



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUSCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO 3 DEL IMSS**

**“ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES EN EL PACIENTE
ADULTO CON TENTATIVA SUICIDA EN HOSPITAL GENERAL DE
LA ZONA 3 EN JESÚS MARÍA, AGUASCALIENTES EN EL
PERÍODO DE DICIEMBRE 2023- DICIEMBRE 2024”.**

**TESIS PRESENTADA POR
VICTOR GAMALIEL CHAVEZ MARQUEZ**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN URGENCIAS MEDICO
QUIRURGICAS**

**ASESOR:
DRA. MARIA PAULINA MARTÍNEZ DELGADO
AGUASCALIENTES, AGS AGOSTO DE 2026**

AGUASCALIENTES, AGS, 20 DE ENERO DE 2026

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Urgencias Medico quirúrgicas, Hospital General de Zona No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DR. VICTOR GAMALIEL CHAVEZ MARQUEZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“Acontecimientos vitales estresantes en el paciente adulto con tentativa suicida en el hospital general de zona 3 en Jesús maría, Aguascalientes en el periodo de diciembre 2023 diciembre 2024”

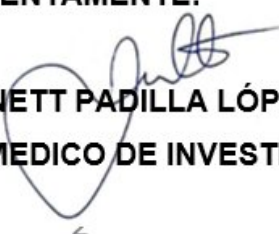
Número de Registro: **R-2025 101 188** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS.**

El asistió a las asesorías correspondientes y realizo las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:


Dra. Jannett Padilla López
 **COORDINADORA AUXILIAR MEDICA EN INVESTIGACION**
Matricula 99013183

DRA. JANNETT PADILLA LÓPEZ

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD

CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

AGUASCALIENTES, AGS, 20 DE ENERO DE 2026

DRA. JANNETT PADILLA LÓPEZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

Dr. Víctor Gamaliel Chávez Márquez

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado: acontecimientos vitales estresantes en el paciente adulto con tentativa suicida en Hospital General de Zona 3 en Jesús María, Aguascalientes en el periodo de diciembre 2023 diciembre 2024

Número de Registro: **R- 2025 101 188** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS.**

El asistió a las asesorías correspondientes y realizo las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los tramite correspondientes a su especialidad, Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquiera aclaración.

ATENTAMENTE:


Dra. María Paulina Martínez Delgado
DIRECTOR DE TESIS

DICTAMEN DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **101.**
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082**

FECHA **Sábado, 13 de diciembre de 2025**

Médico (a) Maria Paulina MARTINEZ Delgado

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle que el protocolo de investigación con título **Acontecimientos vitales estresantes en el paciente adulto con tentativa suicida en Hospital General de Zona 3 en Jesus Maria, Aguascalientes en el periodo de diciembre 2023- diciembre 2024**, que sometió a evaluación por este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los aspectos éticos, por lo que se emite el dictamen de:

APROBADO

Número de Registro Institucional R-2025-101-188
--

De acuerdo con la normativa vigente, deberá presentar anualmente un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo hasta su conclusión. El presente dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de no haber concluido la investigación, deberá solicitar la re aprobación al Comité de Ética en Investigación antes del **13-12-2026**.

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

ATENTAMENTE



Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101



DICTAMEN DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación **1018**.
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082**

FECHA **Martes, 25 de noviembre de 2025**

Médico (a) Maria Paulina MARTINEZ Delgado

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Acontecimientos vitales estresantes en el paciente adulto con tentativa suicida en Hospital General de Zona 3 en Jesus Maria, Aguascalientes en el periodo de diciembre 2023- diciembre 2024** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

ATENTAMENTE

Doctor (a) AGUILAR MERCADO VIRGINIA VERONICA
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 1018

DICTAMEN LIBERACION ACADEMICA



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 11/08/2026

NOMBRE:	CHAVEZ MARQUEZ VICTOR GAMALIEL		ID	362444
ESPECIALIDAD:	URGENCIAS MEDICO QUIRURGICAS	LGAC (del posgrado):	ATENCIÓN INICIAL EN URGENCIAS MEDICAS Y PROCEDIMIENTOS CLINICOS	
TIPO DE TRABAJO:	(X) Tesis	() Trabajo práctico		
SEDE HOSPITALARIA:	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL			
TITULO:	ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES EN EL PACIENTE ADULTO CON TENTATIVA SUICIDA EN HOSPITAL GENERAL DE LA ZONA 3 EN JESUS MARIA, AGUASCALIENTES EN EL PERIODO DE DICIEMBRE 2023- DICIEMBRE 2024			
IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado):	IDENTIFICACION DE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON TENTATIVA SUICIDA, PARA OPTIMIZAR LA PREVENCION, MEJORAR LA EVALUACION CLINICA INICIAL Y GARANTIZAR UN ABORDAJE INTEGRAL OPORTUNO DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS			

INDICAR SI - NO - NA (No aplica) SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

SI	El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI	La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI	Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI	Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI	Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI	El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI	Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO	Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI	Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

SI	Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Posgrado
SI	Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios
SI	Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial
SI	Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI	Coincide con el título y objetivo registrado
SI	Tiene el CVU de la SECIHTI actualizado
NA	Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Sí X
No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. EN FARM. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 136 fracción II, inciso g) del Reglamento General de Posgrado que a la letra señala: autorización de la persona titular del Decanato del Centro de Ciencias de la Salud.

EVIDENCIA DE ENVÍO A PUBLICACIÓN

 AUTOR ▾

ARTÍCULOS

10▾ items/página

Buscar...

CÓDIGO	TÍTULO	ESTADO	
REIE/0049/26	ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES EN EL PACIENTE ADULTO CON TENTATIVA SUICIDA EN HOSPITAL GENERAL DE LA ZONA 3 EN JESÚS MARÍA, AGUASCALIENTES EN EL PERÍODO DE DICIEMBRE 2023- DICIEMBRE 2024	Pendiente de validación	



AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a mi familia, por su amor, paciencia y apoyo incondicional durante toda mi formación profesional. Su confianza en mí ha sido una fuente constante de motivación para seguir adelante y alcanzar cada una de mis metas.

A mi asesora de tesis, Dra. María Paulina Martínez Delgado, por su orientación, dedicación y valioso acompañamiento durante el desarrollo de este trabajo. Su conocimiento, compromiso y disposición para compartir su experiencia fueron fundamentales para la realización de esta investigación.

A la Dra. Elizabeth Hernández, jefa de enseñanza, por su apoyo y por fomentar el crecimiento académico y profesional de los médicos en formación.

A todos los médicos urgenciólogos que formaron parte de mi formación como residente en urgencias médico-quirúrgicas. Gracias por compartir sus conocimientos, experiencia y enseñanzas, las cuales han contribuido significativamente a mi desarrollo profesional y a mi formación como médico especialista.

Finalmente, agradezco a todas las personas que de una u otra forma contribuyeron a la realización de este trabajo y a mi crecimiento profesional.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a mi familia, quienes han sido el pilar fundamental en mi vida y en mi formación personal y profesional. Gracias por su amor incondicional, su apoyo constante y por creer en mí incluso en los momentos más difíciles. Cada logro alcanzado es también fruto de su esfuerzo, paciencia y motivación para seguir adelante.

A Ximena Merlo López por acompañarme durante este camino lleno de retos, por su comprensión, paciencia y apoyo incondicional durante cada etapa de mi formación. Gracias por ser una fuente constante de motivación, por brindarme fortaleza en los momentos de mayor cansancio y por celebrar conmigo cada pequeño logro.

Este trabajo representa no solo un objetivo académico cumplido, sino también el reflejo del apoyo y amor de quienes han estado presentes a lo largo de este proceso.

ÍNDICE GENERAL

1. ÍNDICE DE TABLAS.....	4
2. ÍNDICE DE FIGURAS.....	4
3. RESUMEN.....	5
4. ABSTRACT.....	6
5. INTRODUCCIÓN.....	8
6. MARCO TEÓRICO.....	9
6.1. ACONTECIMIENTOS VITALES.....	9
6.2. MARCO CONCEPTUAL:.....	13
6.2.1. Acontecimiento vital estresante:.....	13
6.2.2. Estrés.....	14
6.2.3. Tentativa suicida.....	15
6.2.4. Teoría de los acontecimientos vitales estresantes.....	16
6.2.5. Teoría sobre la conducta suicida.....	19
6.2.6. Teoría interpersonal del suicidio de Joiner.....	20
6.3. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	22
6.3.1. Búsqueda de artículos.....	22
Figura 1. Diagrama flujo de prismas.....	23
7. JUSTIFICACIÓN.....	29
7.1. Áreas geográficas afectadas y grupos de población afectados por el problema.....	29
7.1.1. Información estadística de la tentativa suicida.....	30
8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	32
8.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	33
9. OBJETIVOS.....	34

9.1.	Objetivo general	34
9.2.	Objetivo específico	34
10.	HIPÓTESIS	34
11.	MATERIAL Y MÉTODOS:	35
11.1.	Diseño del estudio	35
11.2.	Lugar donde se desarrolló el estudio	35
11.3.	Universo de estudio	35
11.4.	Población de estudio	35
11.5.	Unidad de observación	35
11.6.	Unidad de análisis	35
11.7.	Criterios de selección	36
11.7.1.	Inclusión	36
11.7.2.	Exclusión	36
11.7.3.	Eliminación	36
11.7.4.	Tamaño de la muestra	36
11.8.	Operacionalización de las variables	37
11.9.	Grupos	41
11.10.	Procedimiento para la recolección	41
11.11.	Instrumentos utilizados:	42
11.12.	Métodos para el control y calidad de los datos	42
11.13.	Análisis de datos	43
11.14.	Aspectos éticos	44
11.14.1.	Valor Científico y Social	44
11.14.2.	Pertinencia Científica en el Diseño y Conducción del Estudio	45
11.14.3.	Criterios de Selección de los Participantes	46

11.14.4.	Identificación y Clasificación del Riesgo	46
11.14.5.	Proporcionalidad entre Riesgos y Beneficios.....	47
11.14.6.	Respeto a los Participantes.....	47
11.14.7.	Consentimiento Informado	48
11.15.	Recursos, financiamiento y factibilidad.....	49
11.15.1.	Recursos financieros.....	49
11.15.2.	Recursos humanos	50
11.15.3.	Recursos financieros.....	50
11.16.	Cronograma de actividades	51
12.	RESULTADOS.....	52
Figura 2.	Distribución de la edad de los pacientes	54
13.	DISCUSIÓN.....	56
14.	CONCLUSIÓN.....	59
15.	GLOSARIO	60
16.	BIBLIOGRAFÍAS:.....	62
17.	ANEXOS.....	66
Anexo A.	Instrumento de recolección.....	66
Anexo B.	Dictamen de aprobación del comité local de investigación en salud 101.	67
Anexo C.	Carta de no inconveniente al comité local en investigación 101, hospital general de zona No. 3.....	68
Anexo D.	Solicitud de excepción de la carta de consentimiento informado....	69
Anexo E.	Justificación.....	70

1. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Características sociodemográficas.....	52
Tabla 2.	Acontecimientos vitales estresantes.....	53
Tabla 3.	Estadística descriptiva de la edad (n = 154).....	54
Tabla 4.	Asociación entre factores psicosociales y depresión en pacientes con tentativa suicida.....	55

2. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Diagrama de flujo de prismas.....	23
Figura 2.	Distribución de la edad de los pacientes.....	54

3. RESUMEN

Antecedentes: La tentativa suicida es un importante problema de salud pública asociado a múltiples determinantes sociales y psicológicos. Los acontecimientos vitales estresantes pueden desencadenar crisis emocionales, especialmente en individuos vulnerables. A pesar del incremento de casos en Aguascalientes, existía escasa información local que asociara estos eventos con patologías como la depresión en el contexto de urgencias. **Objetivo:** Identificar los acontecimientos vitales estresantes y su asociación con la depresión en pacientes adultos con tentativa suicida atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona No. 3 de Jesús María, Aguascalientes. **Material y métodos:** Estudio observacional, analítico y transversal. Se revisaron 154 expedientes de pacientes adultos ingresados por tentativa suicida entre diciembre de 2023 y diciembre de 2024. Se recabó información sociodemográfica y eventos vitales estresantes (alcoholismo, estrés laboral, violencia y discriminación). Se aplicaron estadísticas descriptivas y la prueba χ^2 de Pearson mediante el paquete estadístico SPSS. **Resultados:** Se analizó una muestra de 154 pacientes, con predominio femenino (62.3%) y una edad media de 30.5 ± 10.8 años. El 57.1% se encontraba desempleado. Dentro de los acontecimientos vitales estresantes, la mayoría presentó alcoholismo (61.7%), seguido de antecedentes de violencia (51.9%), discriminación (40.9%) y estrés laboral (33.8%). El análisis mediante la prueba χ^2 mostró asociaciones estadísticamente significativas entre la presencia de depresión y el alcoholismo ($p < 0.001$), la situación laboral ($p < 0.001$), la violencia ($p < 0.001$) y la discriminación ($p < 0.001$). **Conclusiones:** La tentativa suicida ocurre predominantemente en adultos jóvenes con alta exposición a factores socioeconómicos adversos. Eventos vitales como el alcoholismo, el desempleo, la violencia y la discriminación mostraron una alta incidencia y fuerte asociación con la depresión. Se recomienda priorizar la evaluación psicosocial oportuna en urgencias.

Palabras clave: acontecimientos vitales estresantes, tentativa suicida, depresión, factores psicosociales.

4. ABSTRACT

Background: Suicide attempt is a major public health problem associated with multiple social and psychological determinants. Stressful life events can trigger emotional crises, especially in vulnerable individuals. Despite the increase of cases in Aguascalientes, there was scarce local information associating these events with conditions like depression in the emergency department setting. **Objective:** To identify stressful life events and their association with depression in adult patients with suicide attempts treated in the emergency department of General Hospital Zone No. 3 in Jesus Maria, Aguascalientes. **Materials and methods:** Observational, analytical, and cross-sectional study. A total of 154 medical records of adult patients admitted for suicide attempts between December 2023 and December 2024 were reviewed. Sociodemographic information and stressful life events (alcoholism, work stress, violence, and discrimination) were collected. Descriptive statistics and Pearson's χ^2 test were performed using the SPSS statistical package. **Results:** A sample of 154 patients was analyzed, predominantly female (62.3%) with a mean age of 30.5 ± 10.8 years. Moreover, 57.1% were unemployed. Among stressful life events, the majority presented alcoholism (61.7%), followed by a history of violence (51.9%), discrimination (40.9%), and work stress (33.8%). The χ^2 test analysis showed statistically significant associations between the presence of depression and alcoholism ($p < 0.001$), employment status ($p < 0.001$), violence ($p < 0.001$), and discrimination ($p < 0.001$). **Conclusions:** Suicide attempts occur predominantly in young adults with high exposure to adverse socioeconomic factors. Life events such as alcoholism, unemployment, violence, and discrimination showed a high incidence and strong association with depression. Timely psychosocial evaluation in the emergency department is strongly recommended.

Keywords: stressful life events, suicide attempt, depression, and psychosocial factors.



5. INTRODUCCIÓN

Los acontecimientos vitales estresantes son eventos que se pueden observar estos no son deseados no son programados, y son incontrolables tienen por ende un inicio y desenlace que generalmente son claros y causan cambios significativos en la vida (1). Los acontecimientos vitales estresantes tienen un efecto negativo significativo en el bienestar mental y físico.(1)

Existen diferentes acontecimientos vitales estresantes desde los que van relacionados con la salud como la depresión, ansiedad o episodios psicóticos, enfermedades físicas crónico degenerativas como la diabetes, enfermedades del sistema circulatorio, o enfermedades cardíacas, enfermedades autoinmunes como aquellas que afectan la función inmunitaria como la esclerosis múltiple, artritis reumatoide, lupus (2).

Asimismo, factores influyentes como estrés laboral, situaciones sociales o personales como la muerte de un ser querido, divorcio, despido laboral o desempleo, jubilación, nacimiento de un hijo, problemas financieros graves (3).

Tomando en cuenta estos acontecimientos vitales estresantes que puedan desencadenar tentativa suicida, definiendo tentativa por la real academia de la lengua española como el “hecho de intentar algo”. Sinónimo de intento, prueba, ensayo o conato, y se refiere a la acción de intentar algo, sin que llegue a su consumación; según la OMS definen al suicidio como el acto deliberado de acabar con la propia vida (3).

Explicado esto se comprende como tentativa suicida a la conducta autolesiva con un resultado no fatal que se acompaña por evidencia (explícita o implícita) de que la persona intentaba morir.

6. MARCO TEÓRICO

6.1. ACONTECIMIENTOS VITALES

Los factores de riesgo asociados a la conducta suicida han sido sistematizados en dos grandes categorías según su susceptibilidad de modificación. Los factores fijos o inmutables son aquellos que permanecen constantes independientemente de la intervención terapéutica recibida, entre los que se encuentran el antecedente de tentativa suicida previa, el sexo biológico, la edad y la condición socioeconómica. En contraste, los factores modificables comprenden variables sobre las cuales es posible intervenir clínicamente, como la desesperanza, la ansiedad, el acceso a medios letales, la interrupción del tratamiento psiquiátrico, los trastornos mentales severos —incluyendo el trastorno por déficit de atención e hiperactividad— y el consumo de sustancias psicotrópicas, entre otros (4).

Desde el punto de vista clínico, el espectro del comportamiento suicida comprende tres manifestaciones progresivas e interrelacionadas: la ideación suicida —entendida como el conjunto de pensamientos orientados a poner fin a la propia existencia—, la planeación suicida —que implica la elaboración de un método concreto y estructurado para lograrlo— y la tentativa suicida —definida como el acto autolesivo ejecutado con al menos cierta intención de morir, pero cuyo desenlace no es fatal—. (4)

En el contexto epidemiológico nacional, los datos disponibles indican que la prevalencia general de ideación suicida, planeación y tentativa de suicidio en México asciende a 2.3%, 0.8% y 0.7%, respectivamente. Las prevalencias correspondientes a los hombres resultaron aproximadamente la mitad de las registradas en mujeres, siendo las más jóvenes el subgrupo de mayor vulnerabilidad. Esta tendencia ha dado lugar a un incremento sostenido en las tasas de suicidio y tentativa suicida en población en edad productiva, fenómeno que se ha documentado de manera particular en el estado de Aguascalientes (4,5).

Entre las condiciones psiquiátricas que constituyen los principales factores de riesgo clínico se encuentran los trastornos depresivos, el consumo problemático de sustancias y los trastornos psicóticos. No obstante, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la personalidad —en especial el trastorno antisocial y el trastorno límite, cuyo riesgo de suicidio supera entre un 4% y un 8% al de la población general—, los trastornos alimentarios, los relacionados con trauma y los de origen orgánico también se asocian con un incremento significativo del riesgo (4)

Respecto a la distribución por grupo etario, la evidencia nacional sitúa la planeación y la tentativa suicida con mayor frecuencia en el rango de 18 a 49 años, lo que posiciona a los adultos jóvenes en edad productiva como el segmento poblacional de mayor riesgo. Esta tendencia es consistente con las cifras globales, donde el suicidio constituye la cuarta causa de muerte en personas de 15 a 29 años. En México, la tasa de mortalidad por suicidio en el grupo de 18 a 29 años asciende a 10.7 por cada 100 000 habitantes, y en el período comprendido entre 2017 y 2021, las tasas en varones de 10 a 19 años se incrementaron de 11.04 a 14.15, mientras que en mujeres del mismo grupo etario el aumento fue de 2.91 a 3.68 por cada 100 000 habitantes (6,7).

El análisis desagregado por sexo revela que, en la población femenina, la conducta suicida representa la tercera causa de muerte en el grupo de 10 a 14 años y la cuarta en el grupo de 15 a 24 años. Los registros nacionales señalan una prevalencia de ideación suicida del 5% en adolescentes de 12 a 17 años y de 2.3% en el grupo de 18 a 49 años; en cuanto a la tentativa suicida, las prevalencias fueron de 2.2% y 0.8% para los mismos grupos etarios, respectivamente. Estas cifras subrayan la necesidad de implementar estrategias de detección y prevención oportunas orientadas específicamente a las mujeres más jóvenes (5,6).

Finalmente, el abordaje de la conducta suicida como problema de salud pública demanda la incorporación de la perspectiva de género como herramienta analítica. Este enfoque reconoce que el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado está

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

socialmente determinado por variables estructurales como la condición socioeconómica, el origen étnico, el ámbito laboral y el género —este último entendido como una construcción social que asigna roles diferenciados y reproduce desigualdades sistémicas—. Mientras que los esquemas normativos de masculinidad asocian al hombre con funciones de productividad y superioridad social, las mujeres son confinadas con mayor frecuencia a roles de cuidado no remunerado y subordinación, condiciones que se expresan diferencialmente en los perfiles de morbilidad y, de manera específica, en la mayor prevalencia de ideación y tentativa suicida en población femenina (6,8).

En un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y comparativo, realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 Aragón, Ciudad de México, muestreo no probabilístico por conveniencia, cuyo tamaño se calculó con una frecuencia esperada del 6.8%, precisión del error del 4%, nivel de confianza de 96% y tamaño de la población de 26,997 adultos jóvenes adscritos a la unidad para un total de 143 participantes, cifra a la cual se aumentó el 5% de posibilidad de pérdida quedando en una muestra de 150 participantes. Se incluyeron jóvenes de 18 a 29 años adscritos a la unidad de estudio, sin antecedente de diagnóstico de deterioro cognitivo o demencia, sin estado de conciencia alterado ni labilidad emocional al momento de la entrevista; además se eliminaron aquellos que respondieron cuestionarios incompletos. En este estudio no se evaluó la funcionalidad familiar sin embargo si se observaron diferencias en el tipo de familia respecto a algunas variables. En cuanto a la depresión, existió asociación en mujeres con el tipo de familia unipersonal a diferencia del tipo nuclear y mononuclear para los hombres, En cuanto al consumo de alcohol solo se reportó diferencia en mujeres con familia polinuclear, misma familia asociada a riesgo suicida en ellas. A pesar de los antecedentes mencionados en el artículo no se encontró relación entre el riesgo suicida y el consumo de alcohol, cabe mencionar que se abordó el consumo de alcohol mediante el cuestionario AUDIT, no obstante, poco más de la mitad de los encuestados si habían dedicado un espacio de su tiempo para beber alcohol en exceso por voluntad propia en el último año,

por lo que podría existir un sesgo debido a que si exista relación entre el consumo de alcohol con el riesgo suicida agudo o con la tentativa suicida (9,10).

Un estudio longitudinal retrospectivo realizado en dos cortes temporales (diciembre de 2012 a agosto de 2018 y septiembre de 2019 a enero de 2021) contó con una muestra total de 142 participantes —43 hombres y 99 mujeres— con edades comprendidas entre los 18 y los 89 años ($M = 42.4$; $DT = 16.1$), de los cuales 35 consultaron exclusivamente por ideación suicida y 107 por conducta suicida activa. Con el propósito de controlar el posible efecto de confusión del sexo, se realizó un apareamiento por esta variable, quedando la muestra definitiva integrada por 86 participantes (43 hombres y 43 mujeres), con un rango etario de 20 a 89 años ($M = 44.3$; $DT = 14.8$), de los cuales 27 presentaban ideación y 59 conducta suicida. Los objetivos específicos incluyeron el análisis de los factores precipitantes de la conducta suicida según el sexo, así como la exploración de la violencia de género e intrafamiliar como variable predisponente y precipitante en individuos con alto riesgo suicida (11).

El análisis de los precipitantes identificados en los participantes reveló que los conflictos vinculados a la relación de pareja constituyeron el factor estresante de mayor prevalencia (51.4%), ocupando el segundo lugar las tensiones de índole familiar (50.7%), seguidas de las dificultades laborales y académicas —incluyendo el desempleo y la jubilación— (31.7%), las alteraciones en el estado de salud físico o mental, propio o de un familiar cercano (26.1%), y los problemas habitacionales o de precariedad económica (17.6%). En la parte inferior del espectro se situaron los conflictos con terceros ajenos al núcleo familiar —como amistades, vecinos o compañeros— y las situaciones vitales atípicas (embarazos, procesos judiciales, migraciones), ambos con una frecuencia equivalente del 9.2%. Al desagregar los precipitantes específicos, dentro de la categoría conyugal destacaron las discusiones recurrentes (29.6%) y las rupturas o separaciones (14.1%); en el ámbito familiar, las confrontaciones directas fueron igualmente el detonante predominante (23.2%), seguidas a distancia por el duelo ante fallecimientos (7.7%). Entre los estresores laborales, el desempleo (9.2%)

concentró la mayor parte de los eventos, mientras que en el dominio de la salud sobresalieron la enfermedad física propia (9.9%) y la de algún familiar (9.2%). La soledad emergió como el estresor situacional más relevante dentro de las circunstancias vitales variadas (2.1%), en tanto que las disputas interpersonales encabezaron los conflictos con terceros (4.2%) (11).

Para la captura sistemática de esta información se diseñaron dos instrumentos de medición complementarios: un cuadernillo de respuesta abierta —cuyo contenido fue posteriormente codificado en categorías exhaustivas y mutuamente excluyentes— y un cuestionario estructurado ad hoc de respuesta cerrada, dicotómica o múltiple, que exploró el motivo de consulta y la existencia de violencia de género e intrafamiliar. La clasificación diagnóstica se realizó con base en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), complementada con las categorías de ausencia de psicopatología, trastorno mixto ansioso-depresivo y rasgos desadaptativos de personalidad, cuya recurrencia en los reportes de egreso psiquiátrico justificó su incorporación al protocolo de registro. En relación con las diferencias por sexo, la única variable que alcanzó significancia estadística fue el motivo de consulta, siendo considerablemente superior la proporción de mujeres que acudieron por conducta suicida activa en comparación con los hombres (11,12).

6.2. MARCO CONCEPTUAL:

6.2.1. Acontecimiento vital estresante:

Los acontecimientos vitales estresantes se definen como aquellos sucesos o cambios significativos en la trayectoria vital de un individuo que alteran su equilibrio biopsicosocial habitual y exigen un proceso activo de adaptación a las nuevas circunstancias. Su estudio científico ha requerido el desarrollo de metodologías específicas que permitan reducir los sesgos inherentes tanto en la percepción subjetiva del evento como en la atribución de significado que cada persona le confiere. En este sentido, el análisis sistemático de los acontecimientos vitales estresantes contempla tres dimensiones fundamentales: la valoración de la

severidad objetiva del agente estresor, la frecuencia y temporalidad de su ocurrencia, y las condiciones contextuales que rodearon al evento en cuestión. La interacción entre estas tres dimensiones explica por qué individuos expuestos a situaciones objetivamente similares pueden manifestar respuestas emocionales y conductuales notablemente distintas ante un mismo acontecimiento vital (13).

Es un suceso identificable, externo al paciente, que implica una demanda significativa de adaptación biológica, psicológica o social, y que produce una alteración en la homeostasis emocional cuando la magnitud del evento excede los recursos de afrontamiento disponibles (13)

Estos acontecimientos pueden ser de tipo agudos o crónicos, independientes o dependientes de la conducta del paciente, y su impacto depende de la severidad objetiva como de la valoración cognitiva y emocional que realiza el paciente. Los acontecimientos vitales estresantes se consideran factores precipitantes que pueden desencadenar crisis emocionales y aumentar el riesgo de tentativa suicida, especialmente cuando ocurren acumulados o en presencia de vulnerabilidad previa (13,14).

Según los autores, los acontecimientos vitales estresantes funcionan como desencadenantes de crisis suicidas agudas: cuando una persona con vulnerabilidades ya sean psicológicas, emocionales o sociales vive uno o varios acontecimientos vitales estresantes recientes, su riesgo de tentativa suicida, ideación o consumo aumenta significativamente (13).

6.2.2. Estrés.

El estrés puede definirse como un estado biológico de activación sistémica de naturaleza anti-homeostática, que emerge cuando el organismo no logra responder de manera eficaz a las demandas —reales o percibidas— que el entorno le impone. Su substrato neurobiológico involucra la activación de los ejes autonómico y neuroendocrino, así como la inhibición de la respuesta inmunitaria y conductual, lo que disminuye progresivamente la capacidad del individuo para mantener el equilibrio fisiológico ante la interacción con los estímulos externos (15)

Desde el punto de vista subjetivo, esta activación se acompaña de estados emocionales no placenteros como ansiedad, irritabilidad y tristeza, cuya intensidad está determinada tanto por la magnitud del estímulo amenazador como por el procesamiento cognitivo individual que el sujeto realiza de dicha amenaza — siendo característica una respuesta más intensa ante las amenazas de naturaleza social que ante las físicas—. Cuando el estrés se hace crónico y escapa al control del individuo, se convierte en un estado de transición hacia la enfermedad, incrementando el riesgo de patologías cardiovasculares, digestivas y del sistema muscular y esquelético, así como de trastornos psiquiátricos, entre los que destacan la depresión y los trastornos de ansiedad, categorías reconocidas dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (15).

6.2.3. *Tentativa suicida*

La conducta suicida constituye un fenómeno multifactorial resultante de la confluencia de variables biológicas, psicológicas, sociales y ambientales, cuya expresión clínica engloba un espectro continuo de manifestaciones que van desde las primeras representaciones mentales sobre la muerte hasta el acto autolesivo consumado. En términos operativos, se trata de un conjunto de comportamientos orientados, con distintos grados de intencionalidad, hacia la autodestrucción y el cese de la propia vida (16).

Dentro de este espectro, se distinguen las siguientes categorías clínicas:

- **Ideas de muerte:** Cogniciones referidas a la propia muerte como fenómeno, sin que exista una intención activa de provocarla mediante el suicidio.
- **Fantasías de suicidio:** Representaciones mentales en torno al acto suicida, que no van acompañadas de intención real ni de un plan estructurado para su ejecución.

- **Ideación suicida:** Pensamiento deliberado orientado a quitarse la vida, que puede presentarse con o sin un plan de acción concreto para llevarlo a cabo.
- **Gesto suicida:** Conducta autolesiva cuya finalidad aparente es el suicidio, pero que no produce daño tisular real, siendo habitualmente detenida por el propio individuo o por terceros.
- **Tentativa suicida:** También denominada intento suicida; acto autoinfligido con intencionalidad letal que genera un daño tisular objetivable, pero que no culmina en el fallecimiento del individuo (17)

6.2.4. Teoría de los acontecimientos vitales estresantes.

El estudio científico del estrés como determinante de la salud encontró un hito metodológico fundamental en el trabajo de los psiquiatras Thomas Holmes y Richard Rahe, quienes en 1967 formularon la hipótesis de que la acumulación de cambios significativos en la vida de un individuo incrementa su vulnerabilidad tanto a padecimientos físicos como psiquiátricos. Para fundamentar este planteamiento, ambos investigadores analizaron más de cinco mil expedientes clínicos, identificando un conjunto de 43 eventos con potencial estresante cuya ocurrencia podía anticipar la aparición de enfermedad en los pacientes estudiados (17).

Con base en estos hallazgos, Holmes y Rahe desarrollaron la Escala de Reajuste Social —también conocida por sus siglas en inglés como SRRS (Social Readjustment Rating Scale)—, un instrumento diseñado para cuantificar la carga de estrés acumulada mediante la asignación de un valor ponderado a cada evento vital, denominado Unidad de Cambio Vital (UCV). Dicho valor fue establecido a partir de la valoración subjetiva de los propios pacientes, quienes jerarquizaron los eventos según la magnitud de ajuste que cada uno demandaba en su vida cotidiana: a mayor peso del acontecimiento y mayor acumulación de eventos en un período determinado, mayor fue la probabilidad estadística de que el individuo desarrollara una enfermedad en un futuro próximo (18).

La vigencia clínica de esta escala ha sido ampliamente respaldada por la evidencia internacional. Un estudio realizado en población mexicana concluyó que el impacto subjetivo de los eventos incluidos en la escala original se mantiene prácticamente invariable en la actualidad, confirmando la robustez intercultural y la utilidad contemporánea del instrumento concebido por Holmes y Rahe hace más de cinco décadas (19).

De acuerdo con esta escala, los 10 acontecimientos vitales estresantes principales serían:

De acuerdo con la Escala de Reajuste Social, los diez acontecimientos vitales estresantes de mayor peso ponderado son los siguientes:

Fallecimiento del cónyuge (100 puntos). Representa la pérdida de mayor impacto en la escala. La ruptura del vínculo conyugal por muerte impone una reorganización total de la vida cotidiana y puede evocar reacciones emocionales complejas como desesperanza, culpa, miedo al futuro y profundo aislamiento social (1).

Divorcio (73 puntos). Aunque frecuentemente percibido como una resolución funcional a conflictos maritales, el divorcio conlleva de manera inherente una carga adicional de trámites legales, disputas por la custodia y cambios habitacionales que amplifican el estrés psicosocial del individuo (1).

Separación conyugal (65 puntos). Comparte con el divorcio la dimensión de ruptura relacional, pero se diferencia en su carácter provisional o informal. No obstante, su impacto en el reajuste vital es igualmente significativo, al implicar alteraciones en la dinámica de convivencia y en el proyecto de vida compartido (1).

Privación de libertad (63 puntos). El encarcelamiento constituye una de las interrupciones más totales del estilo de vida, al imponer un contexto de confinamiento, pérdida de autonomía y exposición a factores estresores

adicionales propios del entorno penitenciario, como el aislamiento relacional y los conflictos interpersonales (1).

Muerte de un familiar próximo (63 puntos). El duelo ante la pérdida de un ser querido de primer grado desencadena un proceso emocional multidimensional, en el que coexisten sentimientos de vacío, tristeza profunda, culpa sobreviviente y, en algunos casos, cuestionamientos existenciales sobre el sentido de vida (1).

Enfermedad o incapacidad grave (53 puntos). El diagnóstico de una patología severa o la aparición de una limitación funcional importante altera de manera sustancial los planes vitales del individuo, su autonomía y su percepción del futuro, constituyendo un potente detonador de angustia y desajuste psicológico (1).

Matrimonio (50 puntos). Si bien culturalmente se asocia a una experiencia positiva, el matrimonio exige un proceso de reajuste profundo en los hábitos, roles y dinámicas cotidianas de los contrayentes, especialmente cuando implica la primera experiencia de convivencia en pareja, a lo que se suman las gestiones administrativas y legales inherentes (1).

Pérdida del empleo (47 puntos). El desempleo no solo compromete la estabilidad económica del individuo, sino que erosiona su sentido de identidad y valía personal. Las consecuencias emocionales más frecuentes incluyen ansiedad anticipatoria, tristeza reactiva y preocupación crónica por la incertidumbre financiera (1).

Reconciliación con la pareja (45 puntos). Pese a su connotación aparentemente positiva, el proceso de reconciliación tras una ruptura requiere ajustes relacionales y comunicativos significativos que pueden resultar igualmente demandantes desde el punto de vista emocional y conductual (1).

Jubilación (45 puntos). La transición del ámbito laboral activo al retiro puede generar en el individuo una sensación de pérdida de rol y propósito. La interrupción de rutinas consolidadas durante años puede acompañarse de

sentimientos de desorientación, tristeza y disminución del sentido de pertenencia social (1).

Interpretación de la escala. La sumatoria de las puntuaciones obtenidas permite estratificar el riesgo de morbilidad asociada al estrés en tres categorías: una puntuación total inferior a 150 corresponde a un riesgo bajo, con una probabilidad estimada del 30% de desarrollar una afección relacionada con el estrés; una puntuación situada entre 150 y 299 se asocia a un riesgo moderado con una probabilidad aproximada del 50%; finalmente, una puntuación igual o superior a 300 implica un riesgo elevado, con una probabilidad estadística cercana al 80% de presentar alguna enfermedad vinculada al estrés en el transcurso de los dos años subsecuentes (1).

6.2.5. Teoría sobre la conducta suicida

Los fundamentos sociológicos del estudio del suicidio encuentran su punto de partida en la obra seminal de Émile Durkheim, quien en 1897 publicó su tratado *El suicidio*, considerado hasta la actualidad como uno de los pilares del análisis científico de este fenómeno. En dicho trabajo, Durkheim argumentó que el acto suicida no puede comprenderse como un hecho meramente individual, sino como el resultado de fuerzas sociales objetivas que operan sobre el sujeto; planteó, además, que ciertas causas extra-sociales —como las predisposiciones orgánicas y psíquicas del individuo, así como la influencia del entorno físico— ejercen un papel secundario en la determinación de las tasas de suicidio en comparación con los factores de cohesión y regulación social. A partir de este análisis, Durkheim estableció una tipología de tres modalidades de suicidio (20):

- **Suicidio egoísta:** Se origina en el debilitamiento de los lazos que unen al individuo con su colectividad. Prevalece en contextos culturales donde el individualismo es exaltado como valor rector —como en ciertas tradiciones protestantes—, de modo que la persona, carente de integración grupal real, pierde los anclajes que otorgan sentido a su existencia y recurre al autosacrificio como salida(20).

- **Suicidio altruista:** Se produce en el extremo opuesto de la integración social, es decir, en estructuras colectivas altamente cohesionadas donde el individuo se subordina completamente a los imperativos del grupo. En este caso, el acto suicida surge como una respuesta a la exigencia moral de sacrificarse por la comunidad, o bien como consecuencia de la vergüenza derivada de haber transgredido las normas que rigen al grupo de pertenencia (20).
- **Suicidio anómico:** Emerge cuando el entramado normativo de una sociedad se fractura o entra en colapso, ya sea por crisis económicas, rupturas relacionales bruscas u otras disrupciones del orden social. Esta desregulación priva al individuo de los referentes que estructuraban su conducta, generando un estado de desorientación existencial y una percepción de vacío o falta de sentido que puede derivar en la conducta suicida (20).

6.2.6. Teoría interpersonal del suicidio de Joiner.

Entre los modelos teóricos contemporáneos de mayor solidez explicativa sobre la conducta suicida destaca la teoría interpersonal de Joiner, cuya premisa central sostiene que el suicidio consumado solo ocurre cuando convergen de manera simultánea dos condiciones psicológicas —la voluntad de morir y la capacidad efectiva para ejecutarlo—, lo que distingue conceptualmente a quienes desarrollan ideación de aquellos que eventualmente materializan el acto. A partir de esta premisa, el modelo articula tres constructos psicológicos interdependientes: la desconexión social percibida, el sentido de carga para el entorno y la capacidad adquirida para el suicidio. Cuando los dos primeros constructos coexisten, se genera el deseo suicida activo; sin embargo, únicamente cuando se suma la capacidad adquirida existe el potencial real de consumación (21).

La desconexión social percibida alude a la convicción subjetiva de no integrarse de forma genuina a ningún grupo o vínculo afectivo significativo, generando un estado crónico de soledad que puede precipitarse ante pérdidas relacionales como la ruptura conyugal o el fallecimiento de seres queridos. El sentido de carga, por

su parte, se construye desde dos ejes cognitivos articulados: la percepción de ser un estorbo para quienes rodean al individuo y la evaluación negativa de uno mismo, que se exterioriza clínicamente en sentimientos persistentes de culpa, vergüenza y deterioro de la autoestima (22).

La capacidad adquirida para el suicidio no es innata, sino que se consolida progresivamente mediante la exposición reiterada a experiencias de dolor físico o psicológico intenso —como situaciones de violencia, abuso, accidentes o amenazas vitales continuas—. Esta exposición sostenida produce una habituación al sufrimiento y una atenuación del miedo natural a la muerte que, combinada con una alta tolerancia al dolor, eleva significativamente el umbral de acción suicida. De este modo, conductas de riesgo reiteradas no solo incrementan la exposición al daño, sino que refuerzan activamente dicha capacidad (22).

Desde el punto de vista clínico, la utilidad de este modelo radica en su parsimonia evaluativa: en lugar de abordar una lista extensa de variables de riesgo, la evaluación clínica puede orientarse estratégicamente hacia la valoración de estos tres constructos nucleares. Adicionalmente, el modelo ofrece explicaciones coherentes para fenómenos previamente difíciles de interpretar, como la disociación entre ideación y tentativa, las diferencias de género en la prevalencia de las formas de conducta suicida y la variabilidad en la letalidad de los intentos (22).

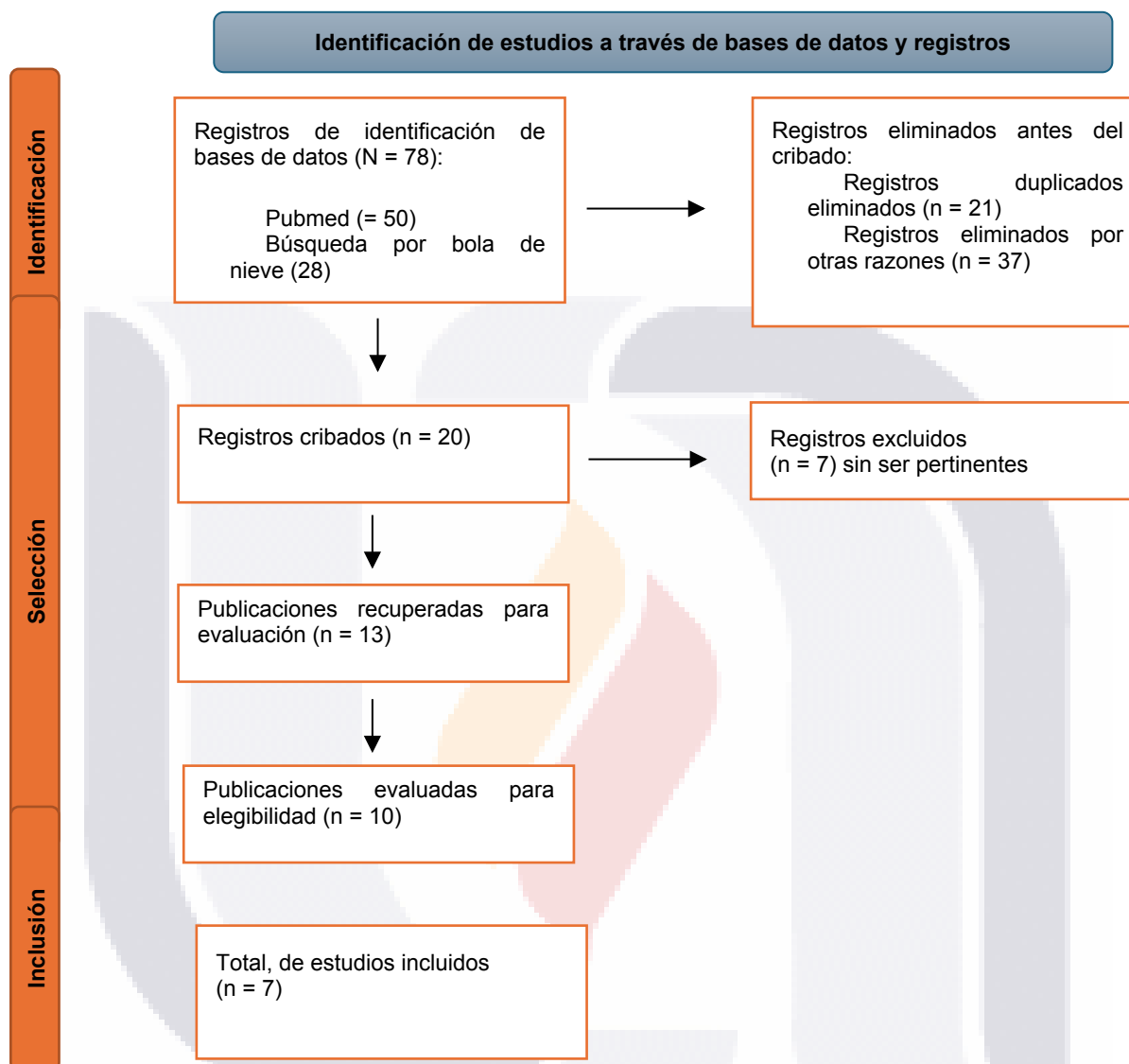
6.3. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

6.3.1. *Búsqueda de artículos*

Tras la búsqueda avanzada en las bases de datos de Pubmed con el principal objetivo de adquirir conocimientos sobre el tema, utilizamos los descriptores relacionados con los acontecimientos estresantes relacionados con tentativa suicida, uniendo los descriptores “Acontecimientos vitales estresantes, tentativa o intento (sinónimo) y suicida”, con el booleano “and”, con un total de 78 artículos publicados, se descarta por duplicación 21 y 37 por presentar información diferente a nuestro objeto de estudio.

Para los descriptores, acontecimiento, vital, estrés, tentativa, suicida se realizó la búsqueda en la literatura de la siguiente manera. con sus sinónimos en BVS y en Pubmed, se aplicaron filtros de búsqueda como que los descriptores se encontraran solamente en título y que tuvieran fecha de publicación desde el año 2020. Se ingresaron primero los descriptores acontecimientos vitales, tentativa o intento (sinónimo) suicida, acontecimiento vital, estrés, encontrando un total de 78 artículos. Al agregar el descriptor desencadenante no se obtuvo ningún resultado por lo que se procedió con el análisis de los 10 artículos encontrados. Se descartaron las revisiones sistemáticas, metaanálisis y aquellos a los que no se pudiera acceder al texto completo. Finalmente se eligieron 7 artículos para su inclusión en la sección de antecedentes.

Figura 1. Diagrama flujo de prismas



Jiménez-Genchi et al. (2023) llevaron a cabo un estudio retrospectivo, descriptivo y correlacional con el objetivo de determinar el perfil clínico y demográfico de los pacientes ingresados a un servicio de observación psiquiátrica por ideación o comportamiento suicida. La investigación incluyó la revisión sistemática de 439 expedientes clínicos correspondientes a individuos evaluados durante un periodo de diez meses (entre 2019 y 2022), a quienes se les extrajo información detallada sobre su historial de intentos previos, diagnósticos de base y variables sociodemográficas. Para establecer las características poblacionales y su posible asociación con la letalidad del evento, se utilizaron análisis estadísticos mediante el cálculo de frecuencias descriptivas y pruebas de correlación no paramétrica (Chi-cuadrada). Los resultados mostraron que el perfil de mayor riesgo estuvo conformado predominantemente por mujeres (62.9%) adultas jóvenes (con un pico crítico de incidencia entre los 18 y 25 años), quienes característicamente reportaron un estado civil de soltería y carecían de ocupación laboral; siendo el trastorno depresivo la patología psiquiátrica subyacente más diagnosticada. Además, el análisis reveló que, aunque el 86.1% de la muestra fue ingresada por ideación letal activa, casi la mitad de los casos (45.5%) documentó una tentativa suicida materializada —facilitada en gran medida por la alta disponibilidad de medicamentos—, lo que ratifica la necesidad ineludible de optimizar la detección temprana y la canalización oportuna de los síndromes depresivos desde el primer nivel de atención médica (4).

García-Martín et al. (2020) llevaron a cabo un estudio analítico de casos y controles con el objetivo de identificar el perfil clínico de los pacientes con intentos de suicidio y determinar la interacción de factores predisponentes dentro del entorno hospitalario de Madrid. La investigación incluyó a 201 sujetos (67 casos ingresados al servicio de urgencias por tentativa suicida y 134 controles), a quienes se les aplicó una entrevista clínica estructurada durante las primeras veinticuatro a setenta y dos horas posteriores a su estabilización, evaluando de forma dirigida dieciséis variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales. Para establecer las asociaciones de riesgo, se utilizaron análisis estadísticos

descriptivos e inferenciales procesados a través del paquete SPSS. Los resultados mostraron que el grupo de casos estuvo conformado predominantemente por mujeres (59.7%) en edad adulta joven, caracterizadas por presentar vulnerabilidad socioeconómica, baja escolaridad y una alta incidencia de tentativas previas (58.2%), siendo la intoxicación intencionada por psicofármacos el método autolesivo de mayor elección. Además, el análisis estadístico reveló que el padecimiento de depresión mayor, la presencia de conflictividad severa en la pareja, los antecedentes psiquiátricos crónicos y los niveles elevados de ansiedad constituyeron los principales factores de riesgo detonantes; mientras que mantener un empleo activo, realizar actividades de ocio y gozar de estabilidad conyugal actuaron como factores protectores significativos, lo que recalca la necesidad de enfocar los esfuerzos clínicos en aquellos determinantes psicosociales que resultan modificables (23).

Betancur Díaz et al. (2023) llevaron a cabo un estudio analítico de prevalencia con el objetivo de identificar los determinantes sociodemográficos, intrafamiliares, socioeconómicos, personales y religiosos asociados al intento de suicidio en población económicamente activa. La investigación incluyó la revisión de 350 expedientes clínicos correspondientes a pacientes psiquiátricos (en un rango etario de 18 a 62 años) ingresados en la clínica de salud mental Nuestra Señora de la Paz en Bogotá, a quienes se les evaluó la interrelación entre su contexto biopsicosocial y la presencia de conductas autolesivas letales. Para establecer el grado de asociación entre estas variables y el fenómeno de estudio, se utilizaron análisis estadísticos epidemiológicos orientados a medir la prevalencia y la correlación clínica. Los resultados mostraron que el 37.7% de la muestra evaluada presentó el antecedente clínico de tentativa suicida, evidenciando una carga de morbilidad considerable en este grupo. Además, el análisis reveló que la confluencia de condiciones como poseer una escolaridad mayor al nivel primario, padecer carencia de ingresos económicos, no contar con pareja sentimental, presentar un trastorno de la personalidad subyacente y mantener un consumo activo de alcohol o sustancias alucinógenas, constituyeron los principales factores

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

vinculados a la aparición de esta conducta, lo que ratifica la necesidad crítica de ejecutar intervenciones tempranas y específicas orientadas a mitigar la incidencia de suicidios consumados (24).

Caro-Cañizares et al. (2025) llevaron a cabo un estudio descriptivo con el objetivo de evaluar el papel mediador de la impulsividad, agresividad y hostilidad (tríada IAH) frente a los acontecimientos vitales estresantes como detonantes del comportamiento suicida, sustentado en la capacidad adquirida postulada por la teoría interpersonal de Joiner. La investigación incluyó una cohorte retrospectiva de 399 individuos fallecidos (274 por suicidio y 125 por otras etiologías), a quienes se les recabó información clínica y psicosocial a través del método de autopsia psicológica, empleando versiones adaptadas de la Escala de Experiencia Vital de Paul Ramsey, la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) y el Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee. Para establecer la asociación entre los eventos adversos y la consumación del suicidio, se utilizaron análisis estadísticos mediante pruebas de correlación de Pearson, correlación biserial puntual y modelos de regresión enfocados en la tríada IAH. Los resultados mostraron que los factores estresantes de mayor prevalencia en las víctimas de suicidio correspondieron a problemas de salud (72.5%), conflictos conyugales (35.2%) y otras dificultades interpersonales (38.9%); asimismo, la mayoría de los casos documentó patología psiquiátrica subyacente (59.3%, destacando la depresión y el abuso de sustancias) e historial de tentativas previas (59.7%). Además, el análisis reveló que la coexistencia de altos niveles de impulsividad, agresión y hostilidad actúa como un catalizador crítico que incrementa sustancialmente el riesgo de consumación suicida (cuyos métodos más letales fueron el ahorcamiento y la precipitación) cuando el individuo vulnerable se enfrenta a eventos vitales adversos (25).

Espandian et al. (2020) llevaron a cabo un estudio observacional de corte retrospectivo con el objetivo de identificar los factores clínicos y sociodemográficos capaces de predecir la repetición del comportamiento suicida en individuos bajo estrecha vigilancia psiquiátrica. La investigación incluyó a una cohorte de 319

pacientes ambulatorios adultos que ingresaron a un programa de intervención intensiva tras haber sobrevivido a un acto autolesivo, a quienes se les evaluó el grado de apego terapéutico, la severidad de la sintomatología afectiva y los antecedentes personales a lo largo de un seguimiento longitudinal de doce meses. Para establecer los determinantes principales de la reincidencia, se utilizaron análisis estadísticos mediante modelos multivariantes aplicados a las características del evento inicial y a la evolución clínica. Los resultados mostraron que el 9% de los individuos incurrió en una nueva tentativa, presentándose esta recurrencia predominantemente durante los primeros seis meses tras el episodio primario, lo que delimitó una clara ventana de vulnerabilidad crítica. Además, el análisis multivariado reveló que el uso de intoxicación medicamentosa como método inicial y el antecedente de un intento previo en un lapso menor a 180 días incrementaron hasta cinco veces la probabilidad de recaída; riesgo que se vio agravado significativamente por puntajes elevados en escalas de depresión y desesperanza, así como por el ausentismo a las consultas, lo que subraya la necesidad de implementar protocolos de seguimiento personalizado y altamente restrictivos durante el primer semestre post-evento (26).

Song et al. (2020) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de evaluar las características clínicas y los factores predisponentes del intento de suicidio por intoxicación voluntaria en la población geriátrica. La investigación incluyó a 25 904 pacientes adultos identificados a partir de una cohorte nacional multicéntrica en Corea que ingresaron a los servicios de urgencias por autointoxicación, a quienes se les evaluaron múltiples variables demográficas, el tipo de agente tóxico empleado y el pronóstico clínico hospitalario. Para establecer el perfil de letalidad y los factores de riesgo, se utilizaron análisis estadísticos mediante pruebas no paramétricas, contrastes de hipótesis (chi-cuadrada) y modelos de regresión logística. Los resultados mostraron que los adultos mayores experimentaron desenlaces clínicos notablemente más severos, evidenciando una estancia hospitalaria prolongada, mayores ingresos a terapia intensiva y una mortalidad significativamente superior frente a los grupos más jóvenes (13.8% vs. 2.9%);

siendo los pesticidas el agente causal en cerca del ochenta por ciento de sus defunciones. Además, el análisis multivariado reveló que el perfil de mayor riesgo en esta población se asoció con el género masculino, la vulnerabilidad socioeconómica (desempleo y bajo nivel educativo), el deterioro previo de la salud física y la ausencia de antecedentes psiquiátricos o tentativas previas, lo que subraya la urgente necesidad de regular el acceso a agentes agrícolas altamente letales y diseñar estrategias preventivas multidisciplinarias para este sector (18).

Olfson et al. (2021) llevaron a cabo un estudio de cohorte retrospectivo con el objetivo de determinar las tasas de suicidio y los factores predisponentes durante el año posterior al egreso de un servicio de urgencias por motivos de salud mental. La investigación incluyó a más de nueve millones de pacientes adultos adscritos a Medicaid, quienes fueron clasificados en tres grupos según el motivo de ingreso: aquellos con conductas autolesivas o intentos de suicidio, individuos con ideación suicida y pacientes con otros trastornos psiquiátricos. Para estimar la incidencia de mortalidad, se realizó un seguimiento de doce meses a través del registro nacional de defunciones y se utilizaron modelos de regresión de Poisson ajustados para calcular las razones de tasa (RR) y de mortalidad estandarizada (SMR). Los resultados mostraron que la tasa de suicidio fue drásticamente superior en el grupo con intento o autolesión (325.4 por 100 000 personas-año; RR: 5.51; SMR: 18.2) en comparación con aquellos con ideación (156.6; RR: 2.59; SMR: 10.6) y con los pacientes sin sintomatología suicida (57.0; RR: 1.0; SMR: 3.2). Además, el análisis reveló que los sujetos con antecedentes de un intento de suicidio en los seis meses previos experimentaron un riesgo crítico, alcanzando una mortalidad de 687.2 por 100 000 personas-año, lo que evidencia la urgencia de implementar evaluaciones de riesgo exhaustivas y estrategias de vinculación ambulatoria inmediata tras el alta médica (19).

7. JUSTIFICACIÓN

Con este estudio se busca identificar el acontecimiento vital estresante que desencadene tentativa suicida en el adulto en la población del Hospital General de la Zona 3 en Jesús María, Aguascalientes.

La finalidad de este estudio es obtener el conocimiento de las principales características clínicas, sociales y psicológicas que lleven a la vulnerabilidad al paciente adulto desencadenando tentativa suicida, con ello se podrá proponer características específicas para estudios futuros que busquen asociar.

El presente trabajo de investigación será difundido mediante su integración al repositorio institucional de la Universidad Autónoma de Aguascalientes (UAA), así como al acervo documental del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El manuscrito final estará disponible bajo una política de acceso abierto, garantizando la consulta pública y gratuita de sus hallazgos a cualquier individuo interesado. Entre los principales beneficiarios de este proyecto destacan las futuras generaciones de investigadores y profesionales de la salud que requieran consultar evidencia estadística local, así como el personal médico de primer contacto, quienes dispondrán de un marco de referencia valioso para optimizar la toma de decisiones en su práctica clínica diaria ante el abordaje del paciente con tentativa suicida.

7.1. Áreas geográficas afectadas y grupos de población afectados por el problema

Chihuahua 15 personas por cada 100,000 habitantes, Yucatán 14.3 personas por cada 100,000 habitantes, Campeche 10.5 personas por cada 100,000 habitantes, Aguascalientes 10.5 personas por cada 100,000 habitantes.

Tasa nacional (2023), 8,837 suicidios en total; 6.8 por cada 100,000 habitantes.

Por sexo

1.- Hombres: Mucho más afectados en suicidio consumado:

- 2023: **11.4 por 100,000** hombres vs **2.5 por 100,000** mujeres.
- Representan casi **8 de cada 10 fallecimientos** por suicidio.

2.- Mujeres: Presentan más **intentos de suicidio y conductas autolesivas no fatales**.

Por edad

1.- Jóvenes de 15 a 29 años: El grupo con **mayor proporción de muertes por suicidio**.

- En este rango se concentra casi la mitad de los casos reportados por INEGI.

2.- Adolescentes (10–19 años): Grupo con mayor prevalencia de **intentos de suicidio**.

- ENSANUT 2022: **6.5%** de adolescentes reportaron haber intentado alguna vez en la vida, vs **3.5% de los adultos**.

3.- Adultos mayores: Aunque tienen tasas más bajas, cuando ocurre, el riesgo de consumación es elevado (menos intentos, pero más letales) (21).

7.1.1. Información estadística de la tentativa suicida

El comportamiento suicida constituye un fenómeno complejo y multidimensional que no se limita exclusivamente a la consumación del acto letal. En su espectro clínico, este concepto integra tanto la tentativa de suicidio —entendida como aquella acción autoinfligida con intención de morir, pero sin un desenlace fatal— como la planeación estructurada que se ve interrumpida antes de su ejecución. Asimismo, engloba una extensa diversidad de conductas de riesgo y actos autolesivos que atentan de forma perjudicial contra la salud del paciente, incluso cuando estas manifestaciones ocurren en ausencia de una verbalización explícita o una declaración previa de intencionalidad suicida. ⁽¹¹⁾

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Aguascalientes enfrenta un grave problema al posicionarse entre los primeros diez lugares a nivel nacional en tasas de suicidio, ocupando el cuarto lugar. Muchas veces, las personas que sienten la necesidad de hacer frente a estos pensamientos acuden a urgencias en busca de ayuda. Es crucial identificar los factores de riesgo que pueden llevar a estas situaciones y ofrecer un tratamiento adecuado. Después de estabilizar a los pacientes en urgencias, es importante encaminarlos hacia centros especializados donde puedan recibir la atención que realmente necesitan.

En la última década, Aguascalientes también ha mostrado ser uno de los estados con el más alto índice de suicidios. Cada año, se han registrado más de cien muertes por suicidio, y en 2022, al menos 122 personas tomaron la trágica decisión de acabar con sus vidas. Según la Organización Mundial de la Salud, y con datos recientes, más de 720,000 personas mueren por suicidio cada año. Este problema es alarmante, especialmente porque es la tercera causa principal de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años. La mayoría de los suicidios ocurren en países con ingresos bajos y medios, y recientemente, tras la pandemia de COVID-19 en 2020, se ha observado un aumento en las tasas de suicidio, lo que lo convierte en un tema de alta prioridad en la salud pública.

Cuando observamos el suicidio desde una perspectiva estadística, obtenemos datos que, aunque fríos, nos permiten entender mejor la situación en el estado. Sin embargo, debemos también considerar el impacto humano que esta problemática tiene en nuestra comunidad, especialmente entre la población económicamente activa. El papel de los servicios de urgencias es fundamental como primer punto de contacto para atender a quienes han intentado quitarse la vida. Allí se inicia el tratamiento necesario, ya sea por intoxicación por medicamentos o para controlar los daños físicos. Una vez que se ha contenido la urgencia, es esencial seguir apoyando a estos pacientes. Existe una necesidad urgente de mejorar los protocolos para trasladar a los pacientes que requieran hospitalización en centros psiquiátricos, para asegurar que reciban la atención pronta y especializada que merecen.

8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El suicidio constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial y nacional. En México, la tasa de intentos suicidas ha mostrado un aumento sostenido en los últimos años, particularmente en población adulta joven. La tentativa suicida representa un punto crítico de intervención, ya que constituye el principal factor de riesgo para un suicidio consumado y refleja la presencia de múltiples determinantes biológicos, psicológicos y sociales.

Entre estos determinantes, los acontecimientos vitales estresantes (AVE) han sido identificados como desencadenantes relevantes en la conducta suicida. Experiencias como pérdidas afectivas, rupturas de pareja, conflictos familiares, violencia, problemas económicos, enfermedades crónicas o desempleo pueden precipitar crisis emocionales en personas con recursos de afrontamiento limitados o con vulnerabilidad psicopatológica previa. La evidencia sugiere que la acumulación de estos eventos, su severidad percibida y su cercanía temporal respecto al intento suicida incrementan significativamente el riesgo de autoagresión.

En el municipio de Jesús María, Aguascalientes, el Hospital General de Zona 3 recibe un número considerable de pacientes adultos que acuden por tentativa suicida. Sin embargo, la caracterización sistemática de los acontecimientos vitales estresantes presentes en esta población local es limitada, así mismo la asociación de estos acontecimientos vitales estresantes como desencadenantes de tentativa suicida. Esto dificulta comprender los factores psicosociales específicos que influyen en la conducta suicida en esta región, y limita la capacidad de los servicios de salud para desarrollar estrategias preventivas y de detección temprana ajustadas al contexto sociocultural.

La ausencia de información precisa sobre los tipos de eventos estresantes, su frecuencia, su gravedad percibida, su temporalidad y su relación con variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes adultos con tentativa suicida genera

una brecha importante en el abordaje integral de esta problemática. Conocer estos patrones permitiría identificar perfiles de riesgo, mejorar la evaluación clínica en urgencias, fortalecer la referencia a salud mental y diseñar intervenciones preventivas más efectivas.

Por todo lo anterior, resulta necesario investigar qué acontecimientos vitales estresantes están presentes en los pacientes adultos con tentativa suicida atendidos en el Hospital General de Zona 3 durante el periodo diciembre 2023 – diciembre 2024, así como su asociación con características individuales y clínicas relevantes.

8.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los acontecimientos vitales estresantes en el paciente con tentativa suicida en Hospital General de la Zona 3 en Jesús María, Aguascalientes?

9. OBJETIVOS

9.1. Objetivo general

1. Medir la fuerza entre los acontecimientos vitales estresantes y la tentativa suicida en el paciente adulto en el Hospital General de la Zona 3 en Jesús María, Aguascalientes en el período de diciembre 2023- diciembre 2024.

9.2. Objetivo específico

1. Identificar los tipos de acontecimientos vitales estresantes reportados por pacientes adultos con tentativa suicida atendidos en el Hospital General de Zona 3 durante el período diciembre 2023–diciembre 2024.
2. Analizar la asociación entre categorías de acontecimientos vitales estresantes (sexo, edad, escolaridad, comorbilidades, alcoholismo, empleo, estrés laboral, violencia, discriminación y depresión) y la incidencia de la tentativa suicida.
3. Identificar la presencia de patologías y analizar cómo interactúan con los acontecimientos vitales estresantes en el riesgo de tentativa suicida.

10. HIPÓTESIS

Al ser un estudio de carácter observacional, no se requiere de hipótesis.

11. MATERIAL Y MÉTODOS:

11.1. Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional, descriptivo, analítico y transversal, con recolección retrospectiva de datos, ejecutado íntegramente dentro del departamento de Urgencias para adultos.

11.2. Lugar donde se desarrolló el estudio

La investigación tuvo como sede clínica y administrativa el Hospital General de Zona No. 3, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social (Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes).

11.3. Universo de estudio

El universo estuvo constituido por la totalidad de los pacientes que ingresaron al servicio médico con el diagnóstico establecido de tentativa suicida, dentro del ámbito hospitalario de la unidad médica referida.

11.4. Población de estudio

La población blanco se delimitó a individuos adultos de ambos géneros, con un rango etario comprendido entre los 18 y 65 años, que gozaban de vigencia de derechos ante el Instituto Mexicano del Seguro Social y se encontraban adscritos al Hospital General de Zona No. 3.

11.5. Unidad de observación

Cada paciente, individualmente considerado, que ingresó al servicio de urgencias bajo el diagnóstico médico de tentativa suicida durante el periodo estipulado. (Nota: En tu original aquí decía de septiembre 2023 a septiembre 2024, sugiero que verifiques si coinciden las fechas con el resto del documento).

11.6. Unidad de análisis

El conjunto de expedientes clínicos electrónicos y la base de datos resultante que agrupó la información sociodemográfica y clínica de los pacientes captados entre

diciembre de 2023 y diciembre de 2024, siempre y cuando hubieran cumplido estrictamente con los criterios de elegibilidad.

11.7. Criterios de selección

11.7.1. Inclusión

- Derechohabientes del Hospital General de la Zona 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes.
- Pacientes de 18 a 65 años.
- Pacientes con diagnóstico de tentativa suicida.
- Pacientes de sexo femenino y masculino.

11.7.2. Exclusión

- Pacientes menores de 18 años o mayores de 65 años.

11.7.3. Eliminación

- Pacientes con registro de datos incompletos.

11.7.4. Tamaño de la muestra

Con base en el registro institucional del IMSS correspondiente al período comprendido entre diciembre de 2023 y diciembre de 2024, el tamaño muestral fue determinado mediante la herramienta estadística Select Statistical Services, aplicando la fórmula de estimación para proporciones en poblaciones finitas: $n = (N \times X) / (X + N - 1)$. Los parámetros estadísticos fijados a priori fueron un nivel de confianza del 95% y un margen de error máximo aceptable del 5%, obteniéndose como resultado un tamaño muestral definitivo de 154 pacientes.

11.8. Operacionalización de las variables

DEFINICIONES Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO						
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Valor o escala	Tipo de variable	Codificación y unidad de medida
Edad	Tiempo transcurrido desde el día del nacimiento hasta el momento de la evaluación	Tiempo transcurrido desde el día del nacimiento hasta el momento de la evaluación	Númérico	Menor de 18 años	Cuantitativo	18 años o mayor
Sexo	Características fenotípicas que diferencian a un varón de una mujer	Características fenotípicas que diferencian a un varón de una mujer	Establecido en expediente	Masculino Femenino	Cualitativa dicotómica	0= Femenino 1= Masculino
Comorbilidades y tipos	La comorbilidad se refiere a la presencia de dos o más condiciones médicas que coexisten en un individuo al mismo tiempo. Estas condiciones pueden ser físicas, mentales o sociales y pueden interactuar	La comorbilidad se refiere a la presencia de dos o más condiciones médicas que coexisten en un individuo al mismo tiempo. Estas condiciones pueden ser físicas, mentales o sociales y pueden interactuar entre sí, afectando la salud y el bienestar del	Lo descrito en el expediente clínico	No Sí	Cualitativa Dicotómica	0 = No 1 = Si Describir el tipo de comorbilidad

	entre sí, afectando la salud y el bienestar del paciente.	paciente.				
Escolaridad Grado de estudio	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento o docente.	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Lo descrito en el expediente clínico	Si No	Cualitativo	0 No 1 No Describir el grado de estudio
Soltero O Casado Estado civil.	Condición legal de una persona en relación con su familia, sociedad y el estado, determinada por su situación matrimonial o de parentesco	Define la posición jurídica de un individuo y establece derechos y obligaciones, como las de un soltero, casado, o divorciado, separado o viudo.	Lo descrito en el expediente clínico	Si No	Cualitativo	1 0
Empleo	Relación contractual donde el empleado aporta su tiempo, conocimientos y habilidades para el funcionamiento de una empresa o entidad, mientras que el empleador compensa ese esfuerzo	Especificación concreta de los procedimientos, tareas y actividades observables y medibles que comprenden un puesto de trabajo, permitiendo su medición y análisis objetivo	Lo descrito en el expediente clínico	Si No	Cualitativo	1 0

Estrés laboral	Respuesta física y emocional negativa que ocurre cuando las exigencias del trabajo superan las capacidades, recursos o necesidades del trabajador.	Tipo de estrés donde la creciente presión en el entorno laboral puede provocar la saturación física y/o mental del trabajador	Lo descrito en el expediente clínico	Si No	Cualitativo	1 0
Alcoholismo	Enfermedad crónica caracterizada por incapacidad de controlar o detener el consumo de alcohol a pesar de las consecuencias negativas en la salud, las relaciones sociales o el trabajo	Patrón problemático de consumo de alcohol que causa deterioro en la salud o el funcionamiento social, manifestado por la pérdida de control, la compulsión, la abstinencia y la tolerancia	Lo descrito en el expediente clínico	Si No	Cualitativo	1 0
Violencia	El uso intencional de la fuerza o poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad,	El uso intencional de la fuerza o poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de	Lo descrito en el expediente clínico	Si No	Cualitativo	1 0

	que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.	causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.				
Discriminación	Trato desigual, injusto y perjudicial hacia una persona o grupo, basado en motivos prohibidos como raza, sexo, edad, origen o discapacidad.	Seleccionar excluyendo; esto es, dar un trato de inferioridad a personas o grupos, a causa de su origen étnico o nacional, región, edad, género, opiniones, preferencias políticas y sexuales, condiciones de salud, discapacidades, estado civil u otra causa	Lo descrito en el expediente clínico	Si No	Cualitativo	1 0
Depresión	Trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza persistente y la pérdida de interés en actividades placenteras, que interfiere	Descripción de los síntomas y criterios observables que se utilizan para diagnosticarla, como la tristeza persistente o la pérdida de interés durante al menos dos semanas	Lo descrito en el expediente clínico	Si No	Cualitativo	1 0

	con la vida diaria durante al menos dos semanas					
--	--	--	--	--	--	--

11.9. Grupos

La muestra de estudio quedó constituida por los expedientes clínicos correspondientes a pacientes adultos (entre 18 y 64 años de edad), de ambos sexos, que ingresaron con el diagnóstico confirmado de tentativa suicida al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social (OOAD Aguascalientes) durante el corte transversal comprendido entre diciembre de 2023 y diciembre de 2024.

11.10. Procedimiento para la recolección

- Previo al inicio del estudio, el protocolo de investigación fue evaluado y avalado por las autoridades correspondientes del Hospital General de Zona No. 3, incluyendo la Jefatura del Servicio de Urgencias, el profesor titular de la especialidad y la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Posteriormente, el documento fue sometido a evaluación a través del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS), obteniendo el dictamen aprobatorio tanto del Comité Local de Investigación en Salud como del Comité de Ética en Investigación de la unidad médica, lo que permitió contar con la autorización directiva indispensable para su ejecución.
- Una vez formalizada la autorización, el equipo investigador procedió a la identificación retrospectiva de todos aquellos pacientes adultos atendidos en el área de urgencias cuyo abordaje diagnóstico correspondió a tentativa suicida y que cumplieron cabalmente con los criterios de selección previamente definidos.
- El proceso de extracción de datos fue ejecutado de manera directa y exclusiva por los investigadores. La información clínica y sociodemográfica

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

pertinente fue recabada a partir de los expedientes clínicos electrónicos institucionales (ECE). Los datos obtenidos fueron sistematizados y vaciados progresivamente en una base de datos diseñada en formato de hoja de cálculo, específicamente estructurada para los fines de esta investigación.

- Al finalizar la revisión documental y una vez consolidada una base de datos con el tamaño de muestra requerido para alcanzar significancia estadística, se procedió al procesamiento de la información. Este abordaje permitió ejecutar el análisis estadístico necesario para dar cumplimiento a los objetivos trazados y estructurar los hallazgos definitivos que sustentan el presente trabajo de tesis.

11.11. Instrumentos utilizados:

Se utilizará una hoja de cálculo en el sistema operativo Excel diseñada para la recolección de datos para este estudio.

Se utilizarán los expedientes electrónicos y físicos de los pacientes que cumplen los criterios de inclusión.

Se utilizará el aula de biblioteca del área de enseñanza del Hospital General de la Zona 3 OOAD Aguascalientes.

11.12. Métodos para el control y calidad de los datos

Para garantizar la calidad del estudio y evitar posibles sesgos de selección y de información durante el proceso de recolección de datos, se aplicó un manual operacional diseñado específicamente para estandarizar cada uno de los procedimientos llevados a cabo por los investigadores, asegurando así una rigurosa uniformidad en la obtención de la información. Adicionalmente, con la finalidad de minimizar los errores humanos durante la digitalización de los datos, se empleó el método de captura-recaptura, el cual consistió en volver a capturar la totalidad de la base de datos a partir de las encuestas e instrumentos originales después de haberse realizado una primera captura; este doble proceso de vaciado permitió contrastar ambas versiones de la base de datos para identificar, verificar y corregir de manera oportuna cualquier discrepancia o posible error de captura,

garantizando con ello la máxima exactitud, integridad y confiabilidad de la información previo a su análisis estadístico final.

11.13. Análisis de datos

Las características clínicas y sociodemográficas se obtuvieron del registro del sistema PHEDS, así como del ECE. Se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows, en el cual se analizaron para los datos descriptivos media, mediana, moda y frecuencias. En la representación gráfica de los datos se utilizaron histogramas, gráfico de barra y pastel de acuerdo con la naturaleza cuantitativa o cualitativa de los datos por representar. Para la valoración del estado de depresión se utilizó el antecedente de la patología descrita en plataforma PHEDS y ECE. Se realizó búsqueda dirigida en los expedientes electrónicos si el paciente contaba con el antecedente de estrés laboral, alcoholismo, violencia, discriminación y depresión; esto con los instrumentos comunes de evaluación: Estrés laboral se utilizó el cuestionario de estrés laboral de la OIT-OMS, la cual identifica los factores psicosociales presentes en el ambiente laboral que pueden generar estrés laboral. Alcoholismo se evaluó con AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test): Este cuestionario de 10 preguntas, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), evalúa el consumo de alcohol, la dependencia y los problemas relacionados. Un puntaje elevado en el AUDIT indica la necesidad de una evaluación más detallada. Violencia se usó la escala de Conflict tactics scale revised (Índice de tácticas de conflicto revisado); la cual mide la violencia sufrida y ejercida entre parejas. Discriminación escala Everyday Discrimination Scale, el objetivo principal de la Escala de Discriminación Cotidiana es cuantificar la prevalencia y la experiencia subjetiva de eventos discriminatorios no importantes en la vida diaria de una persona. Busca captar la carga acumulada de actos menores, pero frecuentes, de injusticia que pueden contribuir significativamente a la carga alostática y a las disparidades en salud. Depresión se utilizó la Escala de Hamilton que evalúa la depresión, brindando una medida cualitativa, reconociendo el trastorno depresivo por medio de una evolución de la sintomatología; su contenido está enfocado en lo somático y comportamental,

considerando a los síntomas vegetativos cognitivos y de ansiedad los de mayor peso en la evaluación. Su versión modificada se actualizó a 21 ítems y al usarse solo se manejan 17 ítems. Entre mayor sea su puntaje mayor será la carga depresiva del paciente, así como la escala SAD PERSON que evalúa riesgo de suicidio en pacientes adultos; los ítems a evaluar son; Sexo (varones), edad (jóvenes o ancianos), depresión, tentativa previa, abuso de alcohol, pérdida de pensamiento racional, falta de redes de apoyo, plan organizado, falta de pareja estable, enfermedades crónicas.

11.14. Aspectos éticos

El presente estudio se desarrolló con pleno apego a los principios éticos internacionales y a la legislación nacional e institucional vigentes, reconociendo la importancia de salvaguardar en todo momento la dignidad, los derechos y el bienestar de los pacientes.

11.14.1. Valor Científico y Social

La tentativa suicida constituyó un problema de salud pública de alto impacto en el estado de Aguascalientes, donde las tasas de suicidio se ubicaron entre las más altas a nivel nacional. La escasa información disponible sobre los acontecimientos vitales estresantes como desencadenantes de tentativa suicida en población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) generaba una brecha en el conocimiento local que limitaba la capacidad del sistema de salud para diseñar estrategias preventivas basadas en evidencia.

El valor científico de esta investigación residió en que sus resultados permitieron caracterizar sistemáticamente los factores psicosociales presentes en los pacientes adultos con tentativa suicida atendidos en el Hospital General de Zona No. 3, contribuyendo al fortalecimiento del conocimiento sobre los vínculos entre causas de enfermedad y estructura social, en los términos del artículo 96, fracciones I y II, de la Ley General de Salud (LGS) (27). Su valor social se sustentó en que los datos generados fueron orientados a mejorar la detección

oportuna del riesgo suicida, la referencia oportuna a salud mental y el diseño de intervenciones preventivas específicas para esta población.

Conforme a lo establecido en el numeral 7.2.2 de la Norma para la Investigación Científica en el IMSS (Norma 2000-001-009), la línea de investigación estuvo alineada con los temas prioritarios de salud del IMSS y del sistema nacional de salud, en particular la salud mental y la prevención de la conducta suicida. Asimismo, de conformidad con el Principio 2 del Código de Nuremberg (28) y el párrafo 7 de la Declaración de Helsinki (AMM, 2024) (29), el presente estudio se diseñó para generar resultados fructíferos para el bien de la sociedad, no asequibles mediante otros métodos, y el conocimiento obtenido no tuvo primacía sobre los derechos e intereses de los participantes en ningún momento.

11.14.2. Pertinencia Científica en el Diseño y Conducción del Estudio

El diseño se planteó desde su concepción con consideraciones éticas integradas. El estudio tuvo un carácter observacional, analítico y transversal, con recolección de datos a partir de expedientes electrónicos de pacientes que ya habían sido atendidos, lo que eliminó la posibilidad de intervención o modificación de variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes. Las variables fueron seleccionadas con base en la evidencia científica disponible y la pregunta de investigación fue específica, verificable y pertinente para la población del Hospital General de Zona No. 3.

El estudio se fundamentó en la literatura previa disponible sobre factores de riesgo para tentativa suicida, garantizando que el conocimiento buscado no pudiera ser obtenido por un medio alternativo menos costoso ni de menor riesgo para los sujetos, según lo exige el artículo 100, fracción II, de la LGS y el artículo 14, fracción III, del Reglamento de la LGS en Materia de Investigación para la Salud (30). La conducción del estudio se realizó con apego estricto a los numerales 7.2.99 al 7.2.102 de la Norma IMSS 2000-001-009, que obligan a los investigadores a desarrollar su trabajo con apego a las disposiciones institucionales y nacionales, de manera responsable, ética, íntegra y honesta.

11.14.3. Criterios de Selección de los Participantes

La selección de los participantes fue equitativa e imparcial. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, de edades comprendidas entre 18 y 65 años, derechohabientes del IMSS con adscripción al Hospital General de Zona No. 3, que contaran con diagnóstico documentado de tentativa suicida durante el período de diciembre de 2023 a diciembre de 2024. Los criterios de inclusión y exclusión fueron definidos a priori, con base en criterios científicos y no en conveniencia subjetiva del investigador.

De conformidad con el artículo 13 del Reglamento de la LGS en Materia de Investigación para la Salud y el criterio 3 de la guía de evaluación del Comité de Ética en Investigación (Procedimiento IMSS 2810-003-002, Anexo 1) , todos los grupos tuvieron la misma oportunidad de ser incluidos, siempre que cumplieran los criterios establecidos, sin distinción por sexo, condición socioeconómica, escolaridad o etnia. En concordancia con el principio de Justicia del Informe Belmont (Sección B.3 y C.3), se garantizó que la carga de la investigación recayera sobre quienes podrían beneficiarse directamente de sus resultados, evitando la selección de grupos vulnerables por razones de conveniencia.

11.14.4. Identificación y Clasificación del Riesgo

De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el presente estudio se clasificó como (30):

Investigación Sin Riesgo (Fracción I): Estudio que empleó técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, en el cual no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes, incluyendo revisión de expedientes clínicos, en los que no se identificaron ni trataron aspectos sensitivos de conducta.

Esta clasificación fue avalada por el Comité Local de Investigación en Salud 101 (CLIS 101) y el Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Zona No. 3 del IMSS, OOAD Aguascalientes, cuyo dictamen de aprobación forma parte integral del presente trabajo. El protocolo fue registrado en la plataforma

institucional SIRELCIS, conforme a los numerales 7.2.44 y 7.2.99 de la Norma IMSS 2000-001-009, y contó con autorización del titular del hospital previo a su ejecución.

11.14.5. Proporcionalidad entre Riesgos y Beneficios

Dado que el estudio no implicó ningún tipo de intervención sobre los participantes y se basó exclusivamente en la revisión de registros en los expedientes electrónicos institucionales, el riesgo potencial para los sujetos fue nulo. No existió probabilidad de daño físico, psicológico, legal, social o económico derivado de la participación en el estudio.

Los beneficios potenciales fueron en cambio significativos: los resultados obtenidos contribuyeron a la caracterización del perfil psicosocial de los pacientes con tentativa suicida en un hospital de segundo nivel del IMSS en Aguascalientes, con implicaciones directas para el diseño de estrategias de detección temprana, fortalecimiento de protocolos de atención en urgencias y diseño de intervenciones preventivas. En consecuencia, la proporcionalidad entre el riesgo (nulo) y los beneficios (colectivos y directamente aplicables) fue ampliamente favorable, cumpliendo con lo establecido en el artículo 97, fracción II, de la LGS; el artículo 14, fracción IV, del Reglamento de la LGS; los párrafos 16 y 17 de la Declaración de Helsinki (AMM, 2024); y el principio de Beneficencia del Informe Belmont (Sección B.2 y C.2) (31).

11.14.6. Respeto a los Participantes

La dignidad, privacidad e integridad de los participantes fueron protegidas en todo momento. Conforme al artículo 16 del Reglamento de la LGS en Materia de Investigación para la Salud y al numeral 5.5 de la NOM-004-SSA3-2012, los datos personales de los pacientes no fueron divulgados y los expedientes clínicos únicamente se utilizaron en el contexto y para los fines exclusivos de la investigación (27).

La información obtenida de los expedientes fue manejada con confidencialidad y bajo acceso restringido únicamente por los investigadores, de conformidad con el

numeral 7.1.4 de la Norma IMSS 2000-001-009 y los numerales 12.1 y 12.3 de la NOM-012-SSA3-2012. Ningún dato que permitiera la identificación de los sujetos fue incluido en el análisis, los reportes o la publicación de resultados. En concordancia con el párrafo 24 de la Declaración de Helsinki (AMM, 2024), se tomaron las precauciones necesarias para resguardar la privacidad de los participantes y la confidencialidad de su información personal.

Los datos recolectados se resguardarán en la base de datos digital del investigador principal por un periodo de cinco años a partir de la conclusión del estudio, conforme a lo estipulado en el numeral 5.4 de la NOM-004-SSA3-2012 (32). De presentarse situaciones no previstas que pudieran representar un riesgo para la integridad del estudio o de los participantes, se estableció el compromiso de notificación inmediata al Comité de Ética en Investigación, en los términos del numeral L.6 del Procedimiento IMSS 2810-003-002.

11.14.7. Consentimiento Informado

Dado que el presente estudio fue clasificado como investigación sin riesgo (Art. 17, Fracción I del Reglamento de la LGS en Materia de Investigación para la Salud), la Carta de Consentimiento Informado no fue requerida como condición de autorización del protocolo, conforme a lo establecido en el numeral 11.3 de la NOM-012-SSA3-2012.

En su sustitución, se elaboró y suscribió una **Carta de Confidencialidad** (también denominada Carta de Excepción al Consentimiento Informado), conforme al procedimiento IMSS 2810-003-002, Sección L.4, mediante la cual los investigadores asumieron el compromiso formal de:

1. Mantener la confidencialidad absoluta de la información extraída de los expedientes clínicos.
2. No identificar en ningún reporte, publicación o divulgación a los sujetos participantes.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
3. Utilizar los datos obtenidos exclusivamente para los fines declarados en el protocolo.
 4. Proteger los datos personales conforme a la NOM-004-SSA3-2012 y a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Este mecanismo es consistente con lo señalado en el párrafo 32 de la Declaración de Helsinki (AMM, 2024), el cual establece que cuando el consentimiento directo sea imposible o impracticable en una investigación de datos secundarios, la investigación podrá realizarse con la aprobación del Comité de Ética en Investigación. Asimismo, de conformidad con el principio de Respeto a las Personas del Informe Belmont (Sección B.1 y C.1), la participación involuntaria en el estudio no expuso a los sujetos a ningún tipo de coacción ni menoscabo de sus derechos, en virtud del carácter estrictamente documental y retrospectivo del diseño.

Los investigadores declararon no tener conflictos de interés. El estudio no recibió financiamiento externo y los gastos generados fueron asumidos en su totalidad por los propios investigadores, en concordancia con el numeral 5.7 de la NOM-012-SSA3-2012, que garantiza la gratuidad de la investigación para los sujetos participantes (33).

11.15. Recursos, financiamiento y factibilidad.

11.15.1. Recursos financieros

Se requirió de impresora, hojas, plumas, lápiz, borrador, corrector y carpetas.

Se requirió de los siguientes sistemas operativos: PHEDS, ECE del Hospital General de la Zona 3.

El investigador asociado proporcionó el equipo de cómputo y el software para análisis de datos.

11.15.2. Recursos humanos

Investigador principal: Dra. María Paulina Martínez Delgado.

Investigador asociado: Dr. Víctor Gamaliel Chávez Márquez.



11.15.3. Recursos financieros

La papelería fue proporcionada por los investigadores y alumno tesista y no se requirió inversión financiera adicional por parte de la institución, ya que se emplearon los recursos que contaba el investigador.

11.16. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2025												2026	
	EN E	FE B	MA R	ABR	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE P	OC T	NO V	DI C	EN E	FE B
PLANIFICACIÓN														
DEFINIR TEMA DE INVESTIGACIÓN	R													
REVISION DE BIBLIOGRAFIA	R													
DISEÑO DE PROTOCOLO	R													
EVALUACION Y APROBACION DE PROTOCOLO												R		
PREPARACION DE RECURSOS Y LOGISTICA														
RECOPIACIÓN DE DATOS CLÍNICOS												R		
DESCRIPCION DE CARACTERISTICAS CLINICAS											R	R		
RECOPIACION DE DATOS														
RECOPIACIÓN Y TABULACIÓN DE DATOS OBTENIDOS											R	R		
ANALISIS DE DATOS														
DEPURACIÓN DE DATOS											R	R		
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS											R	R	R	R
REPORT DE RESULTADOS											R	R	R	R
DIFUSION DE RESULTADOS														
PRESENTAR RESULTADOS													R	R
PUBLICACIÓN INDEXADA													R	R

ACTIVIDAD REALIZADA	R
ACTIVIDAD DE TRANSITO	T
ACTIVIDAD PROGRAMADA	P

12. RESULTADOS

Se analizaron 154 expedientes de pacientes adultos con tentativa suicida atendidos en el Hospital General de Zona No. 3 en Jesús María, Aguascalientes.

En cuanto a las características sociodemográficas (tabla 1), se observó un predominio del sexo femenino con 96 pacientes (62.3%), mientras que el sexo masculino representó 58 pacientes (37.7%). Respecto al nivel educativo, 86 pacientes (55.8%) contaban con escolaridad media superior, mientras que 68 pacientes (44.2%) no alcanzaban este nivel educativo. En relación con la situación laboral, 88 pacientes (57.1%) se encontraban desempleados, mientras que 66 pacientes (42.9%) tenían empleo.

Tabla 1. Características sociodemográficas

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo		
Femenino	96	62.3 %
Masculino	58	37.7 %
Escolaridad		
Media superior	86	55.8 %
Sin media superior	68	44.2 %
Ocupación		
Desempleado	88	57.1 %
Empleado	66	42.9 %

En relación con los acontecimientos vitales estresantes (tabla 2), se identificó que 95 pacientes (61.7%) presentaban alcoholismo, mientras que 59 pacientes (38.3%) no lo reportaban. El estrés laboral estuvo presente en 52 pacientes (33.8%), mientras que 102 pacientes (66.2%) no lo presentaban. En cuanto a la violencia, 80 pacientes (51.9%) reportaron haber experimentado algún tipo de violencia, mientras que 74 pacientes (48.1%) no lo reportaron. Asimismo, 63

pacientes (40.9%) refirieron haber sufrido discriminación, mientras que 91 pacientes (59.1%) no reportaron esta situación.

Tabla 2. Acontecimientos vitales estresantes

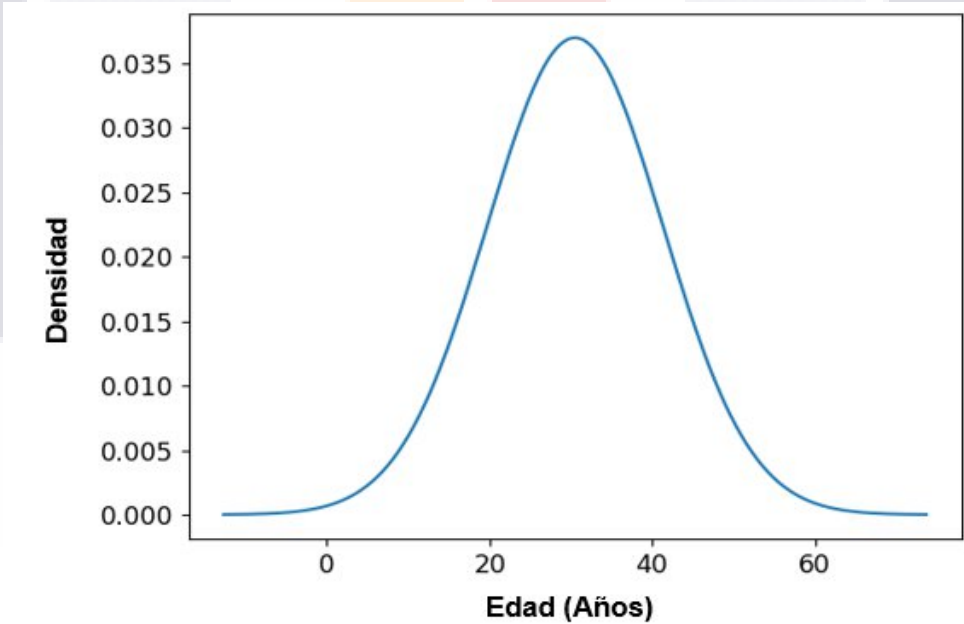
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Alcoholismo		
Sí	95	61.7 %
No	59	38.3 %
Estrés laboral		
Sí	52	33.8 %
No	102	66.2 %
Violencia		
Sí	80	51.9 %
No	74	48.1 %
Discriminación		
Sí	63	40.9 %
No	91	59.1 %

Respecto a la edad de los pacientes en la tabla 3 podemos observar que se obtuvo una media de 30.5 años con una desviación estándar de 10.8 años, una mediana de 29 años y una moda de 18 años. La edad mínima registrada fue de 18 años y la máxima de 67 años, con un rango de 49 años.

Tabla 3. Estadística descriptiva de la edad (n = 154)

Medida	Resultado
Número de pacientes (n)	154
Media	30.5 años
Desviación estándar	10.8 años
Mediana	29 años
Moda	18 años
Edad mínima	18 años
Edad máxima	67 años
Rango	49 años

Figura 2. Distribución de la edad de los pacientes



La figura 1 se muestra la distribución (campana de Gauss) de la edad de los pacientes con tentativa suicida. La media de edad fue de **30.5 años** con una **desviación estándar de 10.8 años**, lo que indica que la mayoría de los pacientes

se concentra aproximadamente entre **19.7 y 41.3 años** (media $\pm$ 1 desviación estándar), predominando el grupo de adultos jóvenes.

En el análisis de asociación entre factores psicosociales y depresión, mediante la prueba χ^2 de Pearson, se observa en la tabla 4 las asociaciones estadísticamente significativas en todas las variables analizadas. El alcoholismo presentó un valor de $\chi^2 = 109.78$ ($p < 0.001$), la violencia $\chi^2 = 71.29$ ($p < 0.001$), la discriminación $\chi^2 = 73.27$ ($p < 0.001$) y la situación laboral $\chi^2 = 107.88$ ($p < 0.001$).

Tabla 4. Asociación entre factores psicosociales y depresión en pacientes con tentativa suicida

Variable	Depresión n=154	Sin depresión n	χ^2	p
Alcoholismo			109.78	<0.001
Sí	42	134		
No	112	20		
Violencia			71.29	<0.001
Sí	63	135		
No	91	19		
Discriminación			73.27	<0.001
Sí	55	116		
No	118	28		
Situación laboral			107.88	<0.001
Desempleado	95	8		
Empleado	59	146		

13. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio sobre acontecimientos vitales estresantes en pacientes adultos con tentativa suicida atendidos en el Hospital General de Zona No. 3 de Jesús María, Aguascalientes, muestran similitudes con diversos estudios reportados en la literatura científica reciente.

En relación con las características sociodemográficas, en el presente estudio se observó un predominio del sexo femenino (62.3%), resultado que coincide con lo reportado por Jiménez-Genchi et al. (2023) (4) quienes encontraron que el sexo femenino representó el 62.9% de los casos de pacientes con tentativa o intento suicida. De manera similar, el estudio de García-Martín et al. (2020) (23) reportó también una mayor frecuencia de tentativa suicida en mujeres con un 59.7% de los casos. Estos hallazgos sugieren que el sexo femenino presenta mayor frecuencia de tentativa suicida, aunque el sexo masculino presenta mayor tasa de suicidio consumado.

Con respecto a la edad, en el presente estudio se observó una media de 30.5 años con una desviación estándar de 10.8 años, una mediana de 29 años y una moda de 18 años, lo que nos indica que la mayor concentración de casos se presenta en adultos jóvenes. Estos resultados son equiparables con los reportados por Jiménez-Genchi et al. (2023) (4), quienes encontraron una media de edad de 32.97 años, con mayor número de casos entre los 18 y 25 años, considerado por la Organización Mundial de la Salud como uno de los grupos de mayor riesgo para tentativa suicida. Asimismo, el estudio de García-Martín et al. (2020) (23) reportó una media de 38.8 años, con predominio en los grupos etarios de 21 a 40 años, lo que también coincide con lo observado en el presente estudio hacia una mayor incidencia en población joven y adulta temprana.

En relación con los factores socioeconómicos, en el estudio se identificó que 57.1% de los pacientes se encontraban en situación de desempleo, lo cual coincide con los resultados reportados por Betancur et al. (2023) (24), quienes identificaron asociación entre la tentativa suicida y la ausencia de ingresos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

económicos. De manera similar, García-Martín et al. (2020) (23) reportaron que 82.2% de los participantes presentaban bajos ingresos económicos, lo que sugiere que las condiciones socioeconómicas adversas constituyen un factor importante asociado a la tentativa suicida.

En cuanto a los acontecimientos vitales estresantes, el presente estudio encontró que 61.7% de los pacientes presentaban consumo de alcohol, 51.9% antecedentes de violencia y 40.9% habían sufrido discriminación. Estos resultados son consistentes con lo reportado por Betancur et al. (2023) (24), quienes identificaron una relación entre tentativa suicida y alcoholismo y otras sustancias, así como con factores sociales y familiares adversos. Asimismo, García-Martín et al. (2020) encontraron que el alcoholismo se asoció significativamente con tentativa suicida, además de identificar otros factores clínicos como depresión, ansiedad y antecedentes psiquiátricos.

Por otra parte, el análisis estadístico realizado en el presente estudio mediante la prueba χ^2 de Pearson mostró asociaciones significativas con alcoholismo ($\chi^2 = 109.78$; $p < 0.001$), violencia ($\chi^2 = 71.29$; $p < 0.001$), discriminación ($\chi^2 = 73.27$; $p < 0.001$) y situación laboral ($\chi^2 = 107.88$; $p < 0.001$). Estos resultados refuerzan la evidencia reportada en estudios previos, donde los factores psicosociales y los acontecimientos vitales estresantes se han identificado como elementos clave en el desarrollo de la tentativa suicida.

En este sentido, Caro-Cañizares et al. (2025) (25) señalaron que los acontecimientos vitales estresantes, en combinación con factores individuales como impulsividad, agresividad y hostilidad, incrementan el riesgo de conducta suicida. Asimismo, el estudio de Espandian et al. (2020) (26) identificó que la depresión, la desesperanza y los antecedentes de tentativas suicidas previas son predictores importantes de recurrencia de tentativa suicida. De manera similar, Olfson et al. (2021) (19) encontraron que los pacientes atendidos en servicios de urgencias por tentativa suicida presentan un riesgo significativamente mayor de

suicidio durante el año posterior al evento, especialmente cuando existen antecedentes de tentativa previa.

En conjunto, los resultados del presente estudio son consistentes con la literatura científica reciente, ya que muestran que la tentativa suicida se presenta con mayor frecuencia en adultos jóvenes, en el sexo femenino y en personas expuestas a desempleo, alcoholismo, violencia y discriminación. La asociación estadísticamente significativa encontrada entre estos factores y la depresión refuerza la importancia de considerar los acontecimientos vitales estresantes como elementos clave en la evaluación del riesgo suicida.

14. CONCLUSIÓN

Los resultados del presente estudio muestran que la tentativa suicida en pacientes adultos atendidos en el Hospital General de Zona No. 3 se presenta principalmente en adultos jóvenes, con una edad media de 30.5 ± 10.8 años, predominio del sexo femenino y alta frecuencia de factores psicosociales adversos.

Entre los acontecimientos vitales estresantes más relevantes identificados se encuentran el alcoholismo (61.7%), el desempleo (57.1%), la violencia (51.9%) y la discriminación (40.9%), los cuales mostraron asociaciones estadísticamente significativas con la presencia de depresión mediante la prueba χ^2 de Pearson ($p < 0.001$).

Estos resultados sugieren que la conducta suicida es un fenómeno multifactorial, en el cual interactúan factores psicológicos, sociales y económicos. La identificación temprana de estos factores de riesgo resulta fundamental para desarrollar estrategias de prevención, detección oportuna e intervención integral en salud mental, especialmente en población joven.

Asimismo, los hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer los programas de salud mental, detección de depresión, prevención del consumo de alcohol y atención a víctimas de violencia y discriminación, con el objetivo de reducir la incidencia de tentativas suicidas y mejorar la atención integral de los pacientes.

15. GLOSARIO

Acontecimiento vital estresante: Suceso identificable, externo al paciente e incontrolable, que demanda una adaptación significativa biológica o psicológica y altera la homeostasis emocional al superar los recursos de afrontamiento disponibles.

Capacidad adquirida para el suicidio: Concepto de la teoría de Joiner que describe la habituación de una persona al dolor físico o psicológico y la pérdida del miedo a la muerte tras la exposición continua a situaciones traumáticas o dolorosas.

Conducta suicida: Conjunto de comportamientos multifactoriales relacionados con la intención de ejercer un acto autodestructivo para acabar con la propia vida. Abarca desde la ideación hasta el suicidio consumado.

Depresión: Trastorno de salud mental caracterizado por un estado de ánimo bajo o tristeza persistente, que en el presente estudio demostró una alta asociación clínica con los acontecimientos vitales estresantes adversos.

Escala de Reajuste Social (Holmes y Rahe): Instrumento de evaluación que asigna un peso o "Unidad de Cambio Vital" (UCV) a diferentes acontecimientos vitales estresantes para predecir la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad física o mental.

Estrés: Estado de activación biológica y emocional (anti homeostática) que se produce cuando un individuo fracasa en sus intentos de adaptarse a las demandas amenazantes o desafiantes de su entorno.

Fantasías de suicidio: Pensamientos relacionados con el acto de quitarse la vida, pero que no están acompañados de una intención real ni de un plan estructurado para llevarlo a cabo.

Factores psicosociales: Condiciones presentes en el entorno social y psicológico de un individuo (ej. situación laboral, relaciones interpersonales, nivel

socioeconómico) que influyen directa o indirectamente en su salud mental y bienestar.

Gesto suicida: Conducta con apariencia de intento suicida orientada a quitarse la vida, pero que no llega a provocar un daño tisular real y suele ser detenida por el propio individuo o por terceros.

Ideas de muerte: Pensamientos frecuentes relacionados con la propia muerte o el cese de la existencia, pero que no implican la voluntad de causarse la muerte a uno mismo de forma activa.

Ideación suicida: Pensamientos relacionados con el suicidio en los que ya existe una intención de realizarlo, pudiendo estar acompañados o no de un plan estructurado.

Planeación suicida: Fase del comportamiento suicida que incluye la formulación y organización de un método específico y detallado a través del cual el individuo pretende morir.

Suicidio (consumado): Acto deliberado de acabar con la propia vida, resultando en un desenlace fatal.

Suicidio altruista: Según Durkheim, aquel que ocurre en sociedades o grupos rígidos donde el individuo sacrifica su vida por considerar que es una exigencia moral o un deber hacia su grupo.

Suicidio anómico: Según Durkheim, aquel desencadenado por una disfunción, quiebre o pérdida abrupta de los valores y normas sociales, dejando al individuo en desorientación.

Suicidio egoísta: Según Durkheim, aquel resultante de la alienación del individuo respecto a su entorno social, marcado por un fuerte aislamiento e individualismo.

Tentativa suicida (Intento suicida): Conducta autoagresiva con una clara intención de morir que provoca un daño tisular (intoxicación, lesión física, etc.), pero que no resulta en la muerte del individuo.

16. BIBLIOGRAFÍAS:

1. Carlson NR. Fisiología de la conducta. 12th ed. Madrid: Pearson; 2014.
2. María R, Campos E, Delgado AO, Jiménez ÁP. Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: un análisis longitudinal de los efectos de moderación. *Rev Latinoam Psicol* [Internet]. 2012;44(2):39–53. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80524058003.pdf>
3. Mirabet M. Eventos vitales estresantes y depresión. In: Herlyn S, Seidmann S, Ferrali JC, Lahitou Herlyn D, editors. *Depresiones: historia, psicopatología y tratamiento*. TeseoPress; 2025.
4. Jiménez-Genchi J, Rodríguez-Paz SG, Ramírez-Rivas J, Martínez-González M de la A. Ideación e intento suicida en pacientes con padecimientos psiquiátricos en un hospital de la Ciudad de México. *Gac Med Mex*. 2023;159(3):224–30. doi:10.24875/gmm.22000378
5. Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana Gobierno del Estado de Jalisco. *El suicidio en los jóvenes de Jalisco*. 2024.
6. Méndez-Romero NA. Narrativas de la conducta suicida en mujeres estudiantes de una universidad pública en México. *Revista de Salud Pública (Bogotá)*. 2024 Nov;26(6):116184. doi:10.15446/rsapV26n6.116184 PubMed PMID: 40099009.
7. Instituto Nacional de Salud Pública. ENSANUT 100K 2018: Estado de salud y factores asociados en población mexicana. 2018.
8. Instituto Nacional de Salud Pública. Conducta suicida: ENSANUT Continua 2022. 2023 Jun.
9. Corona Lara JM, Reyes Castrejón G V, Ruiz Hurtado LA, Villaseñor Hidalgo R, Salazar Reyes JP. Riesgo de suicidio relacionado al consumo de alcohol en adultos jóvenes. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 2024;16(1). doi:10.22201/fesi.20070780e.2024.16.1.86721
10. Valdez-Santiago R, Villalobos Hernández A, Arenas-Monreal L, Benjet C, Vázquez

- García A. Conducta suicida en México: análisis comparativo entre población adolescente y adulta. *Salud Publica Mex.* 2023;65. doi:10.21149/14815
11. Villahoz LB, Sanz MTR, Carpio CF, García CAC, Alhambra RD, Usaola CP. El papel de los factores precipitantes, los estresores y la violencia en la conducta e ideación suicida: diferencias en función del motivo de consulta y el sexo. *Clínica Contemporánea.* 2023;14(1). doi:10.5093/cc2023a3
 12. Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. Datos sobre el comportamiento suicida en México [Internet]. 2024. Available from: <https://www.conasama.salud.gob.mx/cnps/lmg/suicidio.pdf>
 13. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res.* 1967;11(2):213–8. doi:10.1016/0022-3999(67)90010-4
 14. Campillo Serrano C. Prevención del suicidio y la conducta suicida. *Salud Mental* [Internet]. 2021;44(5):249–57. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S001638132021000500564&script=sci_arttext
 15. Naviñes R, Olivé V, Fonseca F, Martín-Santos R. Work stress and resident burnout, before and during the COVID-19 pandemic: An up-date. *Medicina Clínica (Barcelona).* 2021 Aug;157(3):130–40. doi:10.1016/j.medcli.2021.04.003 PubMed PMID: 34083069.
 16. Borges G, Orozco R, Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz C, Díaz-Salazar J. Suicide ideation and behavior in México: Encodat 2016. *Salud Publica Mex.* 2019;61(1):6–15.
 17. Secretaría de Salud. Guía práctica para la atención del paciente con conducta suicida en hospitales generales. 2017.
 18. Song SJ, Park GJ, Lee SW, Lee JH, Kim SC, Kim H. The characteristics of elderly individuals who attempted suicide by poisoning: a Nationwide Cross-sectional study in Korea. *J Korean Med Sci.* 2020;35(35):1–10.

19. Olfson M, Gao YN, Xie M, Cullen SW. Suicide risk among adults with mental health emergency department visits with and without suicidal symptoms. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2021;82(6).
20. Gaona HT. Durkheim y los fundamentos teóricos e históricos de la antropología funcionalista. *Bol Antropol Am* [Internet]. 1984;10:69–84. Available from: <http://www.jstor.org/stable/40977061>
21. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Notes and Queries. 2019.
22. Prieto S, Hernández L, Gálvez O, Concepción I. La psicología, estudio e intervención de las problemáticas actuales. 2021.
23. García-Martín ÁF, Santiago-Sáez A, Labajo-González E, Albarrán-Juan ME, Olivares-Pardo E, Perea-Pérez B. Evaluación de factores de riesgo del intento suicida en población clínica hospitalaria en la comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2020;94(10). Available from: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/809/1142>
24. Betancur Díaz MA, Garzón Ladino AL, Vallejo Silva A, Murillo Pinto M. Factors associated with suicidal intent in economically active patients diagnosed with major depression. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English Edition)*. 2023 Apr;52(2):87–92. doi:10.1016/j.rcpeng.2021.01.002 PubMed PMID: 37453822.
25. Caro-Cañizares I, Brenlla ME, Carballo JJ, Santos M, Guija JA, Giner L. Suicidal Behaviour and Stressful Life Events: The Mediating Role of the Impulsivity-Aggression-Hostility Triad Through Psychological Autopsy. *Psicothema*. 2024;36(4):380–8. doi:10.7334/psicothema2023.300
26. Espandian A, González M, Reijas T, Florez G, Ferrer E, Saiz PA, et al. Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020;13(1):11–21.
27. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Diario

- Oficial de la Federación. México; 2024.
28. The Nuremberg Code. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 1996;276(20). doi:10.1001/jama.1996.03540200077043
 29. Comisión Nacional de Bioética. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2024.
 30. Decreto PEF. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación. 2007.
 31. Eticos Directrices Para La Proteccion De PY, John Ryan K, Boston Joseph Brady M V, Robert Cooke HE, Jonsen AR, Patricia King F, et al. Informe Belmont.
 32. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Revista CONAMED. 2022;27(3):149–56. doi:10.35366/107647
 33. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. 2013.

17. ANEXOS

Anexo A. Instrumento de recolección

Número folio		/ ____ /
Edad		/ ____ / ____ / años.
Sexo		/ ____ / 1=Femenino; 2=Masculino.

Escolaridad		/ ____ / ____ / 1=Sí; 0= No.
Comorbilidades		/ ____ / ____ / 1=Sí; 0= No. Describa / _____ /
Alcoholismo		/ ____ / ____ / 1=Sí; 0= No.
Sustento económico		/ ____ / ____ / 1=Sí; 0= No.
Empleo		/ ____ / ____ / 1=Sí; 0= No.
Estrés laboral		/ ____ / ____ / 1=Sí; 0= No.
Violencia		/ ____ / ____ / 1=Sí; 0= No. Describa / _____ /
Discriminación		/ ____ / ____ / 1=Sí; 0= No. Describa / _____ /
Depresión		/ ____ / ____ / 1 = SI; 0 = No

Anexo B. Dictamen de aprobación del comité local de investigación en salud 101.

13/12/25, 8:55 p.m.

SIRELCIS

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **101**.
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082**

FECHA **Sábado, 13 de diciembre de 2025**

Médico (a) Maria Paulina MARTINEZ Delgado

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle que el protocolo de investigación con título **Acontecimientos vitales estresantes en el paciente adulto con tentativa suicida en Hospital General de Zona 3 en Jesus Maria, Aguascalientes en el periodo de diciembre 2023- diciembre 2024**, que sometió a evaluación por este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los aspectos éticos, por lo que se emite el dictamen de:

APROBADO

Número de Registro Institucional

R-2025-101-188

De acuerdo con la normativa vigente, deberá presentar anualmente un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo hasta su conclusión. El presente dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de no haber concluido la investigación, deberá solicitar la re aprobación al Comité de Ética en Investigación antes del **13-12-2026**.

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

ATENTAMENTE



Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

**Anexo C. Carta de no inconveniente al comité local en investigación
101, hospital general de zona No. 3.**



Gobierno de
México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Jesús María, Aguascalientes a 29 de septiembre 2025
OFICIO NO. 010103/200200/29/SEPTIEMBRE/2025
FOLIO 513

DR. CARLOS ARMANDO SÁNCHEZ NAVARRO
COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 101
OOAD AGUASCALIENTES
PRESENTE

Por este conducto manifiesto que **NO TENGO INCONVENIENTE** para que el **Víctor Gamaliel Chávez Márquez** con matrícula 98013609 investigador asociado (tesista), adscrito al Hospital General de Zona No. 3, Aguascalientes, Ags. Realice el proyecto con el nombre **"Acontecimientos vitales estresantes en el paciente adulto con tentativa suicida en Hospital General de Zona 3 en Jesús María, Aguascalientes en el período de diciembre 2023- diciembre 2024"** junto con la Dra María Paulina Martínez Delgado investigador principal y adscrito al Servicio de Urgencias médico Quirúrgicas del Hospital General de Zona No. 3 Jesús María, Ags, con matrícula 98013609

En espera del valioso apoyo que usted siempre brinda. Le reitero la seguridad de mi atenta consideración.

ATENTAMENTE

[Handwritten signature of Dra. Ana Cecilia Valdivia Martínez]

DRA. ANA CECILIA VALDIVIA MARTÍNEZ
DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.3
OOAD AGUASCALIENTES

Anexo D. Solicitud de excepción de la carta de consentimiento informado.



Gobierno de
México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Fecha: 20 de Septiembre del 2025
Folio 601

Dra. Virginia Verónica Aguilar Mercado
Presidente de Comité de Ética en Investigación
OOAD Aguascalientes

SOLICITUD DE EXCEPCION DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicito al Comité de Ética en Investigación de Hospital General de Zona 1, Aguascalientes que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación: **"Acontecimientos vitales estresantes en el paciente adulto con tentativa suicida en Hospital General de la Zona 3 en Jesús María, Aguascalientes en el periodo de diciembre 2023-diciembre 2024"**.es una propuesta de investigación sin riesgo que implica la recolección de los siguientes datos ya contenidos en los expedientes clínicos:

- Edad (años).
- Sexo.
- Escolaridad.
- Comorbilidades.
- Alcoholismo.
- Empleo.
- Estrés laboral.
- Violencia.
- Discriminación.
- Depresión.

MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS

En apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en el expediente clínico y/o base de datos disponible, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo. La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo **"Acontecimientos vitales estresantes en el paciente adulto con tentativa suicida en Hospital General de la Zona 3 en Jesús María, Aguascalientes en el periodo de diciembre 2023-diciembre 2024"** cuyo propósito es el informe de tesis final. Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud aplicables.

Atentamente

Dra. María Paulina Martínez Delegado.

Médico No Familiar Adscrito al Servicio de Hospital General de Zona No. 1
Investigador Responsable



2025
Año de
La Mujer
Indígena

Av. de, Los Conos 102, Ojocaliente, 20196 Aguascalientes, Ags. Tel. 4499703660 www.imss.gob.mx/

Anexo E. Justificación



Gobierno de
México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



DR SERGIO RAMIREZ GONZALEZ
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
PRESENTE

Por este conducto, quien suscribe, Titular de la Especialidad Médica en urgencias medico quirúrgicas, hace constar que el Médico Residente Víctor Gamaliel Chávez Márquez, con ID 362444, desarrolló el trabajo de tesis titulado:

"Acontecimientos vitales estresantes en el paciente adulto con tentativa suicida en hospital general de la zona 3 en Jesús maría, Aguascalientes en el periodo de diciembre 2023- diciembre 2024"
La tesis se encuentra adscrita a la Línea de Generación y Aplicación del Conocimiento: Atención inicial en urgencias traumáticas (dado que aborda la tentativa suicida como patología traumática de origen autoinfligido).

De conformidad con el Plan de Estudios de la Especialidad Médica, la dirección de las tesis corresponde preferentemente a profesores integrantes del Núcleo Académico y vinculados con la Línea de Generación y Aplicación del Conocimiento correspondiente. No obstante, para el presente trabajo se designó como tutora a la **Dra. María Paulina Martínez Delgado**, quien no forma parte del Núcleo Académico de la especialidad ni se encuentra adscrita a la Línea de Generación y Aplicación del Conocimiento antes referida.

La presente designación obedece a que la tutora cuenta con la formación, experiencia y conocimientos especializados en el área temática del proyecto, lo que garantiza la adecuada conducción científica y metodológica del trabajo de investigación, privilegiando la pertinencia académica y la calidad del proceso formativo del médico residente.

Por lo anterior, se emite la presente justificación para los efectos académicos y administrativos correspondientes, con el propósito de sustentar la liberación de la tesis y su integración al expediente del residente.

Sin otro particular, se expide la presente para los fines que haya lugar.

Atentamente

Dr. Ricardo Rubén Santiago Valdez
MÉDICO UROLOGO
CED. PROF. 10823942
CED. ESP. 13905250
IMSS MAT. 94239843

Dr. Ricardo Rubén Santiago Valdez
Profesor titular de posgrado de urgencias medico quirúrgicas.



2026
año de
Margarita
Maza

Av. Prolongación General Ignacio Zaragoza No. 905, Col. Ejido de Jesús María, C.P. 20908, Jesús María, Aguascalientes. Tel: 44915359
www.imss.gob.mx