluación rápida y sencilla por parte de personal debidamente capacitado y supervisado para evitar que una persona con riesgo suicida no sea identificado” (Arenas-Landgrave et al., 2023). Este tamizaje estructura tres áreas: 1) ámbitos de detección, 2) clasificación del nivel de riesgo y 3) Acciones de valoración, intervención y referencia. También considera cuatro niveles de riesgo:

Primer orden de riesgo suicida condición leve. Esta persona es candidata para atención en el ámbito comunitario. Se encuentra a la valoración que no hay planes o preparativos para autoagredirse, no hay autolesiones, ni intentos previos de suicidio. Existen sentimientos de desesperanza o ideas en torno a la muerte que son poco frecuentes durante los últimos días. No tiene planes o preparativos para

hacerse daño, ni intentos de suicidio previos no tiene la intención de terminar con su vida.

2º ORS Condición de riesgo medio.- Sentimientos de desesperanza o manifiesta ideación suicida (ideas y deseos de muerte constantes) durante el último mes, pero sin preparativos o presenta autolesiones en los últimos doce meses sin intención de acabar con su vida. El paciente debe ser atendido en el ámbito ambulatorio no especializado en el primer nivel, especializado, selectiva.

3er ORS Condición de riesgo alto.- Presenta en el último mes ideación suicida (ideas y deseos de muerte, frecuentes e intensos) con planes y preparativos de acabar con su vida. Desesperanza crónica y autolesiones (heridas autoinflingidas) severas o algún intento de suicidio en los últimos 12 meses. Debe ser canalizado al ámbito ambulatorio especializado, segundo nivel especializado, el internamiento es indicado.

4º ORS Condición de riesgo inminente.- En éste nivel la persona ya ha realizado una autolesión severa o grave con intención de morir que requiere un tratamiento médico urgente sea de baja o alta letalidad, si se evita el intento de suicidio o si se encuentra con alta intencionalidad y planeación estructurada. Debe ser canalizado al ámbito hospitalario de tercer nivel y el internamiento es indicado.

A continuación se presenta el ASQ MODORIS herramienta de tamizaje que permite realizar la evaluación rápida y sencilla, la cual debe ser aplicada por personal especializado y supervisado, evitando que un riesgo suicida no sea identificado, una vez identificado, se refiere al servicio especializado pertinente para una evaluación a profundidad del riesgo suicida, Vázquez (2022):

2.4.2 Acción ante situaciones de emergencia Código 100

Molina (2022) propone que el trabajo con códigos se de en equipo y de forma coordinada con el fin de evitar duplicar las acciones de manera innecesaria, trabajando conjuntamente en beneficio del paciente. Su propuesta se basa en hacer uso del Código 100, empleando para la toma de decisiones clínicas, en la ideación y conducta suicida en hospitales y centros integrados de salud, entre ellos el servicio de la atención prehospitalaria, donde la característica principal, es: “... *identificar el riesgo de un paciente en términos de un intento repetido, el número de reintentos o grado de letalidad, dentro de un período de tiempo, la recopilación activa de datos de los pacientes brinda la oportunidad de mejorar el conocimiento del médico y el personal de salud, para así determinar combinaciones relevantes de factores de riesgo*”. De ese modo, considera que la atención de una persona con algún trastorno mental, podría ser atendido por el personal de salud pública sin discriminación, minimizando el estigma.

Por otro lado, hace ver la necesidad de tener diseñado un plan de seguridad o respuesta a crisis, donde se de una intervención breve que involucra a pacientes en una entrevista, como la que se desarrolla en la atención médica de urgencias, donde se busca encontrar señales que puedan predecir peligro en la persona en crisis, planeando como enfrentar los factores de riesgo; proporcionando alternativas que puede utilizar con el fin de modificar las ideas de suicidio y las redes sociales a las que puede acudir, planteando en siguiente plan de seguridad:

- *Restringir / reducir el acceso a medios letales.*
- *Generar estrategias de solución no suicidas (reducir factores de vulnerabilidad y/o aumentar la tolerancia al malestar).*

- *Activar / Buscar red de apoyo.*
- *Generar una frase de afrontamiento (retomar las razones para vivir).*
- *Identificar formas de resolver problemas para llevar a cabo el plan.*
- *Generar compromiso para mantenerse con vida.*

Del mismo modo, también propone un perfil del personal de los intervinientes en la atención de personas con ideas suicidas destacando las funciones del paramédico y del psicólogo, los cuales se enlistan a continuación:

Tabla 2

<i>Personal de urgencias</i>		
Tipo de personal	Capacitación	Actividades
Personal Paramédico	<ul style="list-style-type: none"> ● Entrenamiento básico en atención al suicidio 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Generar un entorno/perímetro seguro. 2. Dar primeros auxilios médicos. <ul style="list-style-type: none"> ● Promover confianza mediante la validación emocional para una aproximación efectiva. ● Contactar al responsable (familiar, pareja o amistad de mayor de edad).

Personal de Psicología	<ul style="list-style-type: none"> ● Formación en psicología clínica. ● Capacitación en especialización en identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida (“OPS participa en un programa colaborativo para la prevención del ...”) ● Elaboración de plan de seguridad y primeros auxilios psicológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Brindar primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis. ● Establecer de manera colaborativa el Plan de seguridad. ● Activar la red de apoyo (intervenciones psicosociales con familia, pareja, cuidador o responsable). ● Implementar tratamientos para el comportamientos suicidas breves basados en evidencia psicológica y/o mixtos (psicológico y psiquiátrico) bajo la modalidad de tratamiento individual, grupal y asistencia telefónica para manejo de episodios agudos. ● Dar de alta a partir de la adquisición de habilidades de afrontamiento a las
------------------------	--	--

crisis que acompañen la
solución de problemas y
con ello la remisión del
comportamiento

Es importante contar con personal capacitado en el área de atención prehospitalaria para dar una atención adecuada al paciente con trastorno mental.

El personal de atención prehospitalaria debe estar capacitado para atender cualquier manera de comunicación suicida, tanto verbal como no verbal, de manera directa o indirecta, identificando los factores de riesgo para dar una atención adecuada y prevenir la conducta suicida. Indicando la posibilidad de que se cometa un suicidio a corto plazo, tales factores pueden ser: directa donde se pueda acceder a los métodos, dejar notas de despedida, repartir posesiones valiosas, etc.; mientras que la indirecta, está relacionado con una muerte prematura, tales como redactar un testamento, planificar los funerales, predilección por los temas relacionados con el suicidio, etc.

En algunos casos, dicha información puede ser extraída de la entrevista a los miembros de la familia e incluso a los amigos del paciente. Es importante recordar que en las autopsias psicológicas realizadas a los familiares, amigos y otras personas muy vinculadas con la persona que cometió suicidio, se señala que había manifestado que tenía ideas de matarse, deseos de morirse, que los demás se sentirían mejor si no existiera y que la vida no era digna de ser vivida.

2.5 Factores de Riesgo y Suicidio en el Contexto Prehospitalario

Como hemos visto anteriormente, los factores de riesgo son muy importantes de visualizar para evitar que se dé el intento y consumación del suicidio. Siendo estas conductas las situaciones que se manifiestan con mayor frecuencia en los servicios de emergencia. Cuando el servicio médico de urgencia SMU se ha activado y el paciente que ha tenido una conducta suicida, en esos momentos, el objetivo principal es estabilizarlo y trasladarlo al servicio médico de referencia adecuado, en

mejores condiciones de como fué encontrado con una atención profesional y humana, cuidando que se establezca una relación terapéutica con la persona.

Los pacientes que presentan las conductas anteriormente descritas requieren de una atención por personal capacitado y especializado, que cuenten con técnicas de comunicación acorde a estas circunstancias, cuyo trabajo fundamental sea la relación de apego y confianza con el paciente, buscando validar los sentimientos., cuando el paciente permite la atención. Cuando existe agitación psicomotora como episodios psicóticos o delirios por trastornos psiquiátricos, manifestando errores de juicio y conducta; siendo su comportamiento muy agresivo, deben ser sujetados gentilmente para evitar que se hagan daño y lastimen a otros. Por otro lado, cuando el paciente se encuentra con lesiones que ponen en peligro su vida, o algún tipo de lesión, la indicación es estabilizar en sus lesiones y signos vitales a través de los protocolos de atención específicos, dejando en segunda instancia el intento suicida y trasladarlo al hospital general para su atención de urgencias y referencia a psiquiatría Ley 1 (2016).

La atención en muchas ocasiones se realiza en lugares muy concurridos, donde se complica el tener una conversación privada, a lo cuál se puede llevar a la ambulancia o vehículo de emergencia para realizar la valoración, asegurando la tranquilidad e intimidad del paciente. También es necesario dar el tiempo suficiente para desahogarse a la persona, para lo cuál se debe estar preparado mentalmente, ya que estos pacientes requieren mayor tiempo para tener éxito en la atención.

Cuando existe un profesional que atiende urgencias psiquiátricas debe mantener la compostura, teniendo una actitud de confianza, amabilidad, acogida y calma, cuya tarea es escucharlos atentamente, permitiéndole expresar sus sentimientos y evitar

una actitud moralista o crítica. Cabe hacer notar que una excesiva demostración de vitalidad por parte del profesional empeora las cosas, ya que entenderá que no muestra empatía y se negará a colaborar. Por lo que es importante indagar las características del intento fallido, el grado de intención, la planificación, si hay notas de despedida, la actitud ante lo sucedido, método utilizado y las circunstancias en que se llevó a cabo el intento.

Finalmente, cabe hacer notar que hay algunos sitios que se llegan a convertir en factor de riesgo, como edificios altos, estaciones del metro, puentes peatonales y vehiculares, los objetos que rodean la escena, sustancias peligrosas, navajas, cuchillos, armas de fuego, etc. a lo cual se le debe prestar especial atención para no correr un riesgo innecesario tanto el personal de atención como los curiosos o demás servicios de emergencia. Un ejemplo, es el mapa de suicidios en la Ciudad de México, donde se destaca que en las dos primeras semanas del 2023 se registraron una serie de suicidios que llamaron la atención porque se han llevado a cabo principalmente en estaciones muy concurridas del Sistema de Transporte Colectivo Metro, siendo la línea 2 la más concurrida para realizar el acto suicida.

Por todo lo anterior, debemos trabajar en minimizar los factores de riesgo que llevan a presentar una conducta suicida, para evitar que la conducta suicida se presente, trabajar a través de la prevención. En la presente investigación se pretende reconocer esos factores de riesgo que más influencia tienen en la conducta suicida y de ésta manera proponer, protocolos de atención y medidas de prevención en el campus universitario.

CAPÍTULO III. MÉTODO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

3.1 Líneas de investigación

El presente trabajo tiene el objetivo de identificar los factores de riesgo suicida en la población universitaria y se enmarca en la Línea 1 de Políticas Públicas y Salud Mental y en la sublínea 1.3 Formulación y Evaluación de Proyectos de Salud Mental del programa doctoral del Instituto Superior de Estudio de Occidente (ISEO), el cual “está orientado a potenciar la investigación en el área de salud mental al más alto nivel para desarrollar diversas líneas de investigación que se encuentran alineadas con la estrategia y plan de acción sobre salud mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el que se establece que las investigaciones deberán atender los aspectos estratégicos de atención en salud mental” (Instituto Superior de Estudios de Occidente, 2023). Los resultados se podrán relacionar con las políticas públicas y la salud mental, para formular proyectos en este ámbito.

3.2 Enfoque metodológico

La investigación es de corte cuantitativo, ya que se centra en el análisis estadístico de los datos, busca encontrar generalidades y comprender la relación entre los fenómenos en materia de riesgo suicida en la población universitaria. A partir de las emergencias atendidas entre el 2018 y 2023, se seleccionaron las emergencias psicológicas y se trabajó con los datos medibles para determinar el nivel de riesgo suicida en la población universitaria. A partir de la toma de la muestra se realizó un análisis estadístico mediante la captura de datos medibles de las emergencias psicológicas y en particular del nivel de riesgo suicida en la población universitaria.

3.3 Diseño metodológico

La investigación fue de corte no experimental, la cual siguió un razonamiento empírico racional y un método inductivo. Se realizó un estudio epidemiológico, de casos y controles (Wang et al. 2023), de corte cuantitativo, descriptivo y longitudinal con el objetivo de identificar los factores de riesgo suicida. El propósito de este estudio, fué describir los factores que intervienen en la conducta suicida y como se manifestó este fenómeno en la comunidad universitaria durante un periodo de tiempo es, por lo tanto, un estudio epidemiológico ya que se centra en identificar la frecuencia, la distribución y los determinantes de estados y sucesos relacionados con la salud y la enfermedad. Así mismo busca especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, de la comunidad, identificando con factores de riesgo para la ideación suicida más frecuentes y que fueron sometidos a un análisis. También, se describieron y midieron las variables independientes para describir los factores de riesgo y el grado de afectación para generar la conducta de riesgo suicida.

En este estudio se partió de las siguientes hipótesis:

- ¿La edad, el sexo, el rol dentro de la universidad, los problemas psicosociales, los trastornos mentales, los intentos de suicidio previos, determinan el nivel de riesgo suicida en población universitaria?
- ¿Los factores psicosociales y ambientales aumentan el riesgo suicida?
- ¿Los trastornos mentales aumentan el riesgo de llevar a cabo la conducta suicida?

A través de las hipótesis mencionadas se pudo obtener una conjetura o argumento que explica los hechos de manera tentativa sobre la relación entre los factores de riesgo y la influencia en la conducta de riesgo suicida.

- a) Fué una investigación básica o pura, ya que mediante la revisión teórica y el análisis de datos se identificaron relaciones entre las variables los alcances que se plantearon son descriptivos.
- b) El estudio fue ex post facto ya que se basó en los hechos y antecedentes de los pacientes atendidos por el servicio de APH, a fin de establecer la relación entre los factores de riesgo para tener una conducta suicida.
- c) A través del razonamiento deductivo se permitió realizar un vínculo entre la teoría y la observación de los casos, identificando los factores de riesgo suicida, integrando los conocimientos y la información aislados, enfatizando en el origen empírico para aproximarse a la realidad de forma rigurosa.

La estructura lógica del proceso de investigación cuantitativa (Méndez,2014), llevó las siguientes fases:

- Revisión teórica en lo relacionado con el riesgo suicida y los factores que rodean a esta conducta en el contexto de la atención prehospitalaria en la población universitaria.
- Deducción del problema a través del razonamiento para llegar al conocimiento de la conducta suicida y sus factores de riesgo.
- Formulación de la pregunta de investigación.
- Operacionalización, se definieron los criterios para identificar y medir cada variable.

- Procesamiento de datos que se obtuvieron de la captura de las hojas de servicio..
- Análisis e interpretación de los datos estadísticos obtenidos.
- Resultados.
- Discusión y conclusiones

3.4 Población

La población comprende el conjunto de los casos relacionados con las emergencias psicológicas que se atendieron en atención prehospitalaria, que concuerdan con las especificaciones de los factores de riesgo suicida.

La población correspondió a 946 personas: estudiantes, personal docente y administrativo y visitantes del campus de una universidad pública, quienes recibieron atención del servicio de urgencias médicas por haber presentado una crisis de carácter emocional.

3.5 Procedimiento de selección de la muestra

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia ya que de la base de datos de urgencias médicas y de salud mental atendidas por el servicio de atención prehospitalaria, se seleccionaron los casos que recibieron atención por una urgencia psicológica.

3.5.1 Inclusión

Se incluyeron en la muestra a todos los pacientes que fueron atendidos por el área de atención prehospitalaria universitaria, debido a que presentaron alguna emergencia psicológica (psiquiátrica, de conducta suicida, adicciones, de tipo afectivo o patología dual, antecedentes de ideación, planeación e intento suicida)

en el periodo que comprende del 1 de enero del 2018 y el 31 de diciembre del 2023. Asimismo, se consideran los suicidios consumados en este periodo.

3.5.2 Exclusión

Se excluyeron del estudio a todos los pacientes con otras patologías médicas que no estén relacionadas con problemas de salud mental, con la conducta suicida o con algún tipo de patología dual.

3.5.3 Eliminación

Se eliminó a los pacientes que no contaban con factores de riesgo suicida y a las personas fallecidas por otros problemas de salud.

3.6 Participantes

Novecientas cuarenta y seis personas atendidas por urgencias psicológicas, cuyos datos se obtuvieron a través de las hojas de servicio que recaba el departamento.

En seguida se enlistan las personas integrantes del equipo de investigación y los roles que llevaron a cabo.

Tabla 3

Equipo de investigación

Participante

Rol / actividad

1 Investigador

Realiza la planeación del proyecto.

- Asigna tareas a los participantes.
- Coordina al equipo de trabajo.
- Dirige la recolección de la información.
- Realiza el procesamiento de la información.
- Analiza los resultados.
- Diseña el programa de intervención.

2 Colaboradores

- Ayudan con la revisión de las hojas de servicio y del banco de datos.
- Recolección de la información.
- Generan un banco de datos.

1 Directora de tesis

- Orienta y propone cambios del proyecto.
- Realiza la supervisión del trabajo del investigador.

1 Codirectora de tesis	<ul style="list-style-type: none"> • Orienta en la metodología de la investigación y en el procesamiento de los datos.
1 Colaboradora académica	<ul style="list-style-type: none"> • Apoya en la revisión documental • Apoya en el proceso de investigación
Directivos	<ul style="list-style-type: none"> • Autorizan la recopilación, la utilización y el análisis de los datos.

3.7 Técnicas e Instrumentos empleados

En el presente estudio se tomó una muestra no probabilística derivada de un proceso arbitrario (Hernández,2004).

La recopilación de información se hizo a través de la observación y el análisis de las hojas de servicio del área, con las que se generó una base de datos que posteriormente fue analizada con R. Una vez que se seleccionó el diseño de investigación apropiado y la muestra adecuada, de acuerdo con el problema de estudio e hipótesis, la siguiente etapa consistió en recolectar los datos pertinentes sobre los atributos, conceptos o variables de las unidades de muestreo o casos.

- o Las fuentes de donde se recopilaron los datos, fueron las hojas de servicio de atención prehospitalaria, donde se hizo la revisión de los hallazgos de padecimientos

Finalmente, el análisis descriptivo final fué sobre las variables del estudio y si cumplieron con los objetivos planteados para la investigación. El estudio tiene una finalidad puramente exploratoria y descriptiva , por lo que se utilizaron los datos obtenidos para hacer el análisis y realizar el reporte de la investigación.

Se utilizó una base de datos del 1º de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2022, cuyas características cumplieron con el acuerdo de confidencialidad de datos personales establecido.

3.8 Procedimiento de recolección de datos

La recolección de los datos se realizó de forma manual, recabando la información de las hojas de servicio del departamento de atención prehospitalaria (anexo D), por parte de tres colaboradores y el investigador. Generando un banco de datos en una hoja de excel para su graficación e interpretación de los datos, para finalmente analizarlos y llegar a conclusiones al respecto de los factores de riesgo que se presentaron, sí influyen en riesgo de conducta suicida. Para ello se llevó a cabo:

- El proceso de depuración, codificación y tabulación
- El análisis estadístico.
- La revisión de los resultados en función del objetivo del estudio.
- El informe de resultados.

El análisis de los resultados implicó:

- Seleccionar el programa estadístico
- Ejecutar el programa
- Analizar y visualizar los datos por variable
- Realizar análisis adicionales
- Analizar hipótesis

- Evaluar confiabilidad
- Presentación de gráficas, tablas, etc.

3.9 Desarrollo de las 5 etapas de la investigación

3.9.1 Etapa 1. Selección del objeto de estudio

La selección del objeto de estudio se realizó a partir de la experiencia empírica en el área de Atención Prehospitalaria del Servicio Médico de una Universidad de la CdMx, en donde se había venido observando un incremento de las crisis psicológicas y la consumación de tres suicidios en un periodo de seis años. Aunado a la revisión de la literatura, se identificó la necesidad de determinar los factores de riesgo suicida en las emergencias psicológicas.

El planteamiento del estudio y el proceso de autorización por parte de las personas responsables del Servicio Médico al que pertenece el departamento de atención prehospitalaria, se llevó a cabo de manera ordenada, expresando los objetivos y alcances de la investigación así como los aspectos éticos.

3.9.2 Etapa 2. El trabajo de campo.

Se buscó la colaboración de las personas que laboran en el área para la recolección de los datos de las hojas de servicio desde el 1º de enero del 2018, hasta el 31 de diciembre del 2023. Se les indicaron las características del estudio y la información que debería ser recabada para incluirla dentro del estudio cumpliendo con la protección de datos personales, garantizando las cuestiones éticas de la investigación. Por otro lado, el investigador fue almacenando en una hoja de cálculo de excel la información que estaba siendo extraída para formar una base de datos,

organizando los datos por mes, año y de manera global, con las características ya mencionadas anteriormente (Hernández,2004).

3.9.3 Etapa 3. Análisis de la información

Se creó un catálogo de variables para operacionalizarlas

Los datos se procesaron en R para el análisis de las variables independientes: periodo y meses en los que ocurren las urgencias, datos sociodemográficos, rol que funge en la universidad, padecimiento, problemas psicosociales, antecedentes (médicos, psiquiátricos, psicológicos y comorbilidades), motivo de atención y referencia, y de la variable dependiente nivel de riesgo suicida, con elque se obtuvieron los estadísticos descriptivos y gráficas de frecuencia de los factores de mayor riesgo para la conducta suicida en las personas atendidas.

3.9.4 Etapa 4. Presentación de los resultados

Se presentó la interpretación de los gráficos y tablas de los resultados en forma narrativa, validando la hipótesis que se planteó acerca de los factores de riesgo suicida que se presentan con mayor prevalencia.

3.9.5 Etapa 5. Análisis de la información conclusiones

Se efectuó un contraste teórico con los resultados y se realizó la comparativa de las conclusiones con los objetivos planteados en un inicio en el estudio, dando respuesta a cada uno de ellos, fundamentando el resultado en los datos obtenidos en la investigación.

3.10 Aspectos bioéticos

Las condiciones que justifican la investigación de la conducta suicida es beneficiar a la comunidad universitaria, generando información que permita la implementación

de un programa de prevención, atención, referencia y seguimiento del riesgo suicida en beneficio de toda persona que transite por el campus.

Este tipo de conducta, como se ha visto anteriormente, se ha convertido en un problema de salud que requiere ser investigado, identificando aquellos factores de riesgo y protección para evitar un suicidio consumado, beneficiando a la población ya mencionada, consideran los siguientes aspectos éticos:

1. Se conocen las implicaciones éticas del estudio, tanto en los medios utilizados, como en la recopilación de los datos, describiendo claramente el objetivo final de la investigación dentro del protocolo de investigación.
2. Se estudia la conducta suicida a través de principios bioéticos de: Autonomía, beneficio y justicia.
3. Se asegura que los datos personales de los sujetos que participan en el estudio se mantengan de forma confidencial, asegurándose que:
 - No haya un daño físico, psicológico o social.
 - No haya una invasión de su vida privada.
 - Garantizando el carácter confidencial de su participación.
4. La información obtenida no cuenta con datos personales, y tampoco generan ningún tipo de riesgo para los sujetos participantes.
5. Se tiene una atención especial en la población vulnerable que participa de la presente investigación y quienes son los principales beneficiarios del programa, cuyo rol se enlistan enseguida:
 - Pacientes con trastornos mentales.
 - Pacientes con algún tipo de crisis psicológica.
 - Pacientes en riesgo suicida.

- Estudiantes.
- Empleados.
- Profesores.
- Personas en situación de calle.
- Inmigrantes o extranjeros.
- De la comunidad LGBTQ+

6. En la presente investigación no se utilizó ningún tipo de procedimiento peligroso, ya que la información recabada fue de un banco de datos del departamento de atención prehospitalaria y no de los pacientes.

7. El tratamiento de los datos estadísticos recabados está bajo la supervisión de los directivos, quienes son los responsables del manejo y supervisión del banco de datos, de tal manera que no sean empleados de manera inadecuada. Se solicitó la autorización para su uso, realizando los siguientes pasos:

- Se redactó el aviso de privacidad por parte del autor y su directora de tesis, donde, se especificaron los alcances del tratamiento de los datos personales y establecer las condiciones en las cuales es permisible transferir a terceros la información que debe ser plenamente identificada e implica que no solo existan responsables sino también encargados de la protección de los datos personales haciendo del conocimiento del titular de forma obligatoria, que otros sujetos pudieran resultar responsables en caso de que se suscite un uso indebido de los mismos (Pedroza, 2021).

- Se hizo entrega del aviso de privacidad y protección de datos a las autoridades correspondientes.
 - Se recibió la autorización para la captura, tratamiento y análisis de los datos obtenidos de las hojas de servicio de pacientes atendidos en APH.
8. El manejo y resguardo del banco de datos, está a cargo del área de atención prehospitalaria de los servicios médicos de la universidad y a su vez, del tratamiento y uso de la información, está bajo la responsabilidad del investigador y de la directora.
9. No se requiere de consentimiento informado, ya que se utilizó un banco de datos de manera retrospectiva y no con las personas en tratamiento.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

El análisis de datos se realizó con el programa R. Del total de urgencias prehospitalarias en el periodo 2018 - 2023, el 10% (946 casos) correspondió a urgencias psicológicas. De la población atendida por esta causa, 66.4% fueron de sexo femenino y 33.6% de sexo masculino, como se observa en la tabla 4.

El promedio de edad de las personas atendidas por dicho tipo de emergencias fue de 31 años, con un rango de 11 a 83 años.

Las figuras 1 y 2, muestran que la mayor frecuencia de atenciones se concentra tanto en las mujeres como en los hombres de 21 años. Asimismo, se observa que las distribuciones de edad en ambos sexos se comportan de manera similar.

Tabla 4

Descriptivos de la muestra

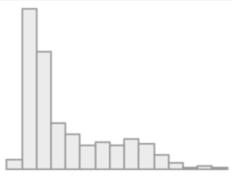
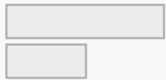
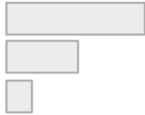
Edad [integer]	Mean (sd) : 31 (14.9) min ≤ med ≤ max: 11 ≤ 24 ≤ 83 IQR (CV) : 21 (0.5)	67 distinct values	
Sexo [character]	1. Femenino 2. Masculino	628 (66.4%) 318 (33.6%)	
Status [character]	1. Alumno 2. Empleado 3. Otro	553 (58.5%) 289 (30.5%) 104 (11.0%)	

Figura 1

Densidad de probabilidad por Edad y Sexo

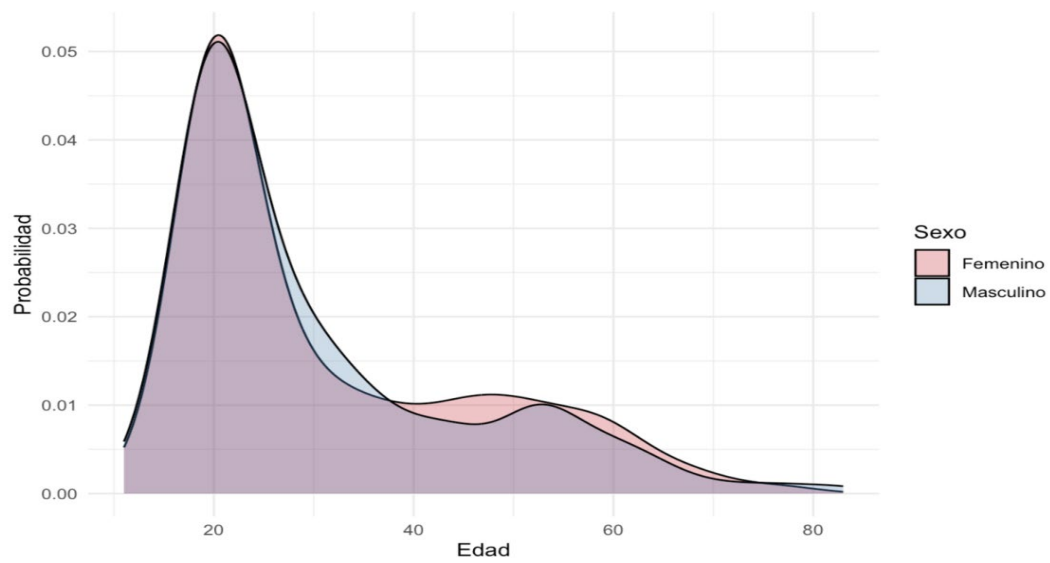
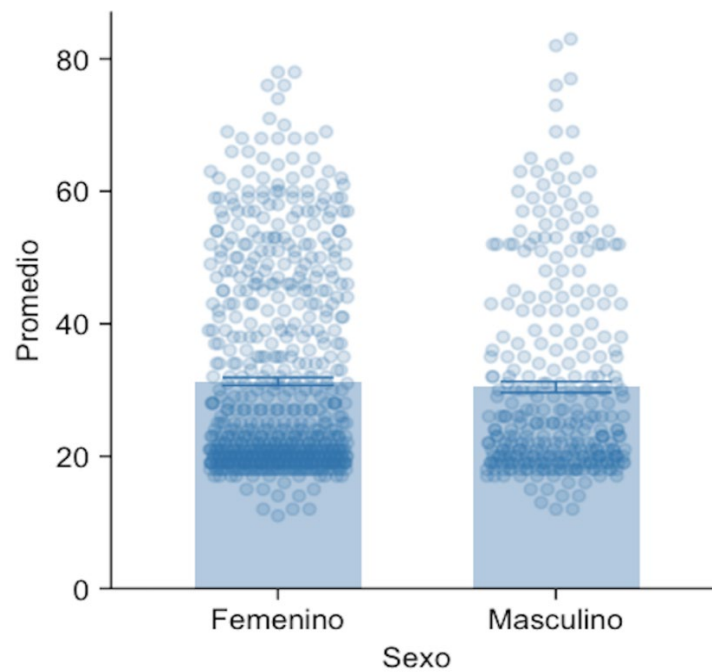


Figura 2

Promedio de Edad por Sexo




La edad más frecuente, que se concentra alrededor de los 21 años, coincide con el rol de estudiantes dentro de la universidad. Esta población mayoritaria representa el 58.5% de los casos atendidos, las personas trabajadoras abarcan el 30%, mientras que la población flotante el 11%, como se observa en la tabla 4.

Los casos de estudiantes atendidos por urgencias psicológicas representan aproximadamente el 0.2% de la población estudiantil, los cuales son cerca de 200 mil, mientras que los casos de trabajadores representarían 1.18% de los 20 mil trabajadores.

En la tabla 5, se nota que en los años previos y posteriores al confinamiento por Covid 19 en 2020 y 2021, las atenciones por urgencias psicológicas se comportaron de manera similar, lo que indicaría una prevalencia constante.

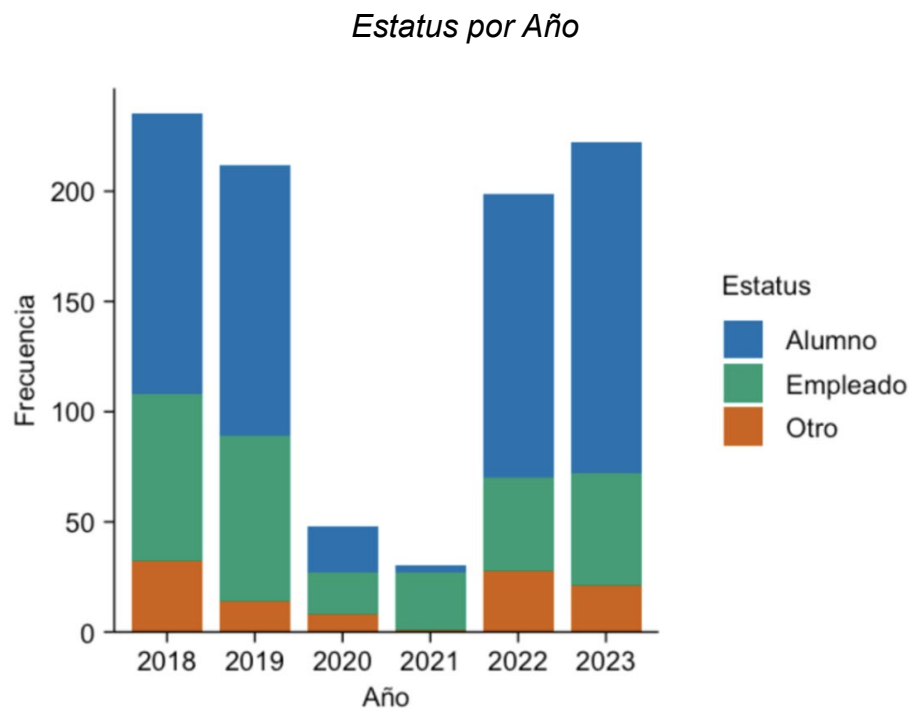
Tabla 5

Urgencias psicológicas atendidas por año

Año [factor]	1. 2018	235 (24.8%)	
	2. 2019	212 (22.4%)	
	3. 2020	48 (5.1%)	
	4. 2021	30 (3.2%)	
	5. 2022	199 (21.0%)	
	6. 2023	222 (23.5%)	

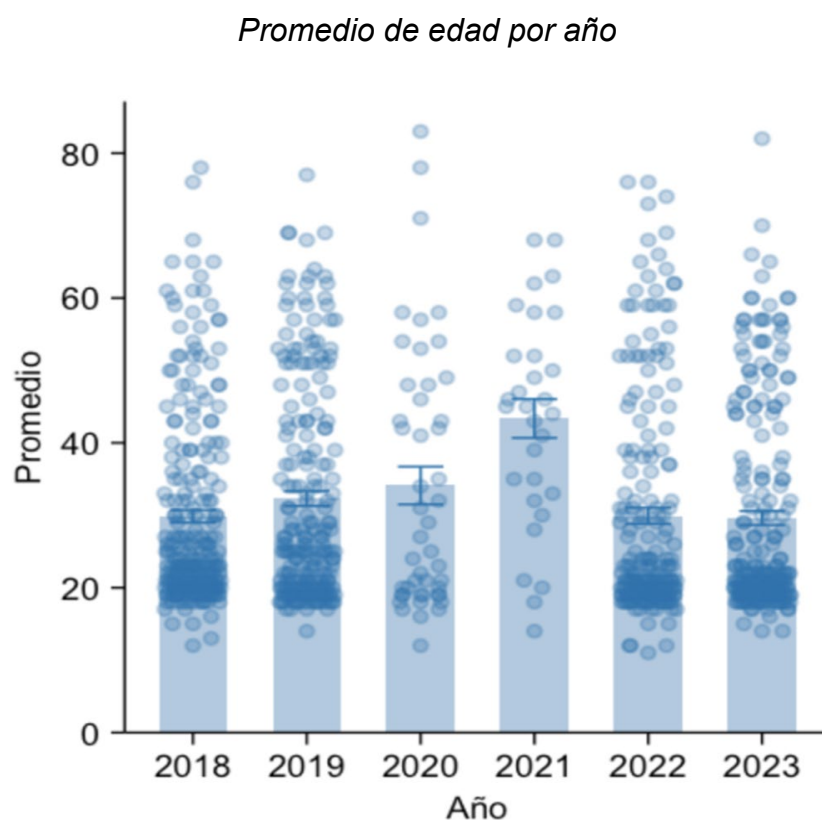
Durante los años de la emergencia sanitaria las atenciones disminuyeron drásticamente debido al cierre de las instalaciones universitarias. Si bien durante los primeros meses del 2020 el número de estudiantes y empleados atendidos fue similar, en el 2021 la atención prioritaria fue de empleados, como se observa en la Figura 3, ya que en este periodo se inició el retorno paulatino a las actividades laborales y posteriormente a las actividades educativas de manera híbrida. A partir del 2022, comenzó el retorno a las actividades regulares de manera presencial, observándose un incremento en los servicios de atención de urgencias en atención prehospitalaria y por lo tanto de la urgencia que alcanzó una frecuencia similar a los años anteriores a la pandemia.

Figura 3



Estos resultados son coincidentes con las edades promedio por año que se presentan en la Figura 4, en la que la mayoría de los casos se concentran alrededor de los 20 años en los dos años que anteceden a la pandemia y en los dos años posteriores. Durante la pandemia se observa un aumento del promedio de edad, particularmente por la atención a trabajadores en el 2021.

Figura 4



En cuanto a la incidencia por mes, la tabla 6 denota que se incrementa en los meses de septiembre, octubre y noviembre, siendo el promedio de edad y concentración de casos similar a lo mostrado en la figura 4, donde se concentran la mayoría en torno a los 20 años, teniendo una mayor incidencia en los meses donde está presente la población estudiantil, coincidiendo con los meses de inicio del año escolar. En los meses de diciembre (4.1%) y julio (menos del 4%), en este periodo

de tiempo la universidad se encuentra en periodo vacacional y no hay labores académicas ni administrativas ocurriendo el menor número de atenciones. En febrero los alumnos se encuentran en periodo inter semestral y son menos las atenciones que se da a esta población, por lo que se ve una diferencia importante en el número de atenciones de los trabajadores.

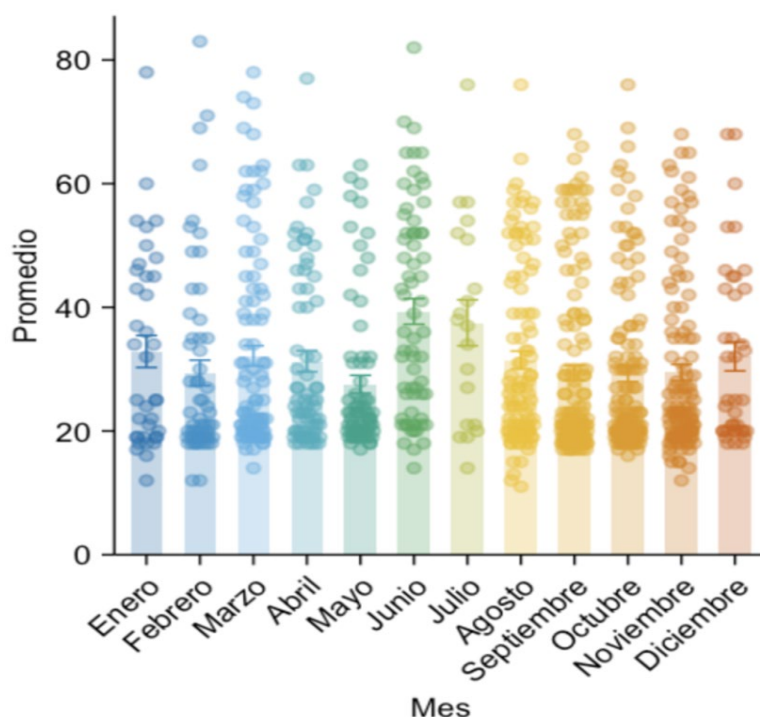
Tabla 6

Urgencias psicológicas atendidas por mes

Mes [character]	1. Septiembre	140 (14.8%)	<div></div>
	2. Octubre	126 (13.3%)	<div></div>
	3. Noviembre	114 (12.1%)	<div></div>
	4. Agosto	103 (10.9%)	<div></div>
	5. Marzo	99 (10.5%)	<div></div>
	6. Abril	72 (7.6%)	<div></div>
	7. Mayo	72 (7.6%)	<div></div>
	8. Junio	66 (7.0%)	<div></div>
	9. Febrero	58 (6.1%)	<div></div>
	10. Diciembre	39 (4.1%)	<div></div>
	[2 others]	57 (6.0%)	<div></div>

Figura 5

Promedio de Edad por Mes



Los antecedentes suelen ser una parte fundamental para presentar una conducta suicida y para catalogar el nivel de riesgo suicida en la persona al momento de la valoración. Los factores de riesgo detectados en la atención de urgencias psicológicas se presentan en la tabla 7. En los registros se identificó que el 42.3% de los casos presentan problemas psicosociales, seguidos 290 casos con comorbilidades (30.7.3%), es decir, que tuvieron la presencia de dos o más padecimientos o condiciones simultáneas, físicas, psicosociales o mentales, incluyendo el consumo de sustancias. En tercer lugar se encuentran los antecedentes médicos, seguidos de los psiquiátricos (8.7%), los cuales reflejan distintos trastornos que se atienden en las emergencias psicológicas, entre ellos los trastornos de personalidad, trastorno bipolar, trastorno de esquizofrenia, trastorno depresivo mayor, entre otros. Los antecedentes psicológicos se presentan mayoritariamente en las personas de sexo femenino como se ve en la figura 6, en

la que también se observa que la conducta suicida se identifica más en las personas de sexo masculino. Esta figura muestra que los problemas psicosociales y el consumo de sustancias, ocurren con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, comportándose ambas variables de manera parecida. Por otro lado, la comorbilidad y los antecedentes psiquiátricos, aunque en menor proporción de casos, también son más en personas de sexo femenino.

Tabla 7

Factores de riesgo asociados a las urgencias psicológicas


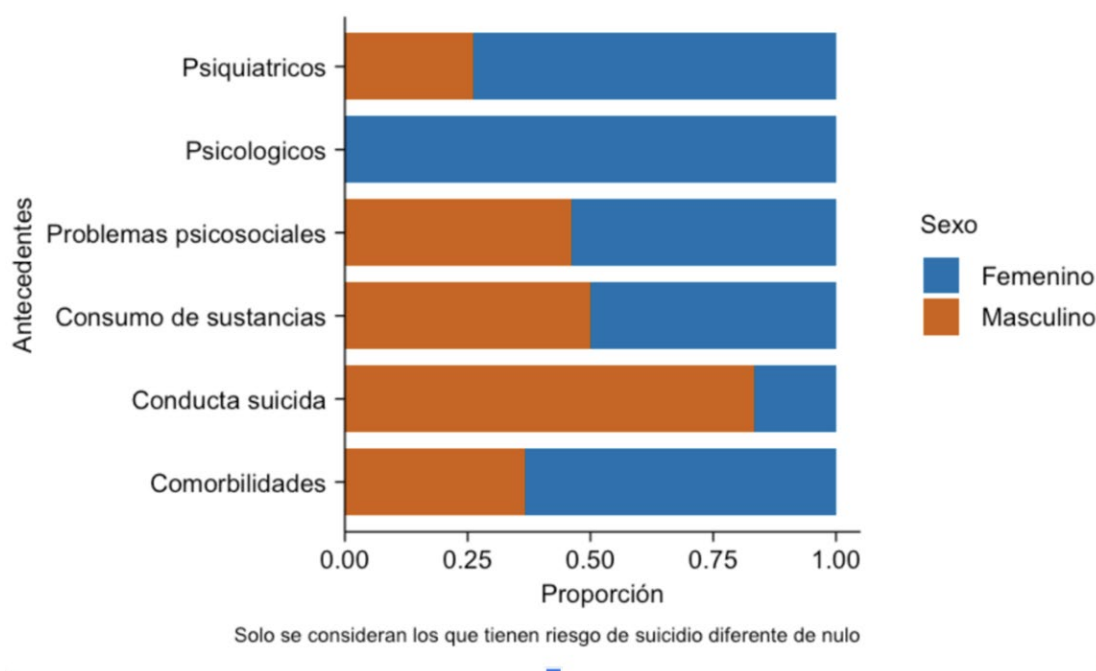
Antecedentes [character]	1. Comorbilidades	290 (30.7%)	
	2. Conducta suicida	12 (1.3%)	
	3. Consumo de sustancias	6 (0.6%)	
	4. Medicos	93 (9.8%)	
	5. Problemas psicosociales	400 (42.3%)	
	6. Psicologicos	55 (5.8%)	
	7. Psiquiatricos	82 (8.7%)	
	8. Sin antecedentes	8 (0.8%)	

Figura 6

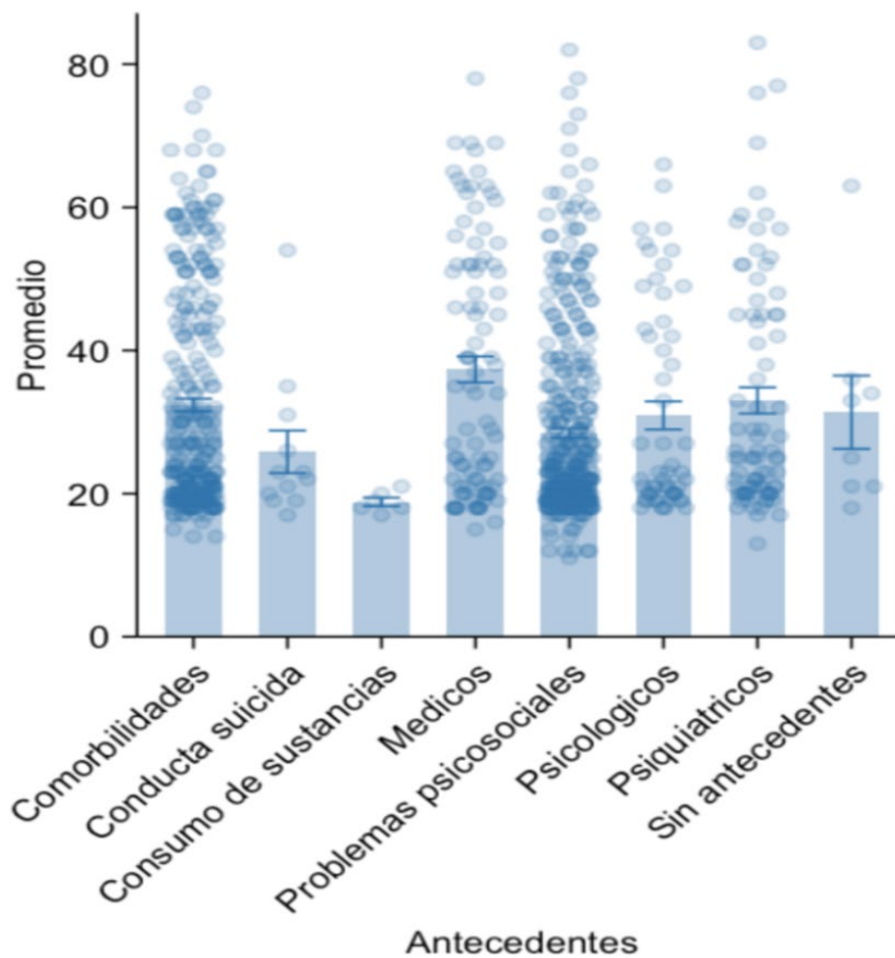
Frecuencia de antecedentes por sexo



La figura 7 muestra el comportamiento de los antecedentes por promedio de edad. Se observa que alrededor de los 19 años se presenta el consumo de sustancias, mientras que la conducta suicida, los problemas psicosociales y las comorbilidades se presentan en un rango promedio de 20 a 25, los problemas psicológicos, psiquiátricos y médicos ocurren con más frecuencia entre 35 y 40 años.

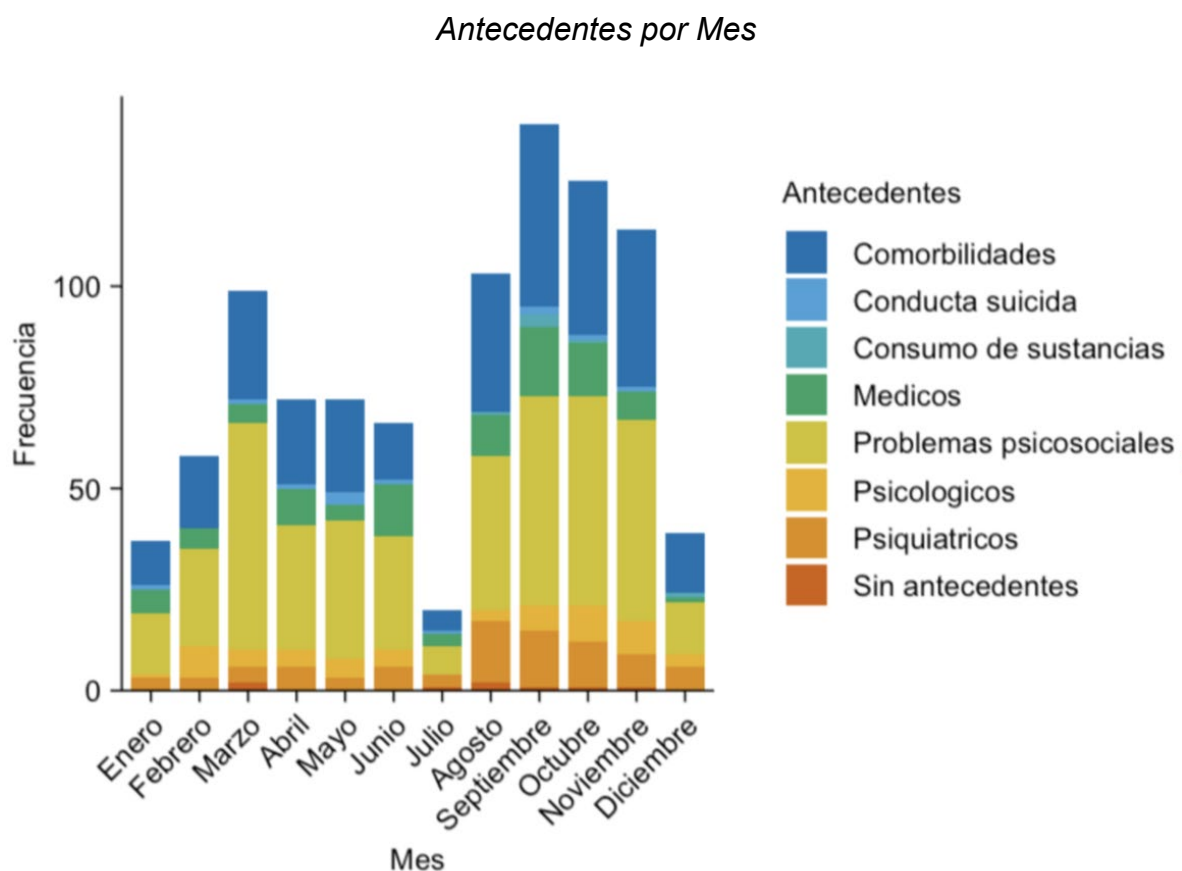
Figura 7

Promedio de edad por antecedentes



Los antecedentes por mes, que se muestran en la figura 8, permiten observar que en los meses de septiembre, octubre y noviembre los problemas psicosociales, las comorbilidades, los problemas psiquiátricos, psicológicos se intensifican, sumados a los antecedentes médicos y a la conducta suicida. El decremento de casos en julio, diciembre y enero, son coincidentes con el periodo vacacional y con el periodo intersemestral en los cuales la población estudiantil no se encuentra en actividades académicas mientras que las actividades administrativas disminuyen.

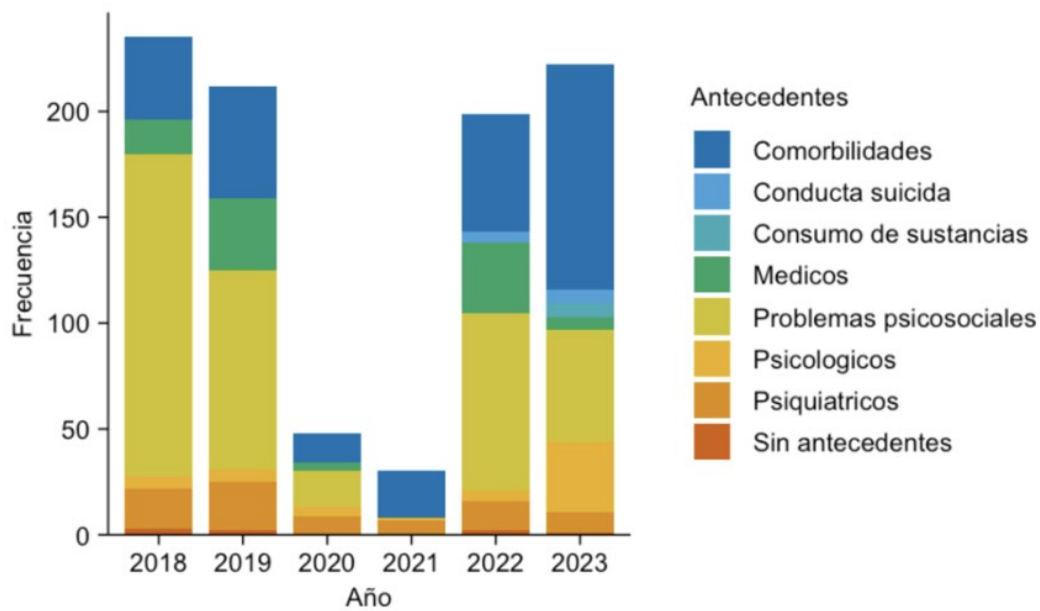
Figura 8



En cuanto al comportamiento de los antecedentes por año, en la figura 9 se aprecia que durante el 2018 hubo un predominio de problemas psicosociales los cuales disminuyeron hasta ser el segundo motivo de atención en 2023, año en el que las comorbilidades se convirtieron en los antecedentes más frecuentes, seguidos de los problemas psicosociales y los psicológicos. Si bien los antecedentes psiquiátricos aislados parecen disminuir, se presentaron en mayor medida en interacción con otros factores como parte de las comorbilidades. La conducta suicida aparece en los años posteriores a la emergencia sanitaria, con una tendencia creciente.

Figura 9

Antecedentes por Año



Con respecto a los niveles de riesgo suicida, en la tabla 8 y la figura 10 se muestra que la mayor parte de la población no presenta este riesgo. Los casos de riesgo medio son los que se presentan con mayor frecuencia en la población universitaria, seguidos de los niveles de riesgo leve e inminente. El riesgo alto se presenta con menor frecuencia.

Tabla 8

Nivel de riesgo suicida

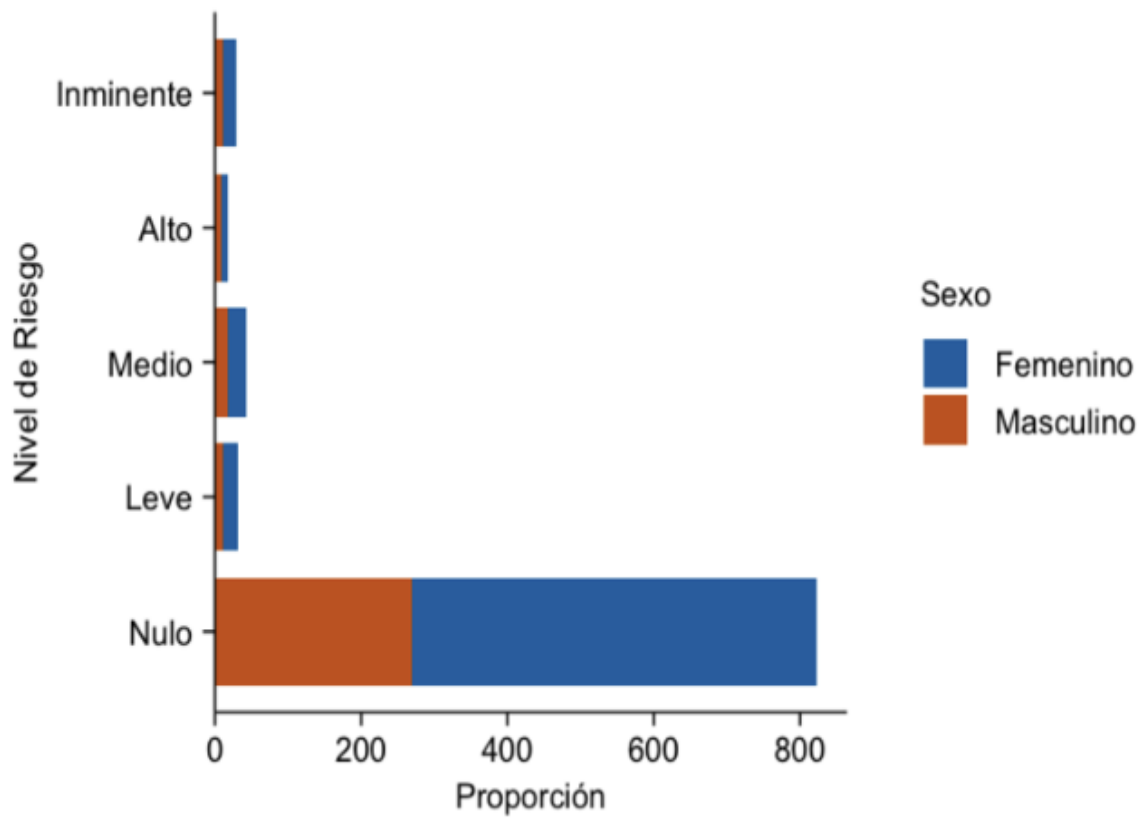
Nivel_Rx_Suicida [factor]	1. Nulo	823 (87.0%)	
	2. Leve	32 (3.4%)	
	3. Medio	44 (4.7%)	
	4. Alto	18 (1.9%)	
	5. Inminente	29 (3.1%)	

Nota: se tienen registrados tres casos de suicidios consumados en el periodo de 2018 a 2023. Los tres eran estudiantes universitarios de sexo masculino, dos cometieron el suicidio arrojandose al vacio y uno más suspendiendose de un árbol. Los tres contaban con antecedentes de atención psiquiátrica y psicológica.

En general, las personas de sexo femenino presentan riesgo suicida con más frecuencia que las personas de sexo masculino, como se aprecia en la figura 10.

Figura 10

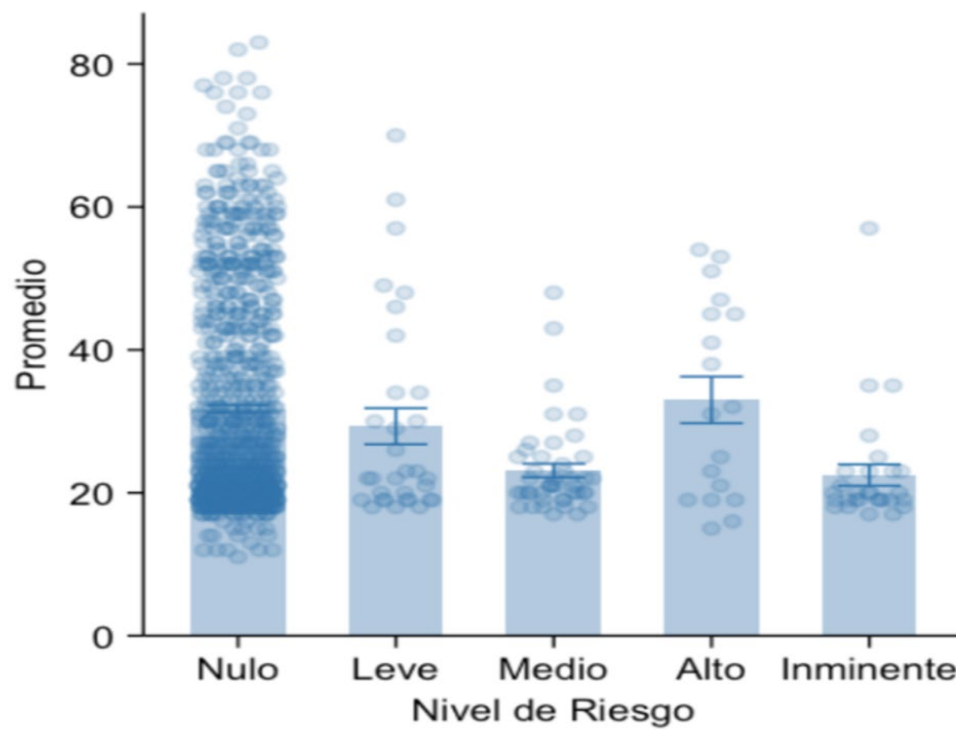
Nivel de riesgo suicida por sexo



En la figura 11, se nota que la edad promedio para el riesgo inminente y medio es alrededor de los 21 años, de 30 años para el de riesgo leve y de 35 años para el riesgo alto.

Figura 11

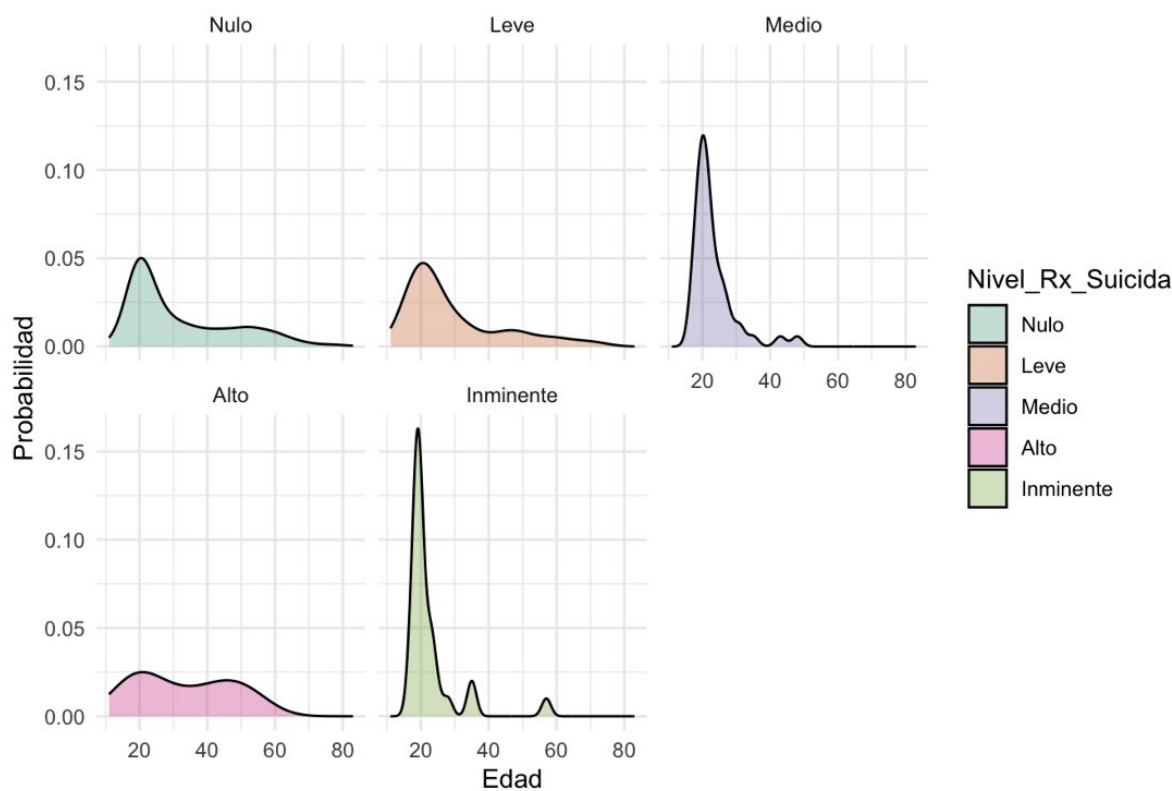
Promedio de edad por nivel de riesgo suicida



En la figura 12 se observa que a los veinte años hay mucha mayor probabilidad de que el riesgo suicida sea inminente, seguido del riesgo medio, leve y finalmente el alto.

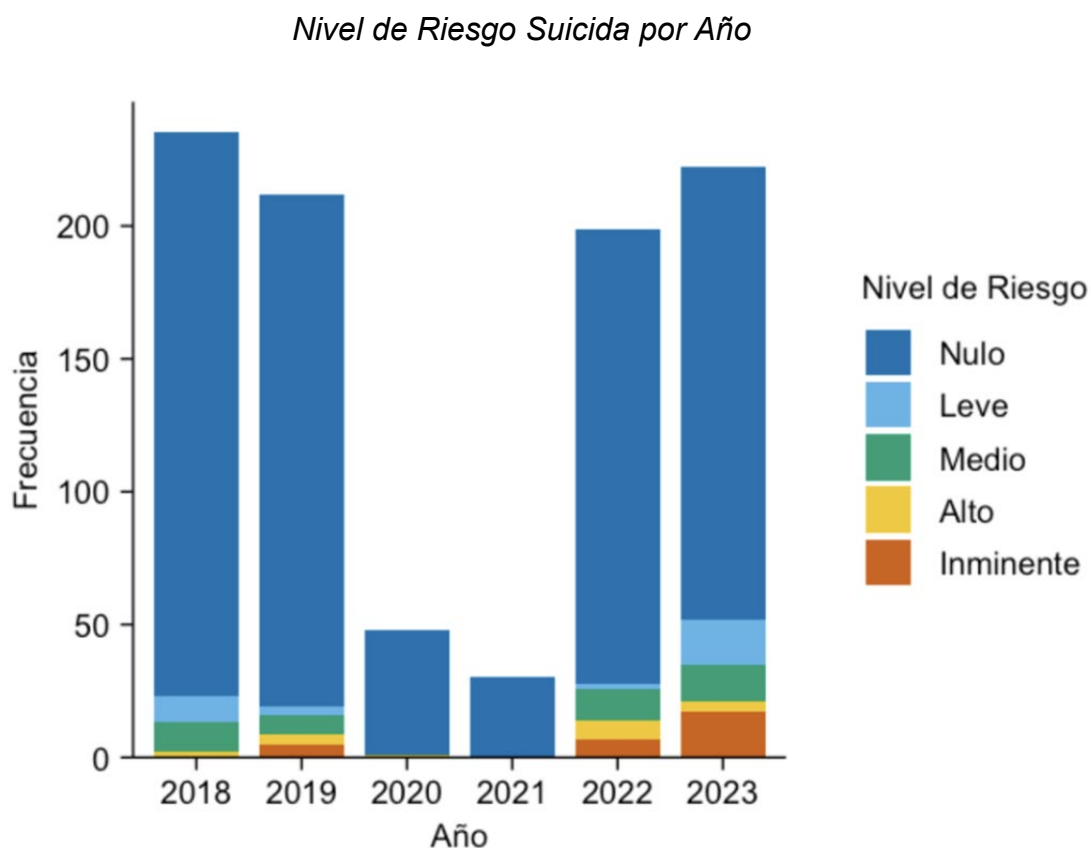
Figura 12

Densidad de probabilidad por Nivel de Riesgo Suicida y Edad



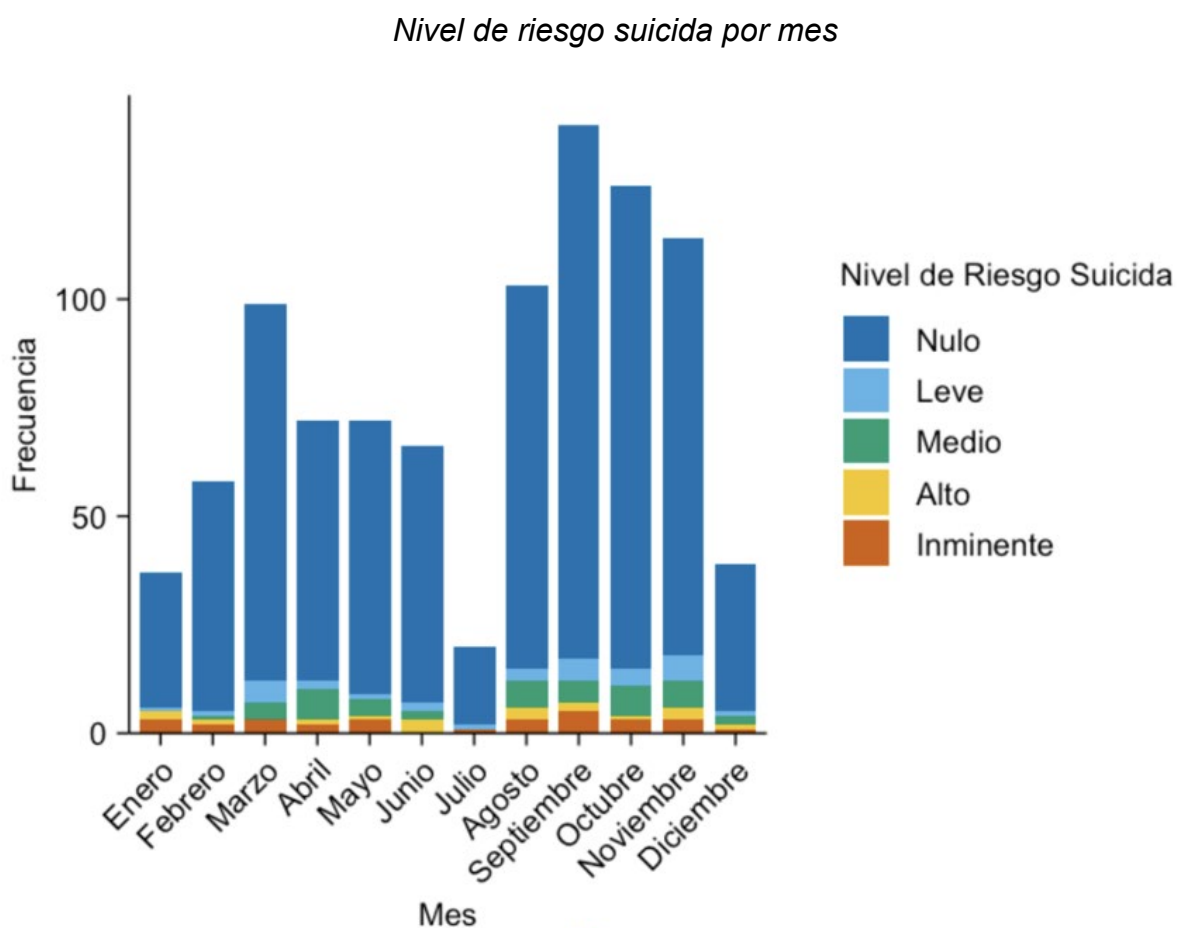
La figura 13 muestra el nivel de riesgo suicida inminente por año, observándose un incremento en el 2019 con respecto al 2018. Durante el periodo de pandemia (2020 - 2021) los casos con riesgo suicida disminuyeron debido al resguardo de las personas por el grado de contagio del virus SARS-COV-2 y a la suspensión de actividades académicas de forma presencial. Para los años 2022 y 2023, con el retorno a las actividades presenciales, se identifica el incremento constante de los distintos niveles de riesgo suicida por año, se observa que hay más casos de riesgo inminente en el 2023

Figura 13



Los meses de septiembre, octubre y noviembre concentran la mayor parte de las atenciones por urgencias psicológicas en el año. Así mismo, se presentan mayores casos de niveles de riesgo suicida inminente y medio, como se observa en la figura 14.

Figura 14



Otro hallazgo es que el 96.6% de la población no presentó algún intento suicida y que el número de intentos previos que más se visualizó fue de uno, con un porcentaje de 1.2, seguido de dos y tres intentos que representaron el 0.8 y 0.3 por ciento respectivamente, como se aprecia en la tabla 9.

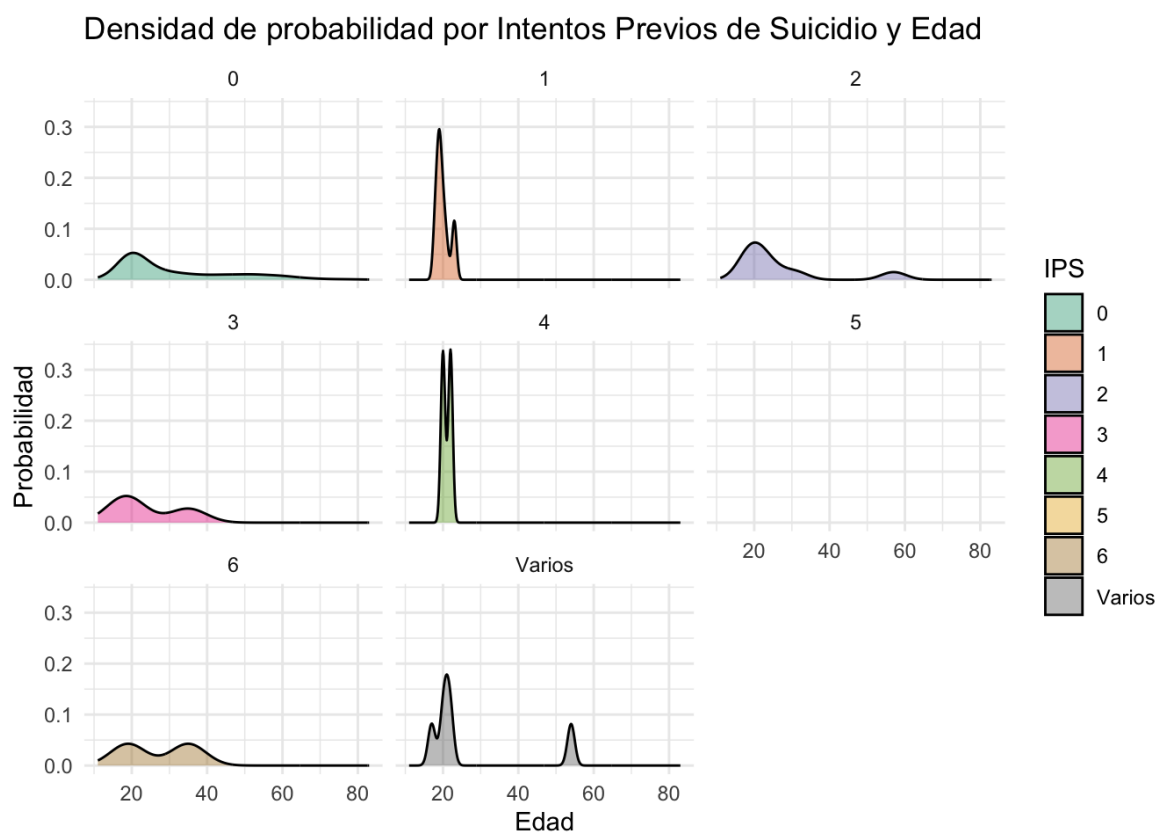
Tabla 9

Intentos suicidas

IPS [character]	1. 0	914 (96.6%)	
	2. 1	11 (1.2%)	
	3. 2	8 (0.8%)	
	4. 3	3 (0.3%)	
	5. 4	2 (0.2%)	
	6. 5	1 (0.1%)	
	7. 6	2 (0.2%)	
	8. Varios	5 (0.5%)	

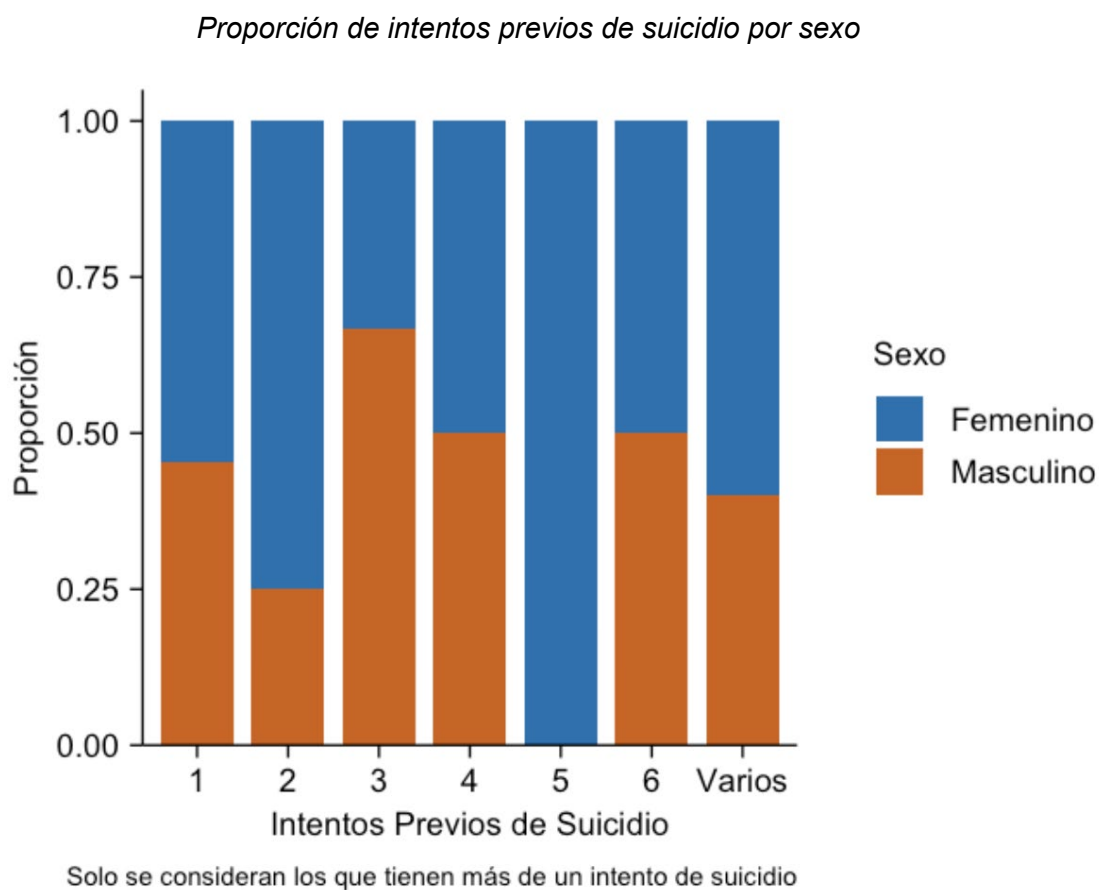
La figura 15 denota que la probabilidad de tener antecedentes de intentos suicidas es mayor en la población que se encuentra alrededor de los 20 años de edad y que es más probable que se tengan 1, 4 o varias tentativas de terminar con la vida a través del suicidio en la historia personal.

Figura 15



De acuerdo a la proporción de intentos previos por sexo, tanto hombres como mujeres realizan en igual proporción uno, cuatro seis intentos intento, no obstante, solo las mujeres realizan cinco intentos mujeres y es más frecuente que realicen dos o varios. Se observa que los hombres cometen tres intentos con mayor frecuencia que las mujeres, como se observa en la figura 16.

Figura 16

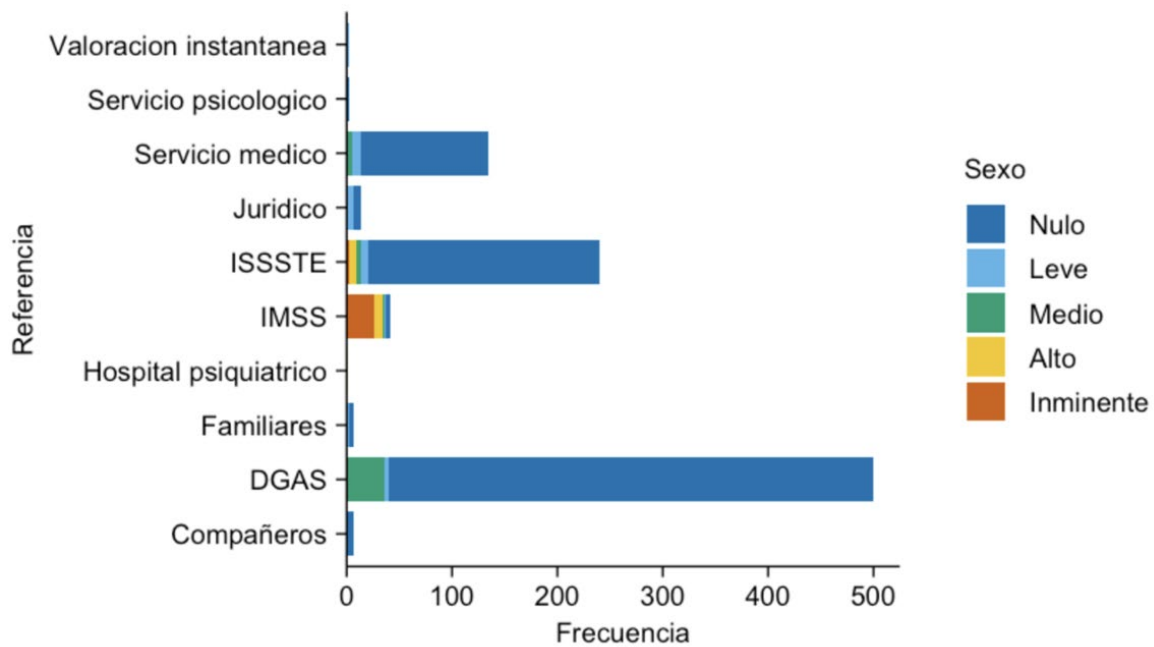


Nota: La atención a las personas que presentan algún tipo de emergencia psicológica, consiste en brindar atención médica e intervención en crisis como parte del protocolo de atención a las urgencias médicas. En caso de que la persona se encuentre con un intento suicida con alguna lesión, intoxicación o traumatismo que ponga en riesgo inminente su vida, la atención se centra en lo médico.

La figura 17 muestra los sitios de traslado y referencia de los pacientes atendidos, observándose una mayor referencia al primer y segundo nivel de atención en los casos de riesgo medio y leve, no obstante algunos de estos pacientes requieren ser trasladados a un segundo nivel de atención, como al servicio médico de la universidad, para su valoración. Por otro lado, los pacientes que son estudiantes y que por su nivel de riesgo requieren un traslado para su hospitalización en un segundo o tercer nivel de atención, se llevan al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En el caso de trabajadores universitarios, se trasladan a los hospitales de segundo y tercer nivel de atención del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Las personas que no cuentan con algún servicio médico, se trasladan a los hospitales de IMSS Bienestar o de la Secretaría de Salud Federal. Cabe destacar que un porcentaje mayor se pueden desplazar con las personas de su confianza a su servicio médico o a su domicilio para su atención.

Figura 17

Frecuencia de Referencia por Nivel de Riesgo



4.2 Discusión

La selección de los pacientes que presentan factores de riesgo para llevar a cabo un intento suicida se seleccionaron de una muestra de documentos de urgencias médicas, donde se hace una primera selección de los pacientes que se atendieron por una emergencia psicológica y posteriormente la selección de las personas con algún nivel de riesgo suicida. La muestra de urgencias psicológicas que no tuvieron riesgo suicida se consideraron controles y aquellas personas que sí presentaron riesgo de conducta suicida, son los casos.

Los resultados muestran que las emergencias psicológicas tienen una prevalencia constante, a lo largo del periodo de la investigación se observa que en el total de urgencias médicas y el número de urgencias psicológicas se han mantenido estables en el periodo de estudio, lo que podría indicar que las políticas públicas en salud mental están en vías de consolidarse.

Las personas estudiantes representan el 58.5% de los casos atendidos, el personal docente y administrativo el 30% y la población flotante el 11%. Que la mayor proporción de la muestra sea de alumnos podría explicarse porque esta población representa cerca del 90% de la comunidad universitaria, mientras que los trabajadores son aproximadamente el 9%. No obstante, en los casos de urgencias psicológicas se aprecia el comportamiento de los tres sectores universitarios de manera proporcional.

En cuanto a la edad, casi el 50% de los casos de urgencias psicológicas se encuentran mayormente alrededor de los 21 años, tanto en hombres como en mujeres, lo que coincide con el promedio de edad de estudiantes universitarios. A lo largo de los 6 años del estudio el grueso de las atenciones se brindó a esta población, a excepción del 2021 en el que promedio de edad de atenciones aumentó hasta los 40 años.

Con respecto a los antecedentes, en esta edad se concentran los problemas psicosociales, las comorbilidades, el consumo de sustancias y la conducta suicida. Si bien la mayoría de las personas no presentan riesgo suicida, hay una mayor probabilidad de que los niveles de riesgo medio e inminente se presenten en esta edad. En cuanto al número de intentos previos de suicidio, se observa que a la edad de 20 años se cometen de uno a seis intentos y varios intentos no especificados. Estos datos son coincidentes con los estudios que indican que la conducta suicida representa una de las principales causas de muerte en estudiantes universitarios (Medina-Mora, 2023; Schimansk et al., 2024).

Es posible que el incremento en los antecedentes previos de suicidio tengan relación con el periodo de Covid 19, por los efectos del confinamiento, el desconocimiento

de la enfermedad, la incertidumbre, la muerte de personas cercanas, los problemas económicos, la violencia intrafamiliar y el aislamiento social.

El riesgo en esta edad puede deberse a que es una de las etapas de la vida en la que se manifiestan mayores cambios y retos. Este periodo se caracteriza por una mayor participación en la vida social y comunitaria, mayores responsabilidades académicas y porque se incursiona en el ámbito laboral, lo que implica enfrentar los diversos problemas que se presentan con la experiencia y la madurez que se tienen hasta ese momento. Estas experiencias convergen con los cambios físicos y fisiológicos propios del desarrollo, así como con experiencias súbitas y contratiempos de la vida diaria. Esto no es fácil de enfrentar, cuando no se tienen las condiciones necesarias ni el apoyo de las personas importantes en la vida. También, existen circunstancias que hacen presión en las personas jóvenes, influyendo negativamente durante el proceso de su toma de decisiones, llevándolos a tener diversos conflictos y respuestas no asertivas, por ejemplo: los problemas escolares, problemas con sus pares, con la pareja, problemas familiares, pérdidas, falta de inclusión social, entre otras (Gómez et al., 2012).

El mayor número de comorbilidades en la muestra se concentran alrededor de los 20 años, lo que conlleva la presencia de dos o más factores de riesgo de manera simultánea, los cuales abarcan el consumo de sustancias, el alcoholismo, los trastornos mentales psiquiátricos y padecimientos psicológicos, las conductas antisociales y los problemas psicosociales como los conflictos familiares, con la pareja, con los pares, escolares y económicos, etc. Esta coincidencia podría deberse a que aún no se tiene suficiente autonomía ni independencia económica, y a que puede haber cierto grado de vulnerabilidad, lo que puede reflejar poco apoyo

familiar, social y comunitario o dificultades para acceder a los servicios de atención en salud mental durante su historia de vida, lo cual incide en la toma de decisiones poco acertadas y en los errores de juicio y conducta, siendo susceptibles a caer en conductas autodestructivas o en condiciones de riesgo social.

Las emergencias psicológicas se presentan en una relación de 2 a 1, en personas del sexo femenino en comparación con las de sexo masculino. Sin embargo, la frecuencia se comporta de una manera muy parecida en los diferentes rangos de edad a través del tiempo. Se identifica que los factores de riesgo en personas del sexo femenino son de menor letalidad que en el sexo masculino, por ejemplo las ideas, la planeación suicida y los intentos, cutting, consumo de sustancias e ingesta de medicamentos. mientras que en la muestra los hombres son quienes consumaron el suicidio. Este dato coincide con los registros de la Organización Mundial de la Salud, sobre los medios que se utilizan para cometer el suicidio, diferenciados por sexo (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Los antecedentes psicológicos se presentan mayoritariamente en las personas de sexo femenino mientras que la conducta suicida se identifica más en las personas de sexo masculino.

Los datos muestran una mayor predisposición de las mujeres para los problemas psicosociales, el consumo de sustancias, las comorbilidades y los antecedentes psiquiátricos y psicológicos, mientras que los hombres presentan mayor conducta suicida.

Estos datos pueden explicarse desde la perspectiva de género, ya que las mujeres son más propensas al riesgo social y a las violencias estructurales económicas, familiares, laborales, escolares y de pareja, así como al estigma por los trastornos

mentales. Asimismo, se aduce a una educación sexista en la que los hombres no tienen la libertad para expresar las emociones lo que les lleva a contenerlas y a aumentar el riesgo de realizar conductas impulsivas o recurrir a otros medios para expresarse, como los intentos de suicidio, o a llevarlos al aislamiento. Desde la perspectiva patriarcal, los hombres deben de cumplir con un rol de proveedor, de brindar protección y seguridad física y económica, de representar la masculinidad hegemónica lo que aumenta la presión social y personal para hacer cumplir dichas expectativas (Herrera, 2019).

El comportamiento de los antecedentes por año mostró, un incremento en las comorbilidades que incluyen problemas psicosociales, psicológicos y psiquiátricos, médicos y consumo de sustancias, posiblemente como consecuencia de la pandemia. El aislamiento pudo tener un efecto en las conductas de riesgo individuales e incrementar los factores de riesgo sociales y familiares como la violencia intrafamiliar, la muerte de personas cercanas, así como los económicos (Medina-Mora & Hansberg, 2023).

La vida se modificó y aunque se regresó a la “normalidad”, también cambió la manera de enfrentarla. En la actualidad, se empiezan a visualizar algunos de los efectos de la pandemia, entre ellos el aumento de problemas relacionados con la salud mental. Los antecedentes de los pacientes atendidos muestran que varios pacientes han presentado en su historia personal algún intento suicida, siendo un factor importante de predicción, ya que un intento previo de suicidio es un factor importante para presentar conducta suicida, lo que se observa con las personas que cometieron un suicidio consumado. El 100% de las personas que murieron tuvieron una muerte por suicidio, tuvieron antecedentes de intentos previos de suicidio,

tratamiento médico y terapéutico, lo que permite visualizar que los esfuerzos por salvar a esas personas por parte del personal de salud, no tuvo éxito, ya sea porque no se tuvo el recurso adecuado de atención, porque el paciente no llevó a cabo el tratamiento de forma adecuada o porque abandonó el tratamiento.

Por otro lado, las urgencias psicológicas se ubican como el tercer lugar de motivos de atención en la atención prehospitalaria, solo detrás de los accidentes y las lesiones deportivas, esto significa que la cantidad de llamadas producto de los eventos relacionados con la salud mental que requirieron del movimiento de una ambulancia, fué superior a las motivadas por el síndrome coronario agudo (SICA), los accidentes cerebro vasculares (ACV) y por paros cardiorrespiratorios (PCR).

La atención para estos pacientes consta de dos métodos, el primero y más común es una revisión médica y una intervención en crisis. Sin embargo, cuando la persona se encuentra inconsciente o con algún tipo de lesión que ponga en peligro su vida, se privilegia la vida y posteriormente la salud mental, de acuerdo con lo que establecen las guías clínicas para la atención prehospitalaria de pacientes con enfermedad mental y lesiones graves. En caso de personas que tienen una conducta suicida, se valoran de acuerdo al modelo de ordenes de riesgo y en los casos que lo requieran se hace su referencia y atención al nivel de atención adecuado. En la universidad los paciente con un riesgo suicida leve, se atienden en el lugar de la emergencia y si cuenta con personas que se hagan responsables de la persona se le refiere a un primer o segundo nivel de atención con su acompañante. Cuando la persona cuenta con un riesgo medio, se valora si se encuentra estable, si es así, se sigue el mismo procedimiento que con el de nivel de riesgo leve, si requiere valoración y tratamiento médico, se traslada al servicio

médico. Finalmente, cuando el riesgo es alto o inminente, se traslada al hospital general en caso de algún problema de salud que requiera un internamiento hospitalario de urgencias. Cuando la persona se encuentra bien físicamente, pero presenta algún trastorno mental o conducta suicida inminente, se traslada al hospital de alta especialidad en psiquiatría para su valoración, atención y seguimiento. Este proceso coincide con lo establecido con el ASQ MODORIS y el código 100 con respecto a la valoración atención y referencia de los pacientes que presentan conducta suicida. Cabe mencionar que el manejo y tratamiento de los pacientes con alguna emergencia psicológica se tornan violentos y agresivos, debido a su estatus mental, en algunas ocasiones requiriendo una sujeción gentil para su traslado.

Los resultados del estudio exponen la necesidad de la generación de un protocolo de atención en pacientes con riesgo suicida, para proporcionar una atención puntual y de calidad, canalizar a los pacientes al nivel de atención indicado para cada caso, disminuyendo así el riesgo de suicidio. Por otro lado, da la oportunidad de contar con programas universitarios de prevención, atención y posvención del riesgo suicida.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

La población atendida por el servicio médico prehospitalario de una universidad pública de la CdMx, muestra que la mayoría de las personas que tuvieron una urgencia psicológica (87%), no presenta conducta suicida en el periodo de 2018 a 2023, pero en el 13% de las atenciones se presenta algún nivel de riesgo suicida con predominio del nivel de riesgo medio, seguido del riesgo leve e inminente y por último el riesgo alto.

Se concluye que la gran mayoría de las personas atendidas por alguna emergencia psicológica (90.2%), presentan uno o más antecedentes o factores de riesgo suicida, mientras que el 9.8% de las personas solo reportan antecedentes médicos previos a la crisis emocional por la que recibieron atención. Las urgencias psicológicas prevalecen en las personas de sexo femenino ya que abarcan el 66.4% (628 casos), mientras que las personas de sexo masculino representan el 33.6% (318 casos).

Los factores de riesgo suicida con mayor prevalencia en la población universitaria son los problemas psicosociales (problemas de rendimiento escolar, los problemas familiares, los problemas de pareja, problemas escolares entre otros), seguidos de las comorbilidades, donde prevalecen dos o más factores que generan la conducta suicida, (psicológicos, psiquiátricos, consumo de sustancias, padecimientos médicos, problemas psicosociales y antecedentes de intentos suicidas).

Los factores asociados a la enfermedad mental y que se relacionan con el riesgo suicida son: los trastornos psiquiátricos, psicológicos, conductas de riesgo y las comorbilidades. Se concluye que los factores antes mencionados, solos o en

combinación con otros factores de riesgo, están presentes cuando las personas tienen algún nivel de riesgo suicida, por lo que pueden generar conductas suicidas en algún momento. Asimismo estarían presentes los problemas psicosociales y el consumo de sustancias lo que puede generar una enfermedad mental o conducta suicida.

Se concluye que el género sí influye en el riesgo suicida de la muestra y que las personas de sexo masculino tienen una mayor posibilidad de cometer un suicidio que las personas de sexo femenino, independientemente de los intentos previos de suicidio. Las mujeres presentan un riesgo suicida leve y alto mientras que los hombres tienen un riesgo suicida medio e inminente. Esta diferencia de género es coincidente con los tres decesos por suicidio en el periodo de estudio y que fueron cometidos por personas de sexo masculino, mientras que no hubo ningún fallecimiento por esta causa en las personas de sexo femenino

Hombres y mujeres cometen de uno a seis intentos previos en una proporción semejante, pero los métodos utilizados en los intentos suicidas son empleados de forma diferente. De manera concordante, la OMS señala que las personas del género femenino, utilizan métodos menos violentos y con menor letalidad, mientras que en el género masculino se utilizan métodos más letales y por lo tanto más efectivos y violentos durante el intento suicida.

5.1 Hallazgos

Los hallazgos acerca de los factores de riesgo suicida en población universitaria, identificados en el servicio de atención prehospitalaria, indican que los factores de

enfermedad mental están presentes en las urgencias psicológicas de manera constante, que actúan de manera individual pero con una tendencia creciente a presentarse en comorbilidad con otros padecimientos y que se comportan de manera diferente en los años previos al confinamiento por la emergencia sanitaria del 2020 y en los años posteriores.

Individualmente, los padecimientos psiquiátricos representan el 8.7% de los antecedentes en las urgencias, los psicológicos el 5.8%, la conducta suicida el 1.3% y el consumo de sustancias el 0.6%, mientras que las comorbilidades representan el 30.7%.

Los padecimientos psiquiátricos, fueron el tercer tipo de antecedente de 2018 a 2020, se convirtieron en el segundo factor en 2021 y fueron el cuarto factor en 2022 y 2023, mientras que los antecedentes psicológicos fueron el quinto antecedente de 2010 a 2022, pero se convirtieron en el tercer tipo de antecedente más frecuente en 2023.

En los dos años previos a la pandemia, las comorbilidades fueron el segundo antecedente más frecuente, después de los factores psicosociales. Este comportamiento se mantuvo en el 2020 y en el 2022, pero en el 2021 se convirtió en el antecedente principal y también predominó en el 2023. Aunado al incremento en la conjunción de antecedentes, se observa una tendencia creciente en la conducta suicida, la cual aparece en los registros del 2022 y se duplica en los del 2023.

Los problemas psicosociales son los factores de riesgo con mayor prevalencia, durante el periodo del estudio, al paso de los años ha ido disminuyendo como factor individual, pero se ha sumado a otros factores de riesgo generando una

comorbilidad por lo que aparentemente ha disminuido, sin embargo sigue siendo un factor importante para presentar un riesgo suicida. Los accidentes que ocurren también son factores de riesgo para presentar una emergencia psicológica, entre ellos están los de vehículos, caídas, en motocicleta, bicicleta, patines, entre otros. Dado lo súbito de la emergencia y las lesiones que se pueden presentar a la persona o a una persona diferente, generando una descarga emocional muy grande.

Un hallazgo importante es que los intentos suicidas previos se presentan con mayor frecuencia alrededor de los 20 años, encontrándose desde un intento previo, hasta seis o varios. Se destaca que los intentos suicidas que más se presentan en esta población, son 1, 4 y varios, aumentando el nivel de riesgo suicida, ya que un intento previo, aumenta la posibilidad de consumir el suicidio, convirtiéndose en un factor de riesgo. Cabe destacar que El 96% de la población estudiada no presentan intentos previos de suicidio, sin embargo no exime que otros factores de riesgo estén presente y en comorbilidad con otros. Por otro lado, los casos de riesgo suicida se concentran, en las personas de 21 años, siendo esta una población vulnerable a padecer una conducta suicida.

Se ha encontrado que el riesgo suicida antes de la pandemia fue menor que el que después de la pandemia, ya que durante la pandemia, el nivel de riesgo era casi cero, pero después de la pandemia se ha ido incrementando por año, al igual que los factores de riesgo.

Los meses con mayor riesgo suicida son septiembre, octubre, noviembre y agosto coincidiendo con el inicio del año escolar, donde ingresan los alumnos de primer ingreso y también coincide con los meses donde disminuye la luz solar. Por otro

lado, los meses donde hay menos riesgo suicida son julio y diciembre, debido a que los alumnos están en periodo vacacional y no hay actividades académicas, ni administrativas.

En cuanto al comportamiento de los antecedentes por año, en la figura 9 se aprecia que durante el 2018 hubo un predominio de problemas psicosociales los cuales disminuyeron hasta ser el segundo motivo de atención en 2023, año en el que las comorbilidades se convirtieron en los antecedentes más frecuentes, seguidos de los problemas psicosociales y los psicológicos. Si bien los antecedentes psiquiátricos aislados parecen disminuir, se presentaron en mayor medida en interacción con otros factores como parte de las comorbilidades.. La conducta suicida aparece en los años posteriores a la emergencia sanitaria, con una tendencia creciente

Se muestran las conclusiones, constituyen la última parte del contenido y representa el discurso de cierre de esta investigación. Por ello, se muestran los elementos necesarios y suficientes para dejar claros los resultados obtenidos en el trabajo, el procedimiento seguido para su desarrollo, el cumplimiento o no cumplimiento de los objetivos y en general, las características generales de la investigación realizada.

Con base en los resultados obtenidos, se concluye que los factores biológicos y ambientales si afectan de manera directa a la persona que presenta riesgo suicida, ya que se identificaron los siguientes factores:

Cabe destacar que dentro de éste periodo, se dio la pandemia, lo que generó que hubiera pocos casos de atención en el servicio de atención prehospitalaria debido al encierro obligatorio que se tuvo durante casi 2 años, sin embargo, se tene un

hallazgo interesante, porque la mayoría de los pacientes atendidos en ese lapso de tiempo, se relacionaban con el COVID 19.

Se han encontrado que los factores más comunes que se presentan durante un intento suicida, son: las crisis de ansiedad (93%), los trastornos mentales, el consumo de sustancias, la conducta suicida previa; todos ellos son factores de riesgo para llevar a cabo la conducta suicida.

5.2 Recomendaciones

Dentro del campus universitario los servicios médicos son los responsables de la atención en salud y salud mental de los estudiantes universitarios, el servicio de atención prehospitalaria es parte de esa atención fuera de las instalaciones del Centro Médico Universitario, es el servicio encargado de la atención de las urgencias médicas y de salud mental, teniendo como primer objetivo el mantenimiento de la vida y de la salud. El personal está altamente calificado para la atención en este sentido, sin embargo en lo referente a la salud mental, no se tiene la preparación suficiente ni se cuenta con personal especializado en la atención de urgencias psicológicas, además de que los servicios de atención psicológica con riesgo suicida y problemas de salud mental estas se han estado incrementando en los últimos años, por lo que las recomendaciones se centran en dos ámbitos.

En cuanto a la valoración del riesgo suicida, se recomienda

Generar una hoja de registro exclusiva para los pacientes atendidos por urgencias psicológicas. con pruebas de tamizaje y valoración, con el objetivo de tener una valoración completa en cuanto a los pacientes que cursan por algún padecimiento relacionado con la salud mental. Esto permitirá que se tengan más datos que se puedan consultar para investigaciones futuras. También es importante que se

recaben datos de sus antecedentes más específicos para medir los factores para detectar posibles conductas de riesgo y realizar una valoración completa de la persona y su padecimiento actual.

En cuanto a la intervención, manejo de pacientes, canalización por parte del personal de urgencias se requiere:

Un programa de capacitación del personal dirigido al personal de atención prehospitalaria para que puedan valorar, referir e intervenir a los pacientes que cursan por una emergencia psicológica, canalizando al servicio de atención indicado al momento de la emergencia.

La integración de personal capacitado para dar una atención de calidad a estos pacientes. Buscando que las personas que atienden urgencias médicas no sean distraídas de sus labores para atender este tipo de emergencias que en gran parte requiere mucho tiempo y que si se tuviera un servicio simultáneo de una urgencia médica, no se podría acudir a ese llamado por estar en la atención de este tipo de pacientes.

La integración de personal estudiante de especialidad que como beneficio mutuo (aprendizaje, práctica y mano de obra especializada) incluir a este tipo de profesionistas con el fin de fortalecer sus conocimientos bajo supervisión y la dependencia tenga como beneficio a un profesional en formación contribuyendo en la atención de pacientes en urgencias psicológicas.

La implementación de un servicio de urgencias psicológicas con personal capacitado en urgencias psicológicas especializado para la atención en el lugar de la emergencia, sin la necesidad de distraer a la ambulancia para la atención de estos casos, canalizando los recursos en los pacientes que así lo requiera.

Privilegiar la prevención en salud mental a través de programas de difusión de la salud mental en los medios masivos de comunicación de la universidad, redes sociales y capacitando a profesores y personal en primeros auxilios psicológicos para hacer una intervención breve con la persona en una emergencia psicológica, los lugares donde se presta atención, líneas de emergencia y el seguimiento de los casos.

Dar una atención y posvención a las personas de riesgo suicida con acciones específicas en esta población sobreviviente del suicidio para que se de la rehabilitación psicosocial y evitar que la conducta se vuelva a presentar o que surja nuevamente la sintomatología, buscando fortalecer los factores de protección y disminuyendo los factores de riesgo.

5.3 Investigaciones futuras

Realizar estudios de corte cualitativo de seguimiento de los pacientes que han tenido conducta de riesgo suicida, con el fin de conocer la trayectoria que lleva su padecimiento a lo largo del tiempo.

Realizar estudios transversales para ver el comportamiento de los casos de salud mental en el servicio de atención prehospitalaria y del riesgo suicida, para generar programas de atención más efectivos y de actualización para el personal de salud.

Realizar estudios en torno a cómo se comportan los problemas psicosociales de manera específica y cuáles son aquellos que tienen una mayor incidencia en la población universitaria.

Llevar a cabo una investigación de factores de riesgo de enfermedad mental en los en el personal de atención prehospitalaria.

Realizar estudios de cómo la comorbilidades son la interacción entre las diferentes variables en salud mental en la población universitaria y con qué niveles de riesgo se emparejan de atención prehospitalaria.

Realizar un estudio para conocer los factores detonantes de riesgo suicida en los trabajadores de la universidad y la interacción en con otras variables de riesgo suicida.

5.4 Limitaciones

Algunas de las limitaciones que se encontraron en el presente trabajo de investigación, fueron:

- No se pudieron recabar hojas de servicios previos al 2018, debido a la depuración del archivo muerto.
- Una de las limitaciones es que se hayan quedado sin registro algunos pacientes por ser codificados como pacientes que tienen una condición de salud médica y no por una emergencia psicológica.
- El nivel de análisis es descriptivo y no analítico.

- En la hoja de registro de atención prehospitalaria no se profundiza en la emergencias psicológicas y en particular en el riesgo suicida.
- No se cuenta con una hoja de captura de datos con un cuestionario para la atención a las emergencias psicológicas y salud mental.

5.5 Validez de la información

La validez externa muestra que la población estudiada es representativa de la población atendida en el área de atención prehospitalaria de la universidad objetivo, permitiendo la generalización de la información en el periodo de tiempo señalado.

En lo referente a la validez, en el presente estudio se midieron los diferentes factores que intervienen para que se presente una urgencia psicológica, fueron revisadas todas las hojas de registro de atención foliadas, tomando los datos de las que hacían referencia a alguna emergencia psicológica, de éstas, una vez seleccionadas, se realizó un banco de datos con dicha información. Posteriormente, se realizaron dos revisiones adicionales para constatar que no hubiera quedado algún servicio sin tomar en cuenta. Enseguida, se realizó la depuración de la información, se desarrolló un catálogo de variables, especificando las independientes, la dependiente y las intervinientes, se obtuvieron los factores de riesgo suicida, asimismo, se obtuvieron cinco niveles de riesgo suicida y se procedió al análisis de dichos factores, descubriendo que los problemas psicosociales son el elemento predominante en las urgencias psicológicas. Los datos se analizaron con el programa R, encontrando el comportamiento de las variables que se describió en los apartados anteriores. Se concluye que el método para realizar la investigación

y las técnicas que se usaron para recabar los datos, son congruentes y producen resultados que corresponde a la realidad, así como con los hallazgos de distintos autores.

Dado que es una investigación epidemiológica, cuantitativa, descriptiva, no experimental, que sigue un método inductivo, y tiene alcances exploratorios, no se hace una valoración de la hipótesis nula.

Las aportaciones de la investigación son diversas, una de ellas es la descripción de los factores de riesgo de la conducta suicida, los cuales son los que se presentan con mayor frecuencia entre los universitarios, destacando que los problemas psicosociales y la comorbilidades están presentes en el 77% de los casos atendidos por urgencias psicológicas en el departamento de atención prehospitalaria. La pregunta de investigación se respondió con los datos observados, ya que no había un precedente de los mismos en la universidad con relación a los factores que influyen en los universitarios para presentar una conducta suicida.

5.6 Conclusión general y reflexiones personales

La investigación aporta información relevante para la atención y prevención del suicidio en población universitaria, evidenciando la necesidad de que los programas de intervención se centren en las personas jóvenes con edad promedio de 21 años, y que tengan perspectiva de género, enfatizando las necesidades del manejo emocional en las personas de sexo masculino y enfatizando acciones preventivas de los factores psicosociales en las personas del sexo femenino.

Asimismo permite planear las estrategias en función de los meses con mayor incidencia de los que se deriva la importancia de crear un programa de prevención para estudiantes de primer ingreso. De igual forma, expone la necesidad de crear

un programa de prevención y atención en salud mental, para la población administrativa y docente.

Otra aportación de la investigación es que muestra la necesidad de contar con un servicio de atención en urgencias psicológicas, con especialistas y personal capacitado que pueda hacer la valoración, llevar a cabo la intervención y hacer la referencia o derivación de este tipo de pacientes.

Finalmente, este estudio permite pensar en dar un seguimiento a la persona después de su atención para su mantenimiento y prevención de recaídas.

Es importante generar nuevos estudios del riesgo suicida, ya que de esa manera se generan conocimientos y permiten valorar si los resultados de la atención son eficaces y si se está haciendo de la manera correcta, siendo un espacio fértil para más investigaciones. También, es importante que se propongan protocolos de atención, medidas de intervención y posvención, siendo este estudio la punta de lanza para nuevas y más completas investigaciones y artículos de relevancia acerca del suicidio y de las enfermedades mentales, con el objetivo de brindar una mejor atención a la población universitaria.

En cuanto a las reflexiones personales, he constatado que existe un gran estigma alrededor de las enfermedades mentales, sobre todo las que tienen que ver con los trastornos psiquiátricos y las adicciones, ya que se piensa que la persona tiene una conducta intencional, lo que genera desconocimiento miedo y rechazo a quienes la presentan.

las personas que se encuentran alrededor de una emergencia psicológica, demandan que la atención que se brinde en estos casos sea el retiro inmediato de la persona o la administración de fármacos, sin considerar que los padecimientos

mentales pueden expresarse con síntomas físicos, pero la atención que se requiere es de corte psicológico a través de una intervención en crisis, la cual implica tiempo para indagar los detonantes, escuchar a la persona, validar las emociones, inducir la relajación y la consciencia de su estado emocional en ese momento, y de que éste se deriva de una condición psicológica propia de la crisis ocasionada por un súbito o crónico. También se requiere tiempo para realizar el acompañamiento hasta que la persona pueda darse de alta o se traslade a algún servicio médico.

REFERENCIAS

- 1 Amador, G.H. (2015). SUICIDIO: CONSIDERACIONES HISTÓRICAS. Revista Médica La Paz, 21(2), 91-98. Recuperado en 07 de diciembre de 2024, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012&lng=es&tlng=es
- 2 APA (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- 3 APA (2022). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales quinta edición. DSM-5 TR. Washington DC. Asociación Estadounidense de Psiquiatría.
- 4 Arenas-Landgrave, P., Hermosillo-de-la-Torre, A. E., Vázquez-García, A., Reyes- Ortega, M. A., Arenas-Castañeda, P. E., Tejadilla-Orozco, D. I., Espinoza-Méndez, P., Molina-López, A., Molina-Pizarro, C. A. y Malo, H. M. (2023). Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio: articulando los servicios de salud en México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 5, 1-12.
- 5 Baca García, E., & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*, 37(5), 373-380.
- 6 Bañuelos, Y., Pérez, N. G., Trejo, P. M., Lara, B. J., Ruiz, E., & Argüello, E. J. (2024). Predictive Factors for Suicidal Behaviors among University Students in the North-Central Region of Mexico. *Salud Mental*, 47(2), 81-87. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2024.011

- 7 Barclay, N., Kelley, K. A., Brausch, A. M., Muehlenkamp, J. J. & Nadorff, M. R. (2023). Changes in the suicide risk behaviors of American college students over time: An analysis of three universities. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 53(5), 764-775. DOI10.1111/sltb.12981
- 8 Betz, M.E. & Boudreaux, E.D. Manejo de pacientes suicidas en urgencias Ann Emerg Med. 2016 Feb; 67(2): 276–282. Recuperado en: https://smiba.org.ar/cursos_medicos_especialistas/lecturas_2022/Manejo%20de%20pacientes%20suicidas%20en%20urgencias.pdf
- 9 Calvo, C. (2020). Factores de riesgo laboral y niveles de estrés en el personal del servicio de atención móvil de urgencia, periodo 2019. UAP Lima, Perú.
- 10 Cañón Buitrago, S. C. & Carmona Parra, J. A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397. Epub 00 de julio de 2019. Recuperado en 09 de diciembre de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&tlng=es.
- 11 Casas-Muñoz, Abigail, Velasco-Rojano, Ángel E., Rodríguez-Caballero, Aarón, Loredó-Abdalá, Arturo, Prado-Solé, Eva, & Álvarez, Martín G.. (2024). Asociación entre conducta suicida y síntomas de otros problemas de salud mental en adolescentes mexicanos. *Gaceta médica de México*, 160(1), 36-42. Epub 26 de marzo de 2024. <https://doi.org/10.24875/gmm.23000294>
- 12 Chacón, K. & Mayorga, C. (2021). Factores de riesgos asociados a intento suicida en pacientes atendidos en emergencia. Hospital Gaspar García Laviana – Rivas, 2019. *Salud Pública-Epidemiología*. Managua, Nicaragua.

- 13 Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (2022, septiembre 6). *Programa Nacional para la Prevención de Suicidio*.
<https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-nacional-para-la-prevencion-de-suicidio>
- 14 Correa, A. (2012). Guías básicas de atención médica prehospitalaria. Universidad de Antioquía, República de Colombia.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/Guia-medicas-atencion-prehospitalaria.pdf>
- 15 Corona, B., Hernández, M. & García, R. M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011&lng=es&tlng=es.
- 16 Cully, G., Corcoran, P., Gunnell, D., Chang, S., McElroy, B., O'Connell, S., Arensman, E., Perry, I., & Griffin, E. (2023). Evaluation of a national clinical programme for the management of self-harm in hospital emergency departments: impact on patient outcomes and the provision of care. *BMC Psychiatry*, 23(1), 1–13. [https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1186/s12888-023-05340-4](https://doi-org.pbidi.unam.mx/2443/10.1186/s12888-023-05340-4)
- 17 Guzmán Aguilar, F. & Nuñez, M. (2022, junio 9). *Aumentan suicidios en México*.
- 18 UNAM Global Revista. https://unamglobal.unam.mx/global_revista/aumentan-suicidios-en

mexico/#:~:text=Actualmente%20es%20la%20cuarta%20causa,de%20suicidios%20continué%20al%20alza.

- 19 El Colegio Nacional. (2023, agosto 26). *El suicidio es la segunda causa de muerte entre los estudiantes universitarios: María Elena Medina-Mora*. <https://colnal.mx/noticias/el-suicidio-es-la-segunda-causa-de-muerte-entre-los-estudiantes-universitarios-maria-elena-medina-mora/>
- 20 Espector, E. M. (2015). El suicidio imprevisible. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 15 (1).
- 21 First, M. (abril 2022). Introducción a las enfermedades mentales. Columbia University Recuperado en: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/introducción-al-cuidado-de-la-salud-mental/introducción-a-las-enfermedades-mentales>
- 22 Guibert, W., & Del Cueto, E. (2003). Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(5) Recuperado en 27 de abril de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000500004&lng=es&tlng=es.
- 23 Guzmán, F. & Nuñez, M. (2022, Junio 9). Aumentan suicidios en México. *Gaceta UNAM*. <https://www.gaceta.unam.mx/aumentan-suicidios-en-mexico/>
- 24 Grand, H., Murray, R, & Bergueron D. (2017). Urgencias prehospitalarias. Manual moderno. Ciudad de México
- 25 Hernánddez-Cortina, A., Mejías-Jaramillo, D. A. F., Vasquez-Osses, M. A., Reyes-Muñoz, C.Á & Rivera-Montecinos, T. I. (2022). Experiencias de vida de personas con Covid-19 durante el periodo de cuarentena. *Index de*

Enfermería, 31(3), 180-184. Epub 06 de febrero de 2023. Recuperado en 21 de noviembre de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-129620220003000009&lng=es&tlng=es.

26 Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, P. (2004). Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill, México.

27 Herrera, C. (2019). Hombres que ya no hacen sufrir por amor (4ªed): Transformando las masculinidades. Catarata.

28 Híjar-Medina M. (1997). La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. Salud Pública de México, 39 (6). <https://www.scielosp.org/article/spm/1997.v39n6/565-572/es/>

29 Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2022, septiembre 8). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.pdf

30 Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México. (2024, septiembre 10) *Hablemos de suicidio, cambiemos la narrativa*. <https://www.iapa.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/hablemos-de-suicidio-cambiemos-la-narrativa>

31 ISEO (agosto 2023). Líneas de Investigación del Doctorado en Salud Mental. Recuperado en: <https://www.iseo.edu.mx/alumnos/home>

32 Jiménez-Ornelas, René Alejandro, & Cardiel-Téllez, Leticia. (2013). El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. Papeles de población, 19(77), 205-229. Recuperado en 07 de diciembre de 2024, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252013000300012&lng=es&tlng=es

- 33 Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias. Comunidad Autónoma del País Vasco «BOPV» núm. 69, de 13 de abril de 2016 «BOE» núm. 105, de 2 de mayo de 2016
Referencia: BOE-A-2016-4170<https://dpej.rae.es/lema/factor-de-riesgo#:~:text=Gral.,con%20riesgo%20de%20generar%20adicciones>
- 34 López-Bárcena JJ, González de Cossío Ortiz, M.G.(2005). Modelo Universitario de Salud Integral, en la Universidad Nacional Autónoma de México. *Rev Fac Med UNAM* 48(6):224-231.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=3723>
- 35 Lozano, C., Huertas, A., Martínez, C. J., Ezquiaga, E., García-Camba, E. & Rodríguez, F. J. (2004). Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (91), 11-22. Recuperado en 09 de diciembre de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000300002&lng=es&tlng=es.
- 36 Machiori, H. (1998). El suicidio, enfoque criminológico. Editorial Porrúa, México D.F. <https://www.dheducacion.com/wp-content/uploads/2019/02/El-Suicidio-Hilda-Marchiori.pdf>.EMdD-1-1.pdf
- 37 Medina-Mora, M.E & Hansberg ,O. (2023) *Salud mental, afectividad y resiliencia*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. https://decadacovid.humanidades.unam.mx/wp-content/uploads/DCM_tomo-5_C01.pdf

- 38 Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L. & Sosa, C. (2014). El protocolo de Investigación, Lineamientos para su elaboración y análisis. Editorial Trillas, México.
- 39 Milena, S. (2020). Guía de apoyo psicosocial para el APH en una escena difícil. CUA Medellín Colombia. Recuperado en: <http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/1087/PROYECTO%20DE%20GRADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 40 Ministerio de Ciencia e Innovación (2011). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, evaluación y tratamiento. Tórculo Artes Gráficas S.A. España.
- 41 Molina, C. (2022). Protocolo de acción ante situaciones de emergencia: código 100. Curso de especialización en identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida. OPS, Secretaría de Salud, Facultad de Psicología UNAM.
- 42 Molina-López (2016). Triage psiquiátrico. BMC Psychiatry (1):30
- 43 Nente, F. (2022). Factores de riesgo para la salud mental. Facultad de Medicina UNAM recuperado mayo del 2023 en: <http://medfam.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2021/06/FACTORES-DE-RIESGO-PARA-LA-SALUD-MENTAL.pdf>
- 44 NOM SSA (2013) recuperada en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5361072&fecha=23/09/2014#gsc.tab=0

- 45 O'Connor, R.C., Kirtley, O.J. (2018) The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 373(1754). doi: 10.1098/rstb.2017.0268. PMID: 30012735; PMCID: PMC6053985.
- 46 Organización Mundial de la Salud (2023, enero). *CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. Aspectos de eventos intencionales de autolesión.* Clasificación Internacional de Enfermedades. Recuperado el 4 de agosto de 2024 de <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/667825781>
- 47 Organización Mundial de la Salud (2024, agosto 29). *Suicidio.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- 48 Organización Panamericana de la Salud (2024, septiembre 10) *Día Mundial de la Prevención del Suicidio 2024.* Recuperado el 10 de noviembre, 2024, de <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- 49 Organización Panamericana de la Salud (2019, octubre 1) *Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas.* Recuperado el 10 de noviembre, 2024, de <https://www.paho.org/es/documentos/indicadores-basicos-2019-tendencias-salud-americas>
- 50 Pacheco, T. (2016). *Factores predictores de la conducta suicida y actuaciones preventivas en el ámbito extrahospitalario.* Facultad de Psicología Universidad Complutense de Madrid
- 51 Pacheco, T., & Robles, J.I. (2011). Emergencias extrahospitalarias: el paciente suicida. *Sanidad Militar*, 67(4), 345-353. <https://dx.doi.org/10.4321/S1887-85712011000500003>

- 52 Palate Caisa, J. G., & Vásquez de la Bandera Cabezas, F. A. (2023). Estrés percibido y riesgo suicida en estudiantes universitarios: Perceived Stress and Suicidal Risk in University Students. *LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(2), 2180–2191. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.745>
- 53 Pedroza, A. (mayo 2021). Convenio de Confidencialidad o Aviso de Privacidad. Recuperado en: <https://forojuridico.mx/convenio-de-confidencialidad-o-aviso-de-privacidad-2/>
- 54 Poley, A.J., García, M.del C. & Pérez, R.J. (2012). Actitud de los profesionales ante la persona con riesgo de suicidio o conducta suicida. *Tercera Época. Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias* (24) <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/marzo2012/pagina3.html>
- 55 Quenguan J. y otros (2016). Guía de manejo psicosocial para pacientes prehospitalarios en Medellín. *Corporación Universitaria Adventista*, Medellín Colombia.
- 56 Rojas Flores, J.J. (2010) *Rehabilitación psicosocial en pacientes con depresión en una clínica psiquiátrica*. Facultad de psicología, UNAM.
- 57 Román F. (2016). Manual para la formación de primeros respondientes en primeros auxilios. Centro nacional para la prevención de accidentes. México D.F.
- 58 Secretaría de Salud (2013). NOM SSA recuperada en: <https://>
- 59 www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5361072&fecha=23/09/2014#gsc.tab=0

- 60 Secretaría de Salud. (2022, mayo 27). *Atención Médica Prehospitalaria*.
<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/atencion-medica-prehospitalaria>
- 61 Solis-Espinoza, M., Mancilla-Díaz, J. M. & Vázquez-Arévalo, R. (2023). Suicide risk model based on the interpersonal theory of suicide: evidence in three regions of Mexico. *Interacciones*, 9.
<https://doi.org/10.24016/2023.v9.284>
- 62 Schimanski, I., Scarf, D., Rapsey, C., Treharne, G. J., & Mason, A. (2024). Step by Step? Understanding Suicidal Thoughts and Behavior Among University Students in Aotearoa New Zealand: Utility of the Three–Step Theory of Suicide. *Journal of College Student Mental Health*, 1–16. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1080/28367138.2024.2407428>
- 63 Solano J. (2022). Aplicación de primeros auxilios psicológicos en personas que presentan conductas suicidas. *Facultad de Ciencias de la Discapacidad*. UCE, Ecuador.
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/28276/1/UCE-FCDAPD-CAPH-SOLANO%20JOCELYNE.pdf>
- 64 Suprema Corte de Justicia. (2021, septiembre 10). *Día mundial para la prevención del suicidio*. <https://www.scjn.gob.mx/informate/dia-mundial-para-la-prevencion-del-suicidio-0>
- 65 Teopanta, K. (2022). *Atención de pacientes psiquiátricos a nivel prehospitalario*. Facultad de Ciencias de la Discapacidad, UCE Ecuador.

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/28277/1/UCE-FCDAPD-CAPH-TOAPANTA%20KATHERIN.pdf>

- 66 Triana, A., Rojas, J. & Sierra, D. (2018). *La atención y manejo primario del paciente psiquiátrico en el ámbito intra y extrahospitalario*. FUCS Universidad CES, Colombia
<https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/3758/Trabajo%20de%20grado?sequence=1&isAllowed=y>
- 67 Universidad Nacional Autónoma de México. (2022 a). *Base de datos de Atención prehospitalaria*. DGAS UNAM recuperado en Enero 2023 :
<https://www.facebook.com/DGAS.UNAM/photos/rcp-dgas-aph/2362700530517338/> <http://www.dgas.unam.mx/urgencias-en-c.u..html>
- 68 Universidad Nacional Autónoma de México.(2022 b). La comunidad universitaria en números. Fundación UNAM.
<https://www.fundacionunam.org.mx/auriazul/la-comunidad-universitaria-en-numeros/>
- 69 Varelas, C. (2022). *Guía de procedimientos para el manejo de pacientes psiquiátricos en atención prehospitalaria*. UNAC, Medellín Colombia. <http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/437/Trabajo%20de%20grado%20%28rev%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 70 Vázquez, A. (2022). Evaluación del riesgo suicida, Tamizaje ASQ MODORIS. Programa nacional para la prevención del suicidio recuperado en abril del 2023 en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/757444/ASQ_MODORIS_Pagina.pdf

- 71 Vélez Echagaray, C. A., De La Luz Tovar, C., & Gómez Téllez, D. (2024). Estimación económica de los años perdidos de vida productiva potencial por muertes violentas en México, 2000-2018. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 39(2), 1-21. <https://doi.org/10.24201/edu.v39i2.2125>
- 72 Villarreal, I. & Aceves L. (2010). Los cuidados de urgencias y el transporte de los enfermos y heridos. Intersistemas S.A. de C.V. Massachussets USA <https://drive.google.com/file/d/1XyCbY9Pq3m5QYF8rhbz2UMoN7RnmEwpY/view>
- 73 Yöyen, E., & Keleş, M. (2024). First- and Second-Generation Psychological Theories of Suicidal Behaviour. *Behavioral Sciences* (2076-328X), 14(8), 710. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.3390/bs14080710>

Apéndice A

Solicitud para realizar la investigación

Ciudad de México, a 11 de diciembre del 2024

Dr. Gabriel Rivero González
Director de Atención Médica
Dirección General de Atención a la Salud UNAM
PRESENTE

Me dirijo a usted para solicitar su amable autorización para llevar a cabo un protocolo de investigación en el área de atención prehospitalaria de la Dirección a su digno cargo, que de acuerdo con el Artículo 17, Fracciones I, II y III del Reglamento General de Salud en materia de investigación para la salud y la NOM-012-SSA3- 2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos inciso 4.12, en la que el ser humano es el sujeto de investigación y que se desarrolla con el único propósito de realizar aportaciones científicas y tecnológicas, para obtener nuevos conocimientos en materia de salud.

De contar con su autorización, se realizará una investigación no experimental sin riesgo para las personas participantes, cuyo propósito es generar una tesis de Doctorado en Salud Mental, cuyas especificaciones se enlistan a continuación:

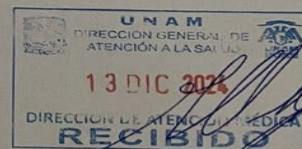
Tesista: Doctorante en Salud Mental Juan José Rojas Flores ISEO

Directora de tesis: Dra. Paulina Arenas Langrave Fac. Psicología UNAM **Codirectora:**
Dra. Livia Sánchez Carrasco Fac. Psicología UNAM

Título: Factores de riesgo suicida en población universitaria: Hallazgos desde la atención prehospitalaria.

Objetivo de la investigación: Identificar los factores de riesgo suicida en la población universitaria que presentó una crisis psicológica y fue atendida por el servicio de Atención Prehospitalaria, en el periodo comprendido entre 2018 y 2023.

Método: Se realizará un estudio de casos y controles de corte cuantitativo, descriptivo y longitudinal. La investigación será documental, descriptiva, histórica y de corte no experimental, la cual seguirá un razonamiento empírico racional y un método inductivo.



Apéndice B

Aceptación para realizar la investigación.

Participantes: Serán todos los casos relacionados con las emergencias psicológicas: crisis emocionales o trastornos psicológicos, atendidos por el servicio de atención médica de urgencias prehospitales (APH) de la Dirección General de Atención a la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México, los cuales se extraerán de las hojas de registro de atención de este servicio en un periodo 2018-2023. Además de la realización de algunos artículos derivados de la misma investigación.

El análisis de las conductas suicidas se hará a la luz de los principios bioéticos, nacionales e internacionales, de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia; y se propondrá un modelo para favorecer el tratamiento de este tipo de conductas. Con base en la normatividad sobre protección de los datos personales de la UNAM del 2024.

Sin más por el momento y en espera de su aprobación, aprovecho para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Juan José Rojas Flores



Apéndice C

ASQ MODORIS

“Introducción” .- Es común que el usuario espere ser juzgado o maltratado por el personal clínico. Por lo que es importante que antes de comenzar con las preguntas usted le haga saber lo siguiente:

- *“usted no va a ser juzgado(a)”*
- *“Nuestra intención es apoyar”*
- *“por lo tanto, es importante que conteste con sinceridad a las preguntas que le voy a realizar”*
- *“su información será tratada con absoluto respeto”*

Pregunte al paciente

1. *En las últimas semanas, ¿ha deseado estar muerto?*
2. *En las últimas semanas, ¿ha sentido que usted o su familia estarían mejor si estuviera muerto?*
3. *En la última semana, ¿ha pensado en suicidarse?*
4. *¿Alguna vez ha intentado suicidarse?*
5. Si contestó que sí,
¿cómo lo hizo?

6. ¿Cuándo lo hizo?

7. *Si el paciente contesta que Sí a alguna de las preguntas anteriores, hágale la siguiente pregunta para evaluar la agudeza:*
8. *¿Está pensando en suicidarse en este momento?*

9. Describa estos pensamientos (planes, intención, preparativos)

La opinión clínica siempre puede anteponerse a una prueba de detección negativa.

El paciente no puede irse hasta que se evalúe, por un servicio especializado, como medida de seguridad.

Si responde “Sí” a la 1 y 2 y al resto “No”, es riesgo bajo. 1er orden de riesgo de suicidio

Si responde “Sí” de la 1 a la 3 y “No” a la 4 y 5, corresponde a riesgo moderado. 2do orden de riesgo de suicidio


Si responde “Sí” de la 1 a la 4, es riesgo alto. 3er orden de riesgo

Si responde “Sí” de la 1 a la 5 es riesgo inminente. 4to orden de riesgo


Si responde “Sí” a las preguntas 1, 2, 3 y 5 es riesgo inminente, sin antecedentes de intentos suicidio. 4to orden de riesgo”

Apéndice D

Hoja de registro de atención prehospitalaria



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Dirección General de Atención a la Salud
Registro de Atención Prehospitalaria



FOLIO N° 27151

DATOS GENERALES DEL SERVICIO

Fecha

AMBULANCIA No.

Turno

TRIPULACIÓN

Operador

TUM

TUM

Ubicación del Servicio

TIPO DE SERVICIO

Emergencia	Traslado	Consulta
------------	----------	----------

ACTIVACIÓN

Radio	Teléfono	Personal
-------	----------	----------

DATOS DEL PACIENTE

Nombre

Domicilio

Colonia Teléfono

Alcaldía o Municipio

Sexo Edad

Alumno de Bachillerato ☐ Trabajador o Académico ☐

Alumno de Licenciatura ☐ Ajeno a la Institución ☐

Facultad, Escuela o Dependencia

Número de Cta. R.F.C. / No. Empleado

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Especifique

PADECIMIENTO CLÍNICO ACTUAL

Respiratorio <input type="checkbox"/>	Cardiovascular <input type="checkbox"/>	Neurológico <input type="checkbox"/>
Digestivo <input type="checkbox"/>	Metabólico <input type="checkbox"/>	Renal <input type="checkbox"/>
Urogenital <input type="checkbox"/>	Gineco-Obstétrico <input type="checkbox"/>	Emocional <input type="checkbox"/>
Psiquiátrico <input type="checkbox"/>	Infeccioso <input type="checkbox"/>	Intoxicado <input type="checkbox"/>

Otro (especifique)

PADECIMIENTO POR TRAUMA

Choque <input type="checkbox"/>	Lesión Deportiva <input type="checkbox"/>	Arma Blanca <input type="checkbox"/>
Volcadura <input type="checkbox"/>	Caída <input type="checkbox"/>	PAF <input type="checkbox"/>
Prensado <input type="checkbox"/>	Quemadura <input type="checkbox"/>	Picadura <input type="checkbox"/>
Atropellado <input type="checkbox"/>	Electrocutado <input type="checkbox"/>	Mordedura <input type="checkbox"/>
Lesión por Agresión <input type="checkbox"/>	Explosión <input type="checkbox"/>	Agresión Sexual <input type="checkbox"/>

Otro (especifique)

Características y placas de vehículos involucrados

Autoridad que toma conocimiento

Entrega al Paciente DGAS Hospital: Nombre y Firma

REGIÓN CORPORAL AFECTADA POR EL TRAUMATISMO

Deformidades	1
Contusiones	2
Abrasiones	3
Penetraciones	4
Mov. Paradojico	5
Crepitación	6
Hernias	7
Fracturas	8
Emfisema Subcutáneo	9
Quemaduras	10
Laceraciones	11
Edema	12
Alt. Sensibilidad	13
Alt. Movilidad	14
Locación	15

Especifique

ESTADO DE ALERTA

Consciente	Inconsciente
------------	--------------

SIGNOS VITALES

Hora	FC	T/A	FV	SaO ₂	Glicemia	Temp	Glasgow
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INTERPRETACIÓN DE EKG

MANEJO PREHOSPITALARIO Y/O DURANTE EL TRASLADO

Cánula Orofaríngea	Tubo ET	Oxígeno	LS	BVM	Ventilador
Hemostasia	Collarín	Curación	Vendaje	Férula	
Inmov. Corporal Total	Monitoreo EKG	S.V.	#Catéter		
RCP	Desfibrilación	Cardioversión	Marcapasos	Acceso I.V.	
NaCl 0.9%	Glucosa 5%	Hartmann	Vol.	Goleo	

FÁRMACOS

Nombre	Dosis	Vía	Hora
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Médico que autoriza

Hallazgos y observaciones

Estable ☐ Crítico ☐

INSTITUCIÓN A LA QUE SE TRASLADA

DGAS	IMSS	IS6STE	Cruz Roja	H. de Gobierno
SSA	PEMEX	H. Naval	H. Militar	H. Particular

Nombre del Hospital

Se atiende en el lugar ☐ No amerita traslado ☐ Fallece en el lugar ☐

Paciente que se niega a la atención ☐ y/o traslado ☐

Firma de Conformidad

Recibe al Paciente Dr. NOMBRE Y FIRMA

DGASAPH04

Apéndice E

Catálogo de variables

Variables independientes: **Sexo, Edad, Antecedentes, Padecimiento.**

Variable dependiente: **Nivel Rx Suicida**

Nota: También podría considerarse la variable padecimiento

Variable	Definición operacional	Tipo	Valores permitidos	Unidad	Observaciones
Id	Número de caso	Numérico	> = 1	Enteros	N/A
Año	Año en el que ocurre la urgencia psicológica	Numérico	>=2018 <=2023	Años	El periodo abarca de 2018 a 2023
Mes	Mes en el que ocurre la urgencia psicológica	Nominal	Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre	Nominal	El periodo abarca de enero de 2018 a diciembre de 2023
Edad	Edad de las personas atendidas por una urgencia psicológica	Numérico	> = 0	Enteros	El rango de edad va de 11 a 83 años, los menores eran asistentes del curso de verano
Sexo	Género de las personas atendidas por una urgencia psicológica	Nominal	Masculino Femenino	Nominal	Género con el que se identifica la persona

Status	<p>Papel que las personas atendidas por urgencias psicológicas desempeñan en la comunidad universitaria</p> <p>Alumnos incluye a las personas que cursan la iniciación universitaria, el nivel medio superior, la licenciatura o el posgrado.</p> <p>Empleados abarca al personal administrativo, académico, de confianza, de base y funcionarios.</p> <p>Otros se les denomina a las personas que no están vinculadas con la universidad pero que transitan en sus instalaciones.</p>	Nominal	<p>Alumno</p> <p>Empleado</p> <p>Otro</p>	Nominal	.
--------	--	---------	---	---------	---

Dependencia	Lugar donde las personas atendidas por urgencias psicológicas desempeñan sus actividades académicas o laborales	Nominal	Iniciación Universitaria Escuelas de Media Superior Facultades Institutos Direcciones Recintos culturales Instalaciones deportivas Tienda	Lugar	Dependencia incluye a escuelas, facultades, institutos, o dependencias recintos y todas las instalaciones universitarias,
Ubicacion	Lugar donde se atiende la emergencia psicológica.	Nominal	Escuelas Facultades Institutos Direcciones Recintos culturales Instalaciones deportivas Áreas verdes Calles Tienda universitaria Gasolinera Transporte público	Sitio	El área de cobertura del servicio de urgencias psicológicas es todo el campus universitario, incluyendo áreas deportivas, comerciales, culturales, áreas verdes, calles y avenidas

Padecimiento reclasificado	<p>Motivo por el que se atiende a la persona que presenta una emergencia psicológica.</p> <p>Padecimiento psiquiátrico: abarca los padecimientos mentales que requieren tratamiento farmacológico.</p> <p>Padecimiento psicológico: incluye alteraciones del estado de ánimo, del pensamiento y del comportamiento (por ej. crisis de ansiedad que no requieren tratamiento farmacológico.</p> <p>Consumo de sustancias: abarca situaciones en las que se ingieren, inhalan, colocan o inyectan, por cualquier vía de ingreso al cuerpo, sustancias psicoactivas cuyo consumo puede ser experimental, de manera ocasional, frecuente, uso perjudicial, consumo problemático o abuso.</p> <p>Conducta suicida inminente: Incluye la ideación, planeación estructurada y alta</p>	Nominal	<p>Psiquiátrico Psicológico Consumo de sustancias CS Inminente CS riesgo alto CS riesgo medio CS riesgo leve</p> <p>CS = Conducta Suicida</p> <p>Nivel de riesgo nulo = No existe riesgo de suicidio al momento</p>	Patología	<p>Abarca las atenciones psiquiátricas, psicológicas y conductas de riesgo suicida y consumo de sustancias, puede haber comorbilidad con algún padecimiento o afección médica.</p> <p>En el caso de la conducta suicida, puede haber comorbilidad con algún padecimiento médico, trastorno psiquiátrico y/o consumo de sustancias.</p>
----------------------------	---	---------	---	-----------	--

	<p>intencionalidad de intento suicida en el momento.</p> <p>La persona ha realizado una autolesión severa o grave con intención de morir que requiere un tratamiento médico urgente sea de alta o baja letalidad, si se evita el intento de suicidio.</p> <p>Conducta suicida de riesgo alto:</p> <p>Incluye ideación suicida (ideas y deseos de muerte, frecuentes e intensos), con planes y preparativos de cómo acabar con su vida durante el último mes. Desesperanza crónica y autolesiones (heridas autoinglingidas) severas o algún intento de suicidio en los últimos 12 meses.</p> <p>Conducta suicida de riesgo medio</p> <p>Sentimientos de desesperanza o manifiesta ideación suicida (ideas y deseos de muerte constantes) durante el último mes, pero sin preparativos o presenta autolesiones en los últimos 12 meses sin intención de acabar con su vida.</p>				
--	---	--	--	--	--

	<p>Conducta suicida de riesgo leve Sentimientos de desesperanza, o ideas en torno a la muerte (pensamientos o fantasías de muerte poco frecuentes durante los últimos días). Sin planes o preparativos para hacerse daño ni intentos de suicidio previos o autolesiones sin la intención de terminar con su vida en el último año. Más de un intento suicida</p> <p>Nivel de riesgo nulo Toda persona que no presenta ideas suicidas, planeación del acto suicida, o intento suicida, tampoco tiene antecedentes de conducta suicida en su historia de vida, al momento de la atención.</p>				
--	---	--	--	--	--

Atención	Donde se centran los recursos humanos y materiales del servicio de urgencias médicas para restablecer la homeostasis de la persona que tiene una emergencia psicológica. Abarca la valoración e intervención física y psicológica, así como la referencia y/o traslado de la persona.	Nominal	Atención médica e intervención en crisis	Categoría	<p>Toda persona recibe atención médica e intervención en crisis al momento de la urgencia psicológica por parte del personal de atención prehospitalaria.</p> <p>No se considera que sea un factor predictivo de riesgo suicida en este momento de la investigación, porque no se tienen datos para estimar el impacto del tipo de atención que se le brinda a los pacientes y los intentos subsecuentes.</p>
----------	---	---------	--	-----------	---

Referencia	<p>Lugar donde se envía al paciente para su seguimiento y atención final.</p> <p>Personas con bajo o nulo riesgo suicida se refieren al primer nivel de atención</p> <p>Personas con riesgo medio, alto e inminente se refiere con lesiones que pueden poner en riesgo la salud al 2o nivel de atención hospital de segundo nivel de atención</p> <p>Riesgo inminente sin lesiones físicas al tercer nivel de atención.</p>	Nominal	<p>Primer nivel de atención,</p> <p>Segundo nivel de atención</p> <p>Tercer nivel de atención</p>	Niveles de atención	<p>No se considera que sea un factor predictivo de riesgo suicida en este momento de la investigación, porque no se tienen datos para estimar el impacto del nivel de atención al que se refiere a los pacientes y los intentos subsecuentes.</p>
------------	---	---------	---	---------------------	---

Antecedentes	<p>Historial de padecimientos de la persona que tiene una emergencia psicológica. Abarca todos los antecedentes médicos, psiquiátricos y psicológicos.</p> <p>Médicos es una lista de enfermedades que han estado presentes en la vida de la persona o con las que cursa en la actualidad, que no es relevante para la conducta suicida.</p> <p>Psiquiátricos: es la presencia de uno o varios trastornos mentales que requieren tratamiento farmacológico.</p> <p>Psicológicos: son padecimientos que incluyen alteraciones del estado de ánimo, del pensamiento y del comportamiento (por ej. crisis de ansiedad que no requieren tratamiento farmacológico).</p> <p>Comorbilidades. Son dos o más padecimientos o condiciones simultáneas, físicas, psicosociales o mentales, incluye</p>	Nominal	<p>Médicos Psiquiátricos Problemas Psicosociales Psicológicos Comorbilidades Conducta suicida</p>	Categoría	
--------------	--	---------	---	-----------	--

	<p>consumo de sustancias.</p> <p>Problemas psicosociales: Son una o varias dificultades que surgen en la interacción entre la persona y su entorno, que pueden afectar el bienestar emocional, el comportamiento y la calidad de vida y pueden aumentar el riesgo de desarrollar una enfermedad mental.</p> <p>Consumo de sustancias: abarca situaciones en las que se ingieren, inhalan, colocan o inyectan, por cualquier vía de ingreso al cuerpo, sustancias psicoactivas cuyo consumo puede ser experimental, de manera ocasional, frecuente, uso perjudicial, consumo problemático o abuso.</p>				
--	---	--	--	--	--

Tto_Psiq	Intervención para abordar los trastornos mentales	Numérico	0 = No 1= Si	Enteros	Todo lo relacionado con la atención psiquiátrica, valoración, supervisión, tratamiento con medicación psiquiátrica.
Tx Medico	Método terapéutico cuyo objetivo principal es curar, aliviar o prevenir enfermedades, afecciones o síntomas de enfermedad física	Numérico	<=1	Enteros	Se ocupa de la valoración, diagnóstico y terapia farmacológica y supervisión del progreso de la patología
Tx_CS	Acciones que se realizan para la valoración, intervención y referencia de las personas con riesgo suicida	Numérico	=0 No =1 Si	Enteros	Todas las acciones que se llevan a cabo para disminuir el riesgo suicida, incluyendo la valoración, intervención en crisis, referencia o traslado al nivel de atención adecuado para su atención final

Sin_Tratamiento_Psic	Sin intervención profesional que busque aliviar el sufrimiento, su malestar, calidad de vida o la enseñanza de las habilidades adecuadas para hacerle frente a los distintos problemas de la vida	Numérico	=0 Sin tratamiento =1 Con tratamiento	Intervención	Incluye atención psicológica en cualquier nivel de atención ya sea atención privada o n algún centro de atención público.
----------------------	---	----------	--	--------------	---

Nivel Rx_suicida	<p>Nivel de riesgo nulo, leve, medio, alto o inminente de cometer un suicidio.</p> <p>Riesgo nulo: La persona no tiene dentro de sus antecedentes y al momento de la atención de urgencias ideación, planeación e intentos de suicidio.</p> <p>Nivel de riesgo leve: Tienen pensamientos suicidas sin planes o preparativos para hacerse daño ni intentos de suicidio previos o autolesiones sin la intención de terminar con su vida en el último año. Más de un intento suicida</p> <p>Nivel de riesgo medio: La persona manifiesta ideación suicida (ideas y deseos de muerte constantes) durante el último mes, pero sin preparativos o presenta autolesiones en los últimos 12 meses sin intención de acabar con su vida.</p> <p>Nivel de riesgo alto: La persona manifiesta ideas y deseos de muerte,</p>	Numérico	<p>=0 Nulo =1 Leve =2 Medio =3 Alto =4 Inminente</p>	Enteros	<p>Se contempla cualquier nivel de riesgo, ideación, planeación o intento suicida en el momento de la urgencia psicológica sumado a la historia previa de conducta suicida en los últimos meses en el paciente.</p>
------------------	---	----------	--	---------	---

	<p>frecuentes e intensos, con planes y preparativos de cómo acabar con su vida durante el último mes. Desesperanza crónica y autolesiones severas o algún intento de suicidio previo.</p> <p>Nivel de riesgo inminente:</p> <p>La persona manifiesta ideación, planeación estructurada y alta intencionalidad de intento suicida en el momento, ha realizado una autolesión severa o grave con intención de morir que requiere un tratamiento médico urgente sea de alta o baja letalidad, ha dejado notas de este deseo. Además presenta comorbilidad con algún trastorno psiquiátrico.</p>				
--	---	--	--	--	--

Accidentes	Evento inesperado que no se puede prever y que en general, genera daños, lesiones o consecuencias negativas, entre ellas las crisis de ansiedad.	Nominal	Choque automovilístico Caídas Quemaduras por algún agente químico Incendios Atropellado Electrocutado o Explosión Caída de objetos	Súbito	Cualquier evento inesperado que se presente al momento y que pueda o no causar alguna lesión física que puede derivar en una crisis emocional generada por el evento súbito.
Violencia	Interacción entre individuos o grupos de personas que de manera intencional causa daño y/o psicológico, o impone una situación a otras personas.	Nominal	Lesiones por agresión Sexual Secuestro Robo Amenazas Intrafamiliar Género Riñas Conflictos sociales Crimen	Factor	Todo uso intencional de la fuerza contra otra persona, un grupo o comunidad que tiene como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas del desarrollo o la muerte

Px_Psicosociales	Son dificultades que surgen en la interacción entre la persona y su entorno, que pueden afectar el bienestar emocional, el comportamiento y la calidad de vida y pueden aumentar el riesgo de desarrollar una enfermedad mental.	Nominal	Estrés social Conflictos familiares Conflictos escolares Conflictos de pareja Conflictos laborales Enfermedades somáticas Violencia	Categorico	Son todos los factores de riesgo suicida que se relacionan con la interacción con otras personas en uno o varios ámbitos de la vida diaria y que surgen de al relacionarse con los diferentes espacios de convivencia
IPS	Número de intentos suicidas previos al actual.	Numérico	<=1 >=N	Enteros	Se incluyen todos los intentos de suicidio llevados a cabo durante su vida que transita por una urgencia psicológica

CURRICULUM VITAE

Juan José Rojas Flores

Originario de la Ciudad de México, México, inició sus estudios profesionales como Técnico en Urgencias Médicas Avanzadas en 1989, de 2003 a 2008 la licenciatura en Psicología en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México con énfasis en el área clínica, en 2014 Maestría en Tanatología por el Instituto Mexicano de Psicooncología, 2015 Especialidad en Administración gerontológica en la Facultad de contaduría y Administración de la Universidad Nacional Autónoma de México, Especialización en prevención e intervención en Riesgo Suicida por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y la Organización Panamericana de a Salud. Actualmente labora en la Dirección General de Atención a la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el Hospital Darío Fernández Fierro del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, colabora en Clínicas Claider de Monte Fénix y es miembro fundador de la Red Mundial de Salud Mental y Suicidio con origen en la Ciudad de Miami Estados Unidos.

Presenta la investigación titulada Factores de Riesgo Suicida en Población Universitaria: Hallazgos desde la Atención Prehospitalaria para aspirar al grado de Doctor en Salud Mental.

Ha participado en investigaciones de ciego y doble ciego en el Hospital Fray Bernardino Álvarez. Ha tenido participación en 2 artículos de Atención prehospitalaria, 1 artículo científico en revista reconocida a nivel nacional e internacional.

Cuenta con la Certificación CONOCER de atención prehospitalaria a nivel nacional por parte de la Secretaría de Educación Pública. Dentro de sus funciones se encuentra la de Coordinador de Atención Prehospitalaria del turno vespertino, participa como Psicólogo de las Emergencias e Interventor en Crisis. Participa activamente en la atención en rehabilitación de las adicciones en el cómo terapeuta en el Centro de Readaptación Social Femenil de Santa Martha Acatitla CDMX. Atención en consulta externa e interconsultas como Psicólogo clínico en el Hospital Darío Fernández Fierro del ISSSTE. Colabora en diferentes instituciones como conferencista y profesor. Ha presentado diversas propuestas en conjunto con otros investigadores en la creación de un Servicio de Atención Psicológica de Emergencias, el protocolo de actuación ante una crisis suicida en la Universidad Nacional Autónoma de México SPASU. Participa en la creación de la clínica de adicciones y salud mental Libértame.

