

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



“Ideación suicida y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana en la Unidad de Medicina Familiar N° 39 IMSS, Tabasco”

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

RITA JOSARIT RAMÍREZ MADRIGAL

Directores:

**M. ESP. EN MF. JOSÉ MANUEL WOOD NOTARIO
M. ESP. S.P. MARIO RENDÓN SALAS**

Villahermosa, Tabasco. Enero 2024.



Villahermosa, Tabasco, 28 de noviembre de 2023
Of. No. 0815/DIRECCIÓN/DACS

ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. Rita Josarit Ramírez Madrigal
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada **"Ideación suicida y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana en la Unidad de Medicina Familiar N° 39 IMSS, Tabasco"**, con índice de similitud **13%** y registro del proyecto **No. JI-PG-287**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores Dr. Elías Hernández Cornelio, Dra. Guadalupe Montserrat Dominguez Vega, Dra. Griselda Hernández Ramírez, Dr. Ricardo Gonzales Anoya y Dr. Abel Pérez Pavón. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialidad en Medicina Familiar**, donde fungen como Director de tesis el M. Esp. en MF. José Manuel Wood Notario y el M. Esp. S.P. Mario Rendón Salas

Atentamente


Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

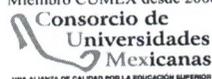
UJAT



DACS
DIRECCIÓN

C.c.p.- M. Esp. en MF. José Manuel Wood Notario – Director de Tesis
C.c.p.- M. Esp. S.P. Mario Rendón Salas Director de Tesis
C.c.p.- Dr. Elías Hernández Cornelio – Sinodal
C.c.p.- Dra. Guadalupe Montserrat Dominguez Vega – Sinodal
C.c.p.- Dra. Griselda Hernández Ramírez - Sinodal
C.c.p.- Dr. Ricardo Gonzales Anoya – Sinodal
C.c.p.- Dr. Abel Pérez Pavón - Sinodal
C.c.p.- Archivo
DC'OGMF/ajrg*

Miembro CUMEX desde 2008


CONSORCIO DE
UNIVERSIDADES
MEXICANAS
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,

C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 Ext. 6300, e-mail: direccion.dacs@ujat.mx

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 6 del mes de Noviembre del año 2023, el que suscribe, Rita Josarit Ramírez Madrigal, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 211E70010 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Ideación Suicida y su Relación con la Funcionalidad Familiar en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana en la UMF N° 39, Tabasco”**, bajo la Dirección del Dr. José Manuel Wood Notario y Dr. Mario Rendón Salas, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: rita20034@gmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Rita Josarit Ramírez Madrigal

Nombre y Firma





AGRADECIMIENTOS

Primeramente, a Dios, por ser el creador de la vida y por permitirme vivir para lograr grandes cosas tomada de su mano, por poner en mi camino a las personas ideales para alcanzar esta meta profesional, por darme luz y fuerza cuando los caminos se cerraban y cuidar de mi en cada momento.

“¡Voy a hacer algo nuevo! Ya está sucediendo, ¿No se dan cuenta?, Estoy abriendo un camino en el desierto, y ríos en lugares desolados.” - Isaías 43:19.

Agradezco infinitamente al Dr. Wood por apoyar mi idea desde el inicio, mi investigación, brindarme su amistad sincera y experiencia para concluir este proyecto.

Al Dr. Mario Salas Rendón por brindarme su tiempo, espacio y conocimientos para finalizar con éxito este proyecto.

Al Dr. Ricardo González Anoya y a la Dra. Tamara Guadalupe Calvo Martínez, por acogerme desde el comienzo, y confiar en mí, sin ustedes como ejemplo esta meta no la hubiera podido alcanzar, no me queda más que agradecerles su apoyo.

A mi familia por ser fortaleza diariamente, este logro es suyo, por criarme y darme una formación que me ha hecho capaz de lograr todo lo que me propongo, por enseñarme a luchar y trabajar por lo que deseo, que todo tiene un propósito en esta vida y que sin Dios nada es posible. Los amo.

A mi compañera de aventuras la Dra. Patricia Chan, por no dejarme desistir nunca de este camino, por creer en mí todos los días, por apoyarme en los días grises y en los coloridos, por ser mi fortaleza y mi equipo estos años.

A mis compañeros y amigos por crecer juntos profesionalmente, aconsejarme, ser apoyo en los días difíciles y por brindarme las palabras de aliento. Los recordare siempre.



A mis profesores por su dedicación y por sumar en mi formación.

Y no puedo dejar de agradecer a las Instituciones de quién me siento orgullosa de pertenecer al Instituto Mexicano del Seguro Social y a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



DEDICATORIAS

A mis queridos padres, el Sr. *Manuel Ramírez Flores* y la Sra. *Josefina Madrigal Estrada* que me han dado todo lo que soy; valores, perseverancia, constancia y dedicación. GRACIAS por luchar junto a mí, por amarme como lo hacen, este logro es más suyo que mío, los amo infinitamente.

Por ustedes y para ustedes mi familia.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ÍNDICE	
AGRADECIMIENTOS	II
DEDICATORIAS	IV
TABLAS Y FIGURAS	VI
ABREVIATURAS	VI
GLOSARIO	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN:	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
JUSTIFICACIÓN	22
OBJETIVOS	24
HIPÓTESIS	24
MATERIAL Y MÉTODO	25
VARIABLES:	27
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	27
TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.	28
INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:	29
CONSIDERACIONES BIOÉTICAS:	31
RESULTADOS:	33
DISCUSIÓN:	40
CONCLUSIONES:	42
RECOMENDACIONES:	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	46
ANEXOS:	52



TABLAS Y FIGURAS

Cuadro 1: Personas que continúan registradas como seropositivas a VIH según sexo; México, 1984-2023.....	12
Cuadro 2: Casos Notificados de VIH según Evolución; México, 1983-2023.....	12
Gráfico 1: Piramide Poblacional de los pacientes con VIH.....	33
Gráfico 2: Estado Civil de los pacientes con VIH.....	34
Gráfico 3: Nivel Educativo de los pacientes con VIH.....	25
Gráfico 4: Ideación Suicida en pacientes con VIH agrupados por sexo.....	36
Gráfico 5: Ideación Suicida en pacientes con VIH agrupados por edad.....	37
Gráfico 6: Ideación Suicida en pacientes con VIH agrupados por situación laboral	37
Gráfico 7: Ideación Suicida en pacientes con VIH agrupados por orientación sexual..	38
Gráfico 8: Ideación Suicida en pacientes con VIH agrupados Relación Familiar.....	39
Tabla 1: Datos estadísticos Moda, Mediana, Media.....	33
Tabla 2: Estadísticos de las variables sexo, situación laboral, y orientación sexual en pacientes con VIH.....	34
Tabla 3: Estadísticos de las variables Funcionalidad Familiar en pacientes con VIH...35	
Tabla 4: Estadístico de las variables ideación suicida en pacientes con VIH.....	36
Tabla 5: estadística de severidad de ideación suicida y funcionalidad familiar	37



ABREVIATURAS

VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
OMS	Organización Mundial de la Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
IBD	Inventario de Depresión de Beck
SSI	Escala de Ideación Suicida
UMF	Unidad de Medicina Familiar
ONU	Organización de las Naciones Unidas
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
FACES III	Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar
TCC	Terapia Cognitivo – Conductual
ISRS	Inhibidores Selectivos de la Recapitulación de Serotonina
ELISA	enzimoimmunoanálisis de absorción
TDF	Fumarato de Tenofovir Disoproxil
PEP	Profilaxis pos-exposición
CDS	Escala de Depresión de Calgary
CIDI	Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta
MINI	Mini-entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
SMM	Hombres de Minoría Sexuales
PA	Presión Arterial



GLOSARIO

SUICIDIO:

Es un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal

IDEACIÓN SUICIDA:

Pensamientos o ideas de servirse como agente de la propia muerte, que expresa el deseo o la intención de morir, que puede variar en gravedad dependiendo de la especificidad del plan suicida y del grado de intención

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La Funcionalidad Familiar o una familia funcional, es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros así como un estado de salud favorable en ellos donde los miembros de la misma perciben el funcionamiento familiar manifestando el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar, como son, adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos

VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario y debilita la defensa contra muchas infecciones y determinados tipos de cáncer que las personas con un sistema inmunitario sano pueden combatir, impidiendo el normal funcionamiento de la inmunidad, la persona infectada va cayendo gradualmente en una situación de inmunodeficiencia. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de CD4.

DEPRESIÓN:

Es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas.



RESUMEN

Ramírez, RJ¹. Rendon, M². Wood, JM³. “IDEACIÓN SUICIDA Y SU RELACION CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LA UMF N° 39, IMSS, TABASCO.”

1. Residente de Medicina Familiar UMF 39 “Dr. Ignacio Chávez Téllez” IMSS Delegación Tabasco.
2. Especialista en Salud Pública; Maestría en Ciencias en Salud Poblacional
3. Médico Familiar Adscrito a la UMF 39 “Dr. Ignacio Chávez Téllez” IMSS Delegación Tabasco.

ANTECEDENTES: A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, reporta que cada año, cerca de 800.000 personas se suicidan, lo que equivale a una muerte cada cuarenta segundos y muchos más individuos intentan suicidarse. La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y su estado final, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una pandemia que está causando una creciente mortalidad y morbilidad en todo el mundo. Cuando se diagnostica una enfermedad como lo es el VIH/SIDA nace un estigma social que se acompaña de múltiples creencias que logran que el paciente se perciba vulnerable a la sociedad y se pueden desencadenar pensamientos suicidas y disfunción familiar. **OBJETIVO:** Se evalúa la ideación suicida y la funcionalidad familiar en pacientes con virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en la UMF N°39, IMSS, Tabasco. **MATERIAL Y METODO:** Estudio con enfoque cuantitativo, diseño no experimental y de tipo correlacional en pacientes portadores de VIH de ambos sexos mayores de 18 años, Universo: 241 pacientes, Muestra: 148 pacientes, utilizando la escala de FACES III para la funcionalidad familiar y la Escala de ideación suicida (TEST DE BECK). Esta incluye variables sociodemográficas, se utilizó estadística descriptiva e inferencial con X², siendo $p < 0.5$ significativo, mediante paquete estadístico SPSS; **RESULTADOS:** Los resultados mostraron que en cuanto a los niveles de disfunción familiar en familias extremas con alta ideación suicida con un porcentaje de 57.1% de la muestra total, mientras tanto, a nivel socioeconómico predomina de ideación suicida en pacientes empleados 52.1% se halló que existe una relación significativa entre el funcionamiento familiar e ideación suicida ($p = .000$), **CONCLUSIONES:** Concluyendo que a mayor funcionamiento familiar habrá menor ideación suicida.

Palabras Claves: *Virus de Inmunodeficiencia Humana, Ideación Suicida, Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, Funcionalidad Familiar.*



ABSTRACT

Ramírez, RJ¹. Rendón, M². Wood, JM³. "SUICIDAL IDEATION AND ITS RELATIONSHIP WITH FAMILY FUNCTIONALITY IN PATIENTS WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS AT UMF N° 39, IMSS, TABASCO."

1. Family Medicine Resident UMF 39 "Dr. Ignacio Chávez Téllez" IMSS Tabasco Delegation.
2. Public Health Specialist; Master of Science in Population Health
3. Family Physician Attached to UMF 39 "Dr. Ignacio Chávez Téllez" IMSS Tabasco Delegation.

INTRODUCTION: Worldwide, the World Health Organization (WHO)¹ reports that each year, nearly 800,000 people commit suicide, which is equivalent to one death every forty seconds, and many more individuals attempt suicide. Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection and its final state, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), is a pandemic that is causing increasing mortality and morbidity worldwide. When a disease such as HIV/AIDS is diagnosed, a social stigma is born that is accompanied by multiple beliefs that make the patient perceive themselves as vulnerable to society and can trigger suicidal thoughts and family dysfunction. **OBJECTIVE:** Suicidal ideation and family functionality were evaluated in patients with Human Immunodeficiency Virus (HIV) at UMF N°39, IMSS, Tabasco. **MATERIAL AND METHOD:** Study with a quantitative approach, non-experimental and correlational design in HIV-positive patients of both sexes over 18 years of age, Universe: 241 patients, Sample: 148 patients, using the FACES III scale for family functionality and the Suicidal Ideation Scale (BECK TEST). This includes sociodemographic variables, descriptive and inferential statistics will be used with X², with $p < 0.5$ being significant, using SPSS statistical package; **RESULTS:** The results showed that regarding the levels of family dysfunction in extreme families with high suicidal ideation with a percentage of 57.1% of the total sample, meanwhile, at the socioeconomic level, suicidal ideation predominates in employed patients 52.1%, it was found that There is a significant relationship between family functioning and suicidal ideation ($p = .000$), **CONCLUSIONS:** Concluding that the greater the family functioning there will be less suicidal ideation.

Keywords: *Human Immunodeficiency Virus, Suicidal Ideation, Human Immunodeficiency Syndrome, Family Functionality.*



INTRODUCCIÓN:

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es causado por la infección de su mismo sobrenombre, el cual modifica al sistema inmunológico del portador, destruyendo sus linfocitos. El VIH afecta de manera mundial teniendo mayor incidencia en países en vías de desarrollo. En México la epidemia de infección por VIH/SIDA en los últimos 10 años (2005-2017) se conservó estable. Según el sistema de vigilancia epidemiológica de VIH los estados con la mayor tasa de casos nuevos diagnosticados de VIH en 2022 en una tasa por cada 100,000 habitantes son Quintana Roo (48.92) Campeche (23.03) Yucatán (22.18) Colima (21.88) y Tabasco (17.86) con un número total de defunciones en el 2020 de 4557 personas.

Estas predisposiciones son desiguales en diferentes partes del mundo e indican la exigente necesidad de impulsar mejoras integrales para garantizar el acceso a los servicios médicos preventivos, y programas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud. En la actualidad no se dispone de agentes terapéuticos capaces de frenar o erradicar la transmisión del virus, pero si existen tratamientos con antirretrovirales que logran aumentar la supervivencia y la calidad de vida de las personas infectadas mismo que es de largo plazo. Desde la inserción de la terapia antirretroviral, los pacientes con VIH pueden mejorar su estado de salud.

Cuando resulta una enfermedad en la familia como lo es el VIH se perturba la estructura familiar y se sobrecarga la capacidad para reaccionar ante las necesidades de los pacientes infectados por el VIH, modificando así la vida de los integrantes. La familia tiene la función de sostén y protección psicosocial, ésta tiene que ver con el soporte que brinda, antes las situaciones de crisis normativas o paranormativas del ciclo vital familiar. La funcionalidad Familiar es compleja y difícil de evaluar, se ha convertido en una necesidad sentida y real de la práctica integral de la medicina de familiar.



Se reportaron en el 2019, cerca de 70,3000 muertes por suicidio en el mundo, de las cuales, 77% procedían de países clasificados como de ingresos medios o bajos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Esta misma estima que cada año se suicidan 11,4 personas de cada 100.000. Las conductas suicidas presentan tres manifestaciones clínicas principales: ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumado. La ideación suicida una de las directrices suicidas en surgir y es uno de los signos de riesgo más reveladores para la prevención del suicidio.

La tasa de suicidio en pacientes VIH antes de la admisión del tratamiento antirretroviral era entre 20 y 36 veces gigante a la actualidad. La deficiencia en la neurotransmisión serotoninérgica y el alargamiento de la activación del receptor de glutamato N-metil-D-aspartato (NMDA) asociado al VIH propician trastornos neuropsiquiátricos. Los portadores de VIH tienen afectaciones crónicas y experimentar crisis al momento de recibir su diagnóstico y recorren un proceso de conciliación psicológica, que se espera les permita finalmente aceptar su nueva condición y realizar cambios duraderos en su vida. El impacto negativo en ocasiones crea emociones obstaculizando la adaptación a la alteración como también la adherencia al tratamiento, de esta manera se define como un evento con traumático que provoca pensamientos negativos.

La Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) es instrumento más utilizado que se aplica para identificar la ideación suicida (Beck et al., 1979).

Una adecuada salud mental ayuda a los pacientes con VIH e Ideaciones suicidas a tomar lógicas decisiones, regular emociones, lograr metas personales, desarrollar relaciones saludables, sobrellevar el estrés y facilitar la funcionalidad familiar.

Lo antes presentado, se desprende la importancia de correlacionar este problema de salud presente en Tabasco y demás capitales del sureste de México teniendo como objetivo Evaluar la relación entre la ideación suicida y la funcionalidad familiar en los pacientes portadores de VIH en la UMF N°39 , IMSS, Tabasco. Variables que han sido consideradas relevantes para este fenómeno, como lo son la edad, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, promiscuidad, falta de conocimiento preventivo, falta de redes de apoyo. En efecto, lo antes mencionado permite considerar que



Tabasco se representa como uno de los estados con casos nuevos de pacientes infectados con el VIH, constituyéndose como un problema de salud de grandes extensiones, exponiendo que esta patología, ideaciones y poca funcionalidad familiar representa uno de los males que más afecta a las poblaciones en la actualidad.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



MARCO TEÓRICO

Funcionalidad familiar

El funcionamiento familiar se define como un conjunto de características que caracterizan a la familia como un sistema y realizan funciones de mejora de la autoestima que explican las regularidades encontradas en la forma en que el sistema familiar funciona, evalúa o se comporta. Una de las funciones principales es la capacidad de influir en las fuentes de estrés o reducir sus amenazas potenciales, lo que se convierte en uno de los aspectos importantes para explicar el desarrollo familiar. En este sentido, la familia es el entorno donde los individuos encuentran recursos para resolver problemas en forma de apoyo social y herramientas de afrontamiento.

Asimismo, la familia cumple una función constructora de autoestima, que refleja el sentimiento de que cada miembro de la familia se siente amado y valorado, lo que definitivamente es positivo para responder adecuadamente a la situación o afrontar situaciones de conflicto.¹

Las principales funciones de la familia son: función social biológica, función económica, función cultural, función educativa y función emocional. Claramente, el funcionamiento saludable se basa en la adaptabilidad/flexibilidad, la cohesión, el clima emocional y la comunicación. Moreno y Chauta (2012) definieron el funcionamiento familiar como la función que contribuye al desarrollo general y la buena salud de los miembros de la familia y el grado en que los miembros de la familia perciben y reflejan el funcionamiento familiar.² Satisfacción con el desempeño de parámetros clave como idoneidad, participación, beneficio o crecimiento, compromiso y recursos.³

El funcionamiento familiar se basa en la dinámica de relaciones sistémicas que surgen a través de: la cohesión, la armonía, los roles, la comunicación, la permeabilidad, la afectividad y la adaptabilidad; y conceptualiza estas categorías como:⁴

- ✓ Cohesión: unidad física y emocional de la familia en relación con las diversas situaciones y en la toma de decisiones sobre las tareas diarias.



- ✓ Armonía: coincidencia entre los intereses y necesidades personales y los intereses y necesidades familiares en un equilibrio emocional positivo.
- ✓ Comunicación: los miembros de la familia son capaces de comunicar sus experiencias de forma clara y directa.
- ✓ Permeabilidad: capacidad de la familia para dar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- ✓ Afecto: la capacidad de los miembros de la familia para experimentar y expresar sentimientos y emociones positivas hacia los demás.
- ✓ Roles: Cada miembro de la familia cumple deberes y funciones acordadas por el núcleo familiar.
- ✓ Adaptabilidad: capacidad de la familia para cambiar estructuras de poder, relaciones de roles y reglas ante situaciones de necesidad.

Ideación Suicida

Generalidades

La ideación suicida se definió como cualquier pensamiento suicida relacionado con el suicidio; reflejaba un estado de mayor susceptibilidad a las crisis conductuales inmediatas y se asociaba con un mayor riesgo de intentos de suicidio posteriores.⁵

Según Mengual et al. Definen el suicidio como una epidemia en el siglo XXI, y se ha convertido en la principal causa de muerte violenta en el mundo, pero esta teoría de la violencia autoinfligida aún carece de una definición concreta basada en investigaciones científicas.⁶

Por ello, también se considera un fenómeno universal y atemporal, con diferentes pensamientos culturales, sociales y políticos; definido como "un acto intencionalmente iniciado por un sujeto y llevado a cabo con consecuencias fatales".⁷

De acuerdo con las Pautas para la prevención del suicidio de 2018, existen criterios o conceptos erróneos sobre el suicidio en general, sobre el suicidio y específicamente sobre las personas que intentan terminar con sus vidas, que deben abordarse para brindar un apoyo más efectivo a estas personas y sus relaciones basado en evidencia científica.⁸



- 1.- Nueve de cada diez suicidas expresan claramente su intención y otra revela su intención de acabar con su vida.
- 2.- Todo suicida expresa lo que va a pasar con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta.
- 3.- Aunque no todas las personas que intentan suicidarse quieren morir, sería un error llamarles fanfarrones, porque sus útiles mecanismos de adaptación están desactivados y no les queda más remedio que suicidarse.
- 4.- Todo suicida se encuentra en una situación paradójica en la que quiere tanto morir como vivir. El método de suicidio elegido no refleja el deseo de morir del suicida, sino que provoca una mayor mortalidad a los demás, lo que forma parte del delito de suicidio asistido y está penado en el Código Penal vigente.
- 5.- Casi la mitad de las personas que experimentan una crisis suicida y se suicidan lo hacen en los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todo el mundo cree que el peligro ha pasado.
- 6.- Entre el 1% y el 2% de los intentos de suicidio tienen éxito dentro del primer año después del intento, y entre el 10% y el 20% lo harán durante el resto de su vida. Las crisis suicidas pueden durar horas, días y rara vez semanas, por lo que es importante reconocerlas para prevenirlas.
- 7.- Aunque toda persona deprimida tiene la posibilidad de intentar suicidarse o suicidarse, no todas las personas deprimidas tienen esta mala condición. Pueden sufrir esquizofrenia, alcoholismo, trastornos de personalidad.
- 8.- Las personas con enfermedades mentales tienen más probabilidades de suicidarse que la población en general, pero no es necesario tener una enfermedad mental para hacerlo. Todo hombre en peligro es un hombre de sufrimiento.
- 9.- No se ha probado que el suicidio sea hereditario, aunque se puede establecer que varios miembros de una misma familia han acabado con su vida por suicidio. En tales casos, existe una predisposición hereditaria a determinadas enfermedades mentales cuyo principal síntoma es el suicidio, como los trastornos afectivos y la esquizofrenia.



10.- Toda persona antes del suicidio presenta una serie de síntomas definidos como síndrome pre suicida, que incluyen contracción emocional e intelectual, supresión de la agresión, ya no dirigida a los demás, agresión reservada solo para uno mismo, y presencia de fantasía suicida; cualquier cosa que pueda ser detectada a tiempo e impedida de su propósito.

11.- Hablar del suicidio con suicidas, más que incitar, provocar o introducir tales pensamientos en sus cabezas, reduce el riesgo de suicidio y puede ser la única forma de obtener información de los sujetos para el análisis del suicidio.

12.- Si el sentido común nos lleva a una escucha atenta, paciente ya un deseo sincero de ayudar a las personas en situación de crisis a encontrar otras soluciones distintas al suicidio, entonces comienza la prevención.

13.- Es cierto que los psiquiatras son profesionales con experiencia en identificar y gestionar el riesgo de suicidio, pero no son los únicos capaces de prevenir el suicidio. Cualquiera que esté dispuesto a ayudar a alguien en esta situación de riesgo puede ser un valioso contribuyente para su prevención.

Las señales de advertencia tienen manifestaciones verbales, en cuyo caso el individuo expresa el deseo de suicidarse, independientemente de que planea o no los medios para suicidarse. Este pensamiento se manifiesta con distintos grados:

Sin planteamiento de la acción con un método indeterminado o un método específico, pero no planificado.⁹

Pensamientos suicidas específicos (una condición que indica un alto riesgo de suicidio)
Contrariamente a la creencia popular, preguntar sobre pensamientos suicidas no aumenta el riesgo de tal comportamiento y puede ser la única opción, quizás el último recurso.^{9,10}

Manifestaciones no verbales Si una persona no "verbaliza" sus pensamientos suicidas, se pueden utilizar ciertos signos para sospecharlos. El cese de la ansiedad, un sentimiento de paz y tranquilidad interior, un período de ansiedad seguido de un



período de calma son signos de grave peligro de suicidio, porque el conflicto entre el deseo de vivir y el deseo de morir se ha resuelto a favor del suicidio.¹⁰

Factores de riesgo

La identificación de factores de riesgo reduce el nivel de riesgo de suicidio, lo que es importante para evaluar el tratamiento y seguimiento del individuo. Se divide en factores de riesgo personales, factores de riesgo familiares y de antecedentes y conductas predisponentes. Suicidio y protección y factores sociales o ambientales.¹¹

Factores de riesgos individuales

Intentos previos de suicidio: Estos son los predictores más importantes del comportamiento suicida.¹² Uso excesivo de alcohol u otras sustancias tóxicas: como importante factor de riesgo y predisponente. Trastorno depresivo mayor: un trastorno mental asociado con el comportamiento suicida. y otros trastornos mentales como el trastorno bipolar y la esquizofrenia.¹³ Factores psicológicos: como el rigor cognitivo. La edad, el sexo, la mayor tasa de suicidio masculino, el intento de suicidio solo femenino, la presencia de enfermedades crónicas o debilitantes, la pubertad y la edad son los factores más importantes.¹⁴

Factores de riesgo familiares y contextuales

Antecedentes familiares de suicidio (especialmente suicidio femenino) en familiares de primer grado. Factores sociales y ambientales como la falta de apoyo, los problemas socioeconómicos y la situación laboral, y el abuso físico o sexual asociado a la conducta suicida desde la infancia.¹⁵

Factores de riesgo que pueden actuar como precipitantes de una conducta suicida.

Eventos vitales estresantes: como pérdida personal (divorcio, divorcio, muerte), pérdida financiera (financiera o laboral, asuntos legales y eventos negativos como conflictos y relaciones), fácil acceso a armas o drogas tóxicas, acoso en proporciones iguales entre en los jóvenes se asocian estrés elevado y pensamientos y conductas suicidas.¹⁵

Factores protectores

Personales, como la capacidad para resolver conflictos o problemas, y sociales o ambientales, como el apoyo familiar, la integración social y las creencias religiosas, espirituales y valores prácticos o positivos.¹⁶



Tratamiento de la ideación suicida

Intervenciones psicoterapéuticas

La terapia cognitiva conductual es más efectiva para los jóvenes cuando se enfoca en otros síntomas o signos relevantes solos¹⁷ o en combinación con terapia grupal para reducir directamente aspectos específicos, lo que resulta en mejores resultados para los jóvenes. La terapia individual parece ser más eficaz. Lo más importante para el trastorno límite de la personalidad y las personas mayores de 60 años es el tratamiento antidepresivo primario o la ideación suicida, la terapia de resolución de problemas y el seguimiento telefónico. En adolescentes con trastorno depresivo mayor, la combinación de fluoxetina y terapia cognitivo-conductual (TCC) es útil en la terapia de resolución adolescente en pacientes con conducta suicida recurrente¹⁸ y en pacientes con esquizofrenia crónica resistente a los medicamentos Solución efectiva¹⁹ de problemas (TRP) reduce significativamente las puntuaciones de depresión, lo que reduce el riesgo de suicidio y aumenta la autoestima y la confianza en uno mismo²⁰ y la terapia conductual dialéctica es muy eficaz en jóvenes con trastorno límite de la personalidad y trastorno bipolar.

Terapia interpersonal

En adultos, el tratamiento mejoró los resultados a los 6 meses después de la intoxicación voluntaria por drogas, y en los mayores de 60 años, el tratamiento y/o el citalopram redujeron la ideación suicida a los 24 meses.²¹ La intervención intensiva en jóvenes es más eficaz que la atención habitual para reducir la depresión, la ideación suicida, la ansiedad y la desesperanza.²²

Terapia familiar

No hay evidencia de que la terapia familiar ayude a mejorar los pensamientos suicidas.²³

Terapia psicodinámica

En pacientes con trastorno límite de la personalidad y alcoholismo, es eficaz para reducir el comportamiento, el alcoholismo y la necesidad de atención institucional. Los trastornos de personalidad requieren una combinación de terapia psicodinámica y cognitiva conductual.²⁴



Tratamiento farmacológico

El tratamiento médico debe centrarse en otros factores de riesgo como la ansiedad, el insomnio, la impulsividad.

Las personas con trastorno depresivo mayor pueden tomar antidepresivos y recibir tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para reducir los pensamientos suicidas.²⁵ En adolescentes, esta terapia tenía que combinarse con fluoxetina y TCC para ser significativa. En pacientes mayores de 60 años con trastorno depresivo mayor y pensamientos suicidas, en combinación con citalopram u otro inhibidor y TIP; en pacientes con trastorno bipolar I, si los antidepresivos no se coadministran con un estabilizador del estado de ánimo, existe el riesgo de inestabilidad psicopatológica²⁶ El uso prolongado de litio reduce 5 veces el riesgo de comportamiento suicida en pacientes con trastorno bipolar y otros trastornos afectivos, lo que reduce la agresividad y la impulsividad²⁷ Se ha demostrado que el litio, el valproato y la carbamazepina son eficaces para reducir el trastorno bipolar. en pacientes con trastornos afectivos²⁸ Asociación entre la terapia con litio y la reducción del riesgo de suicidio en trastornos del espectro depresivo o intentos de suicidio recientes. La interrupción abrupta del litio puede conducir a un aumento del comportamiento suicida. En pacientes con trastorno bipolar, el riesgo es bajo con anticonvulsivos, litio y carbamazepina o ácido valproico²⁹

El tratamiento con carbamazepina tiene efectos beneficiosos sobre el control de los impulsos y la conducta suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Si el tratamiento a largo plazo con anticonvulsivos (ácido valproico, lamotrigina y oxcarbazepina) reduce la conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar, se desconoce la continuación de la terapia con litio³⁰ y finalmente con antipsicóticos convencionales de primera generación.³¹

Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que casi 700.000 personas se suicidaron en el 2021, y es una de las principales causas de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años y la cuarta causa principal de muerte en 2019.³² Las tasas de suicidio continúan aumentando en las Américas, y México tiene una de las tasas de crecimiento demográfico más altas.³³



México comenzó a publicar información sobre intentos de suicidio y suicidios en la década de 1930 y comenzó a publicar informes oficiales en 1995, y no produjo un informe estadístico individual exclusivo sobre muertes accidentales y violentas en el sector público hasta 2005, con 6,710 suicidios en el país. En 2018, de los cuales 6.710 fueron autoinfligidos, la tasa nacional de suicidios fue de 5,4 por 100.000 habitantes.³⁴ Entre ellos, la mayoría son hombres y la tasa de suicidios es relativamente alta. Según el informe más reciente, hubo 8,9 muertes por cada 100.000 hombres (5.454) y 2 muertes por cada 100.000 mujeres (1.253) por persona.³⁵

VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Generalidades

La característica del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es que afecta el sistema inmunológico en el que vive, cambiando sus funciones y provocando defectos en su respuesta, cambiando el organismo y no pudiendo responder adecuadamente a los patógenos que contiene, dando como resultado un estado vulnerable. con riesgo adquirido de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o infecciones oportunistas.³⁶

Epidemiología

El Fondo de Población de las Naciones Unidas estima que 1,4 millones de personas viven con el VIH en América Latina, con casos concentrados entre los más vulnerables, siendo México el tercer país más afectado de la región.³⁷

Los estados con mayor número de nuevos diagnósticos de VIH por cada 100,000 habitantes en 2023 son Quintana Roo, Colima, Yucatán, Tabasco y Baja California, según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del VIH con un número total de 4.557 fallecidos totales en 2020.³⁸



CUADRO 1. Personas que continúan registradas como seropositivas a VIH según sexo; México, 1984-2023.

SEXO	NUM DE CASOS	%
HOMBRES	291,204	81.81
MUJERES	64,765	18.19
Total	355,967	100.00

*Información al 17 de abril 2023, de acuerdo a lo establecido en el Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de VIH, actualización marzo 2020.
Fuente: SSA/SUIVE/DGE/DVEET/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de VIH.

CUADRO 2. Casos Notificados de VIH según Evolución; México, 1983-2023

SEXO	NUM DE CASOS	%
VIVOS	227,378	63.88
MUERTOS	112,457	31.59
DESCONOCIDO	16,134	4.53

*Información al 17 de abril 2023, de acuerdo a lo establecido en el Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de VIH, actualización marzo 2020.
Fuente: SSA/SUIVE/DGE/DVEET/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de VIH.

Diagnostico

La prevención, diagnóstico y derivación oportuna de personas con infección por el VIH a la atención primaria de acuerdo con las guías clínicas.

Las intervenciones de los medios de comunicación para promover la prueba del VIH han mostrado resultados inmediatos en la reducción del comportamiento sexual de riesgo. Las pruebas de detección del VIH y las ITS para el público en general en todos los grupos de alto riesgo deben proporcionar información sobre la infección por el VIH/SIDA durante la ventana y alentar la repetición de la prueba en los momentos apropiados.³⁹

Pruebas de diagnóstico de VIH

La infección por VIH se diagnostica principalmente por métodos indirectos que revelan la presencia de anticuerpos contra el VIH-1/2. La presencia de anticuerpos es el resultado de una respuesta humoral al virus.⁴⁰

También se puede utilizar el método directo de diagnóstico, es decir, el método de detección del virus, su antígeno o su material genético, donde tenemos un cultivo del virus, y este método es costoso y requiere mucho tiempo y especial aplicación.



instalaciones, detección de antígenos virales (antígenos p24), y detección de genomas virales por RT-PCR o PCR en tiempo real o detección de ADN pre-virus.

Métodos de diagnóstico utilizados

Los métodos más utilizados son las pruebas rápidas combinadas con inmunoensayos enzimáticos (ELISA). La elección de la estrategia y la elección de los ensayos dependerá de la calidad de los ensayos y otras consideraciones prácticas relacionadas con la implementación y la logística, así como un análisis de costo-beneficio.

La calidad de los métodos utilizados depende de su desempeño (sensibilidad y especificidad) y efectividad (valores predictivos positivos y negativos). La sensibilidad del método es la probabilidad de que una persona con la enfermedad tenga un resultado positivo en la prueba, mientras que la especificidad es la probabilidad de un resultado negativo en la prueba si la condición no está presente.

Con estos parámetros se determina la efectividad de la prueba para distinguir entre un individuo infectado y un individuo no infectado, y ambos dependen de las características de la prueba utilizada. Con reactivos de sensibilidad y especificidad conocidas, la probabilidad de un resultado que determine con precisión si una persona está infectada (valor predictivo) variará dependiendo de la prevalencia del VIH en la población estudiada. Una mayor difusión reduce la tasa de falsos positivos, mientras que aumenta la tasa de falsos negativos. Los valores predictivos indican la probabilidad de que una muestra identificada como positiva o negativa corresponda realmente a un sujeto de estudio infectado.

Diagnóstico usando anticuerpos

El diagnóstico se realiza principalmente mediante la detección de anticuerpos contra el VIH mediante inmunoensayo (ELISA o EIA por sus siglas en inglés (ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas), pruebas rápidas o complementarias). Los resultados de estas pruebas se consideran reactivos o no reactivos, y ninguna prueba individual debe considerarse concluyente para un diagnóstico. Para esto, se debe aplicar el algoritmo completo. No se debe considerar que este tipo de pruebas demuestren el VIH-2 circulante.

Los resultados de la interacción no indican infección por VIH-2, que será confirmada. Hay situaciones como vacunas, enfermedades autoinmunes, vacunas, etc., donde se



pueden recibir falsos positivos. En vista de lo anterior, los resultados deben expresarse como “interactivos” y no positivos, por lo que deben ser confirmados. Un resultado reactivo no significa que una persona tenga VIH.

Western Blot

Esta prueba se utiliza para confirmar resultados anteriores cuando las pruebas ELISA son reactivas. En este ensayo, las proteínas del VIH en la tira de nitrocelulosa se separan por su peso molecular y se pueden identificar los anticuerpos contra cada una de estas proteínas. Para interpretar los resultados de la transferencia Western, diferentes organizaciones internacionales de salud establecieron diferentes criterios, la mayoría de los cuales mostraron resultados positivos en presencia de dos bandas genómicas diferentes de la principal proteína o glicoproteína del VIH.

Diagnóstico de ácidos nucleicos

Los métodos más utilizados son el ARN viral y la determinación de ADN. Estas pruebas se utilizan para establecer el diagnóstico en hijos de mujeres infectadas por el VIH y en los casos en que el diagnóstico no puede confirmarse mediante la prueba de anticuerpos sino solo en centros con personal calificado. En todos los casos, se debe consultar las pruebas de diagnóstico del VIH, proporcionar información sobre el estado de infección y firmar el consentimiento de acuerdo con la normativa vigente.

Selección de algoritmo

La OMS y ONUSIDA recomiendan tener en cuenta 3 puntos a la hora de elegir un algoritmo:

- Objetivos de la prueba
- Sensibilidad y especificidad de las pruebas
- Tasa de infección por VIH en la población.

Es importante mencionar que en México se utiliza el algoritmo recomendado para poblaciones donde la prevalencia es menor o igual al 5% en personas asintomáticas. En este algoritmo se requieren de 3 pruebas, dos de tamizaje y una suplementaria. En México, la prevalencia de la infección en población general es menor del 1% al igual que en el grupo de mujeres, pero en grupos de mayor vulnerabilidad la prevalencia puede elevarse hasta un 15%.⁴¹



Tratamiento

Se encuentra demostrado que después de la exposición inicial del VIH las células dendríticas de la piel y de la mucosa pasa a los vasos linfáticos antes de convertirse en una infección sistémica. Esto puede ser una ventana o tiempo de oportunidad terapéutica para la profilaxis pos-exposición (PEP) utilizando fármacos antirretrovirales diseñados para bloquear la replicación del VIH para inhibir el inoculo. La toma de zidovudina pos-exposición disminuye significativamente la probabilidad de contagio; se recomienda usar la terapia profiláctica pos-exposición ante el contacto con el VIH, ya que su uso ha demostrado que disminuye la tasa de contagio si se usa en las primeras 72 horas.⁴²

El uso diario de fumarato de tenofovir disoproxil (TDF) más emtricitabina (FTC) reduce el riesgo de contraer infección por el VIH el TDF contra el placebo en estudios dirigidos sobre todo el riesgo en individuos de alto riesgo por lo que se recomienda una evaluación médica que pondere el riesgo/beneficio de esta profilaxis retroviral estos deben tener una tasa de depuración de creatinina de al menos 60ml/min. Y en el caso de las mujeres deben recibir a la par anticoncepción para prevenir el embarazo.⁴²

ESTUDIOS RELACIONADOS

2020. González-Sancho R. y Picado Cortés M. Costa Rica. Realizaron un estudio en Ideación suicida y depresión en pacientes VIH+: Estudio transversal sobre prevalencia y factores de riesgo. Si bien existe una asociación clara entre el riesgo suicida y la depresión en la población VIH+, existe cierta controversia acerca de los otros factores de riesgo suicida. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de ideación suicida y depresión en nuestro medio e identificar los posibles factores de riesgo asociados a su aparición. Consto en un estudio epidemiológico, transversal, con muestreo simple aleatorio de pacientes con VIH+ en seguimiento por la Sección de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de Canarias. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y analíticos y se utilizaron la escala de riesgo suicida de Plutchik y la escala de Depresión de Calgary (CDS) para las evaluaciones psicológicas. Se estudiaron un total de 125 pacientes. La prevalencia de ideación suicida y depresión en nuestro medio asciende al 20,8% y 23,2% respectivamente. El consumo de tóxicos,



un estado CDC actual avanzado, una funcionalidad mermada, residir en una zona rural y tener antecedentes psiquiátricos y de riesgo suicida personales, fueron identificados como factores de riesgo potenciales para la aparición de depresión y riesgo suicida. Poseer un diagnóstico > 2 años, cierto grado de lipodistrofia y coinfección con VHC fue correlacionado con la aparición de depresión. La presencia de antecedentes familiares de conducta suicida y estar desempleado se relacionó con un aumento de riesgo suicida. Estos investigadores concluyeron que la prevalencia de ideación suicida y depresión en pacientes VIH en nuestro medio es elevada. La identificación de los factores asociados a su aparición es un factor clave para su manejo clínico precoz.⁴³

2019. Africa. Necho, M., Tsehay, M. & Zenebe, Y. Estudiaron la Ideación suicida, intento y sus factores asociados entre pacientes con VIH/SIDA en África: una revisión sistemática y un estudio de metanálisis. La ideación suicida y el intento de suicidio son signos de alerta y condicionan el pronóstico del suicidio consumado. Estos comportamientos suicidas son mucho más pronunciados en las personas que viven con el VIH/SIDA. A pesar de esto, hay escasez de evidencia agregada en África. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo llenar este vacío. se realizaron búsquedas exhaustivas en Psych-info, PubMed, Scopus y EMBASE para obtener estudios elegibles. También se realizó una selección adicional para obtener una lista de referencia de artículos. Se utilizó el paquete Meta XL para extraer los datos y también se empleó el Stata-11. Se emplearon las pruebas Q- de Cochran y Higgs I² para verificar la heterogeneidad. Se implementaron análisis de sensibilidad y de subgrupos. Se utilizaron la prueba de Egger y los gráficos en embudo (funnel plots) para detectar el sesgo de publicación. La prevalencia combinada de ideación suicida fue del 21,7 % (IC del 95 %: 16,80; 26,63). La prevalencia combinada de ideación suicida en Etiopía, Nigeria, Uganda y Sudáfrica fue del 22,7 %, 25,3 %, 9,8 % y 18,05 %, respectivamente. La prevalencia combinada de ideación suicida fue mayor; 27,7% en estudios que utilizaron Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) que Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI); 16,96%. Además, la prevalencia de ideación suicida en estudios con un tamaño de muestra < 400 fue del 23,42 %, mientras que fue del 18,3 % en estudios con un tamaño de muestra ≥ de 400 participantes. La prevalencia combinada de intentos de suicidio en este estudio fue del



11,06 % (IC del 95 %: 6,21 a 15,92). Un intento de suicidio fue mayor en Etiopía (16,97%) y Nigeria (16,20%) que en Uganda (3,51%). Esta prevalencia combinada de intento de suicidio fue mayor entre los estudios que utilizaron una muestra más pequeña (< 400 participantes) (15,5 %) que en los estudios que utilizaron una muestra más grande (\geq 400 participantes) (8,4 %). La prevalencia combinada de intento de suicidio fue del 3,75 % y del 16,97 % en los estudios que utilizaron MINI y CIDI, respectivamente. Nuestra síntesis narrativa reveló que las etapas avanzadas del SIDA, la depresión comórbida, el estigma percibido por el VIH y el escaso apoyo social se encontraban entre los factores fuertemente asociados con la ideación y el intento de suicidio. Se concluyó que la magnitud combinada de la ideación y el intento de suicidio fue alta y factores como etapas avanzadas del SIDA, depresión comórbida, estigma percibido y apoyo social deficiente se relacionaron con ella. Los médicos deben orientarse hacia este problema de salud mental de los pacientes con VIH durante el tratamiento.⁴⁴

2020. Tsegay, L., & Ayano, G. Realizaron una investigación en la prevalencia de la ideación y el intento de suicidio entre los jóvenes con VIH/SIDA: una revisión sistemática y un metanálisis. Los estudios han sugerido que la ideación y el intento de suicidio son muy frecuentes entre los jóvenes con VIH/SIDA y se han relacionado con un mayor riesgo de suicidio total. Sin embargo, hasta el momento, no existen revisiones sistemáticas ni metanálisis a nivel mundial sobre la prevalencia de la ideación y el intento de suicidio entre los jóvenes con VIH/SIDA. Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed, Scopus y Web de acuerdo con las pautas Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Las tasas de prevalencia de los estudios individuales se agruparon mediante un metanálisis de efectos aleatorios. La calidad de los estudios incluidos se evaluó mediante la lista de verificación de evaluación de calidad del Instituto Joanna Briggs. Usamos la Q de Cochran y la I^2 pruebas para medir la heterogeneidad entre los estudios. En total, se incluyeron en este metanálisis 14 estudios en los que participaron 4842 jóvenes con VIH/SIDA. Nuestro metanálisis de efectos aleatorios indicó que aproximadamente una cuarta parte de los jóvenes con VIH/SIDA tenían ideas suicidas en su vida [24,38 % (IC 95 %; 18,49-31,44)], y más de uno de cada diez tenía ideas suicidas actuales [10,33 %



(95 % IC; 6,13-16,88)], y 6 meses [13,03% (IC 95%; 4,71-31,24)] ideas suicidas. Asimismo, una proporción significativa de jóvenes con VIH/SIDA tenían actualmente [3,75% (IC 95%; 2,30-6,06)], 6 meses [15,33% (IC 95%; 10,00-22,78)] y de por vida [13,05% (IC 95%; 7,55-21,61)] intentos de suicidio. La estimación de la prevalencia agrupada de la ideación y los intentos suicidas varió según el tamaño de la muestra de los participantes.⁴⁵

2022. China. Rui Luo, M.B. Silenzio V., et al. Relizaron un estudio en los cambios y los predictores de la ideación suicida entre los hombres de minorías sexuales con VIH: un estudio longitudinal de cinco años de China. Este estudio tuvo como objetivo explorar si había diferencias en la ideación suicida en diferentes momentos entre hombres de minorías sexuales (SMM) dentro de los cinco años posteriores al diagnóstico de VIH, e investigar la influencia del tiempo y las variables psicosociales en la ideación suicida. La ideación suicida y las características psicosociales, incluida la depresión, la ansiedad, el estrés relacionado con el VIH y el apoyo social, se evaluaron dentro de un mes, el primer año y el quinto año después del diagnóstico de VIH. Un total de 197 SMM recién diagnosticados con VIH completaron encuestas de tres puntos de tiempo en este estudio. La prevalencia de ideación suicida fue de 27,4%, 15,7% y 23,9% al mes, al primer año y al quinto año del diagnóstico de VIH, respectivamente. El riesgo de ideación suicida fue menor en el primer año que al inicio, pero no hubo diferencia significativa entre el quinto año y el inicio. El estrés emocional y el apoyo objetivo predijeron de forma independiente la ideación suicida y tuvieron interacciones con el tiempo. La ideación suicida de SMM recién diagnosticados con VIH disminuyó en el primer año y luego aumentó en el quinto año, no mostrando una tendencia sostenida de disminución en una trayectoria más larga de diagnóstico de VIH. El manejo del estrés, especialmente la evaluación y el manejo del estrés a largo plazo con un enfoque en el estrés emocional, debe incorporarse en la atención médica del VIH de manera adecuada. La ideación suicida de SMM recién diagnosticados con VIH disminuyó en el primer año y luego aumentó en el quinto año, no mostrando una tendencia sostenida de disminución en una trayectoria más larga de diagnóstico de VIH. La ideación suicida de SMM recién diagnosticados con VIH disminuyó en el primer año y luego aumentó en el quinto año, no mostrando una tendencia sostenida de



disminución en una trayectoria más larga de diagnóstico de VIH. La ideación suicida de SMM recién diagnosticados con VIH disminuyó en el primer año y luego aumentó en el quinto año, no mostrando una tendencia sostenida de disminución en una trayectoria más larga de diagnóstico de VIH. La ideación suicida de SMM recién diagnosticados con VIH disminuyó en el primer año y luego aumentó en el quinto año, no mostrando una tendencia sostenida de disminución en una trayectoria más larga de diagnóstico de VIH. El manejo del estrés, especialmente la evaluación y el manejo del estrés a largo plazo con un enfoque en el estrés emocional, debe incorporarse en la atención médica del VIH de manera adecuada. Además, también se debe brindar apoyo social de manera continua a esta población vulnerable.⁴⁶

2022. Lissa N. M, Parroquia de Manasi S. , J. Rodríguez V, et al. Realizaron una investigación sobre presión arterial, depresión e ideación suicida entre mujeres embarazadas con VIH. Aunque investigaciones anteriores han examinado las asociaciones entre la presión arterial (PA), la depresión y la ideación suicida, pocos estudios han examinado esto en poblaciones de alto riesgo como las mujeres embarazadas con VIH (WHIV). El estudio actual examinó la asociación de BP con depresión e ideación suicida entre WHIV embarazadas (n = 217) en zonas rurales de Sudáfrica. Los datos de PA (medidos \leq 1 mes antes de la visita del estudio) se extrajeron de las historias clínicas. La sintomatología depresiva y la ideación suicida se evaluaron mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. La PA diastólica se asoció positivamente tanto con la ideación suicida como con la sintomatología depresiva, incluso después de controlar las variables demográficas, la edad gestacional y la violencia de pareja. Estos hallazgos sugieren que las WHIV con presión arterial elevada pueden tener un mayor riesgo de depresión prenatal e ideación suicida.⁴⁷

2000. EUA. Seth C. Kalichman, Heckman T, Arlene Kochman, RSU, Kathleen Sikkema, et al. Realizaron estudio de depresión y pensamientos suicidas entre personas de mediana edad y mayores que viven con el VIH-SIDA. Se utilizó un total de 113 sujetos mayores de 45 años que tenían VIH-SIDA fueron reclutados de organizaciones de servicios de SIDA en Milwaukee, Wisconsin y la ciudad de Nueva York. Los participantes completaron cuestionarios confidenciales sobre ideación



suicida, angustia emocional, calidad de vida, afrontamiento y apoyo social. Veintisiete por ciento de los encuestados informaron haber pensado en quitarse la vida en la semana anterior. Aquellos que habían pensado en el suicidio reportaron mayores niveles de angustia emocional y peor calidad de vida relacionada con la salud que aquellos que no habían considerado el suicidio. También eran significativamente más propensos a utilizar estrategias de escape y evitación para hacer frente a la infección por el VIH y menos propensos a utilizar estrategias de afrontamiento de reevaluación positiva. Aquellos que habían pensado en el suicidio también tenían más probabilidades de haber revelado su estado serológico a las personas cercanas a ellos y, sin embargo, percibían que recibían un apoyo social significativamente menor de amigos y familiares. Con la excepción del funcionamiento físico y las estrategias de afrontamiento. Estos autores concluyeron que las personas de mediana edad o mayores que viven con VIH-SIDA experimentan una angustia emocional significativa y pensamientos suicidas, lo que sugiere la necesidad de intervenciones específicas para mejorar la salud mental y prevenir el suicidio.⁴⁸

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los indicadores actuales estiman a finales de 2020 había en el mundo cerca de 37 millones de personas viviendo con VIH/SIDA, la incidencia para ese año fue de 2 millones de casos y hubo 1,2 millones de muertes relacionadas con SIDA. Cada año cerca de 703,000 personas se quitan la vida y cierto porcentaje únicamente lo intentan, relacionada con un vínculo entre el suicidio, trastornos mentales, y el consumo de sustancias nocivas. Al momento de conocerse portadores de la enfermedad se cree existe una asociación clara entre el riesgo suicida y la depresión en la población seropositiva, existe cierta controversia acerca de los factores de riesgo suicida. En México se encuentra una fuerte asociación entre diferentes dimensiones de la familia y el intento suicida. Se observó una relación entre comunicación inadecuada, manifestaciones de afecto insuficientes e intento de suicidio, así como un manejo de conflictos deficiente, agresividad y una dinámica parental sintomática. Estos factores, de acuerdo con lo expuesto por los autores, están más ligados a la estructura de la familia que a su funcionamiento.



Actualmente hablar sobre infección de VIH y suicidio en la población general continúa siendo un tema de controversia y de mucha importancia para la sociedad y especialmente para la atención médica porque continúa siendo un problema de salud pública. Dentro de los aspectos más destacados de la psicodinámica de los suicidas se encuentran: venganza, poder, castigo, reparación, sacrificio, restitución, evasión, rescate, renacimiento, reunión con los muertos, vida nueva. Aun no existen investigaciones asociadas entre estas variables en la delegación Tabasco.

Lo anterior nos lleva a la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre la ideación suicida y la funcionalidad familiar en pacientes portadores de VIH en la UMF 39 IMSS, Tabasco?

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



JUSTIFICACIÓN

El Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es una pandemia que está causando una creciente mortalidad y morbilidad en todo el mundo. La ideación suicida es un síntoma que aparece con relativa frecuencia entre los pacientes con infección por VIH a cualquier etapa de la enfermedad. Existe una compleja relación entre la enfermedad física y el suicidio, considerándose incluso como un relevante factor de riesgo para padecerlo, por eso es considerado un problema de salud pública que afecta directamente a la población, el 77% de los suicidios de presentan entre los jóvenes de 15-19 años, mientras que 1,5 millones de personas contrajeron VIH, reportes hasta el 2020. La ideación suicida es un síntoma que aparece con relativa frecuencia entre los pacientes con infección por VIH. Además, algunos estudios epidemiológicos han demostrado que los individuos con VIH tienen una mayor probabilidad de suicidarse que el resto de la población general (Belkin, Fleishman, Stein y cols., 1989; Haller y Miles, 2003). Los problemas de funcionamiento familiar pueden influir en la descompensación de las enfermedades crónicas, en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud socioemocional

Nuestro estudio no es vulnerable contamos con los predictores más importantes de los intentos suicidas los cuales pueden ser antecedentes de desórdenes psiquiátricos, ante esta estigmatización la OMS ha elaborado una guía para prevenir el suicidio denominada LIVE LIFE en la que describen recomendaciones para combatir y prevenir este padecimiento además de las diversas funciones que existen a nivel nacional La investigación es factible porque se cuenta con la infraestructura y el personal así como los derechohabientes de VIH/SIDA, los cuales nos permitirá contribuir a una adecuada atención multidisciplinaria y oportuna, brindando así la detección e intervención para educar de manera positiva a los pacientes derechohabientes del IMSS de la Delegación Tabasco.



En el Instituto Mexicano del Seguro Social es de suma importancia el bienestar de la población, y con el nuevo modelo institucional en su carácter preventivo, resiliente, integral innovador sostenible. Moderno y accesible, y como población clave los grupos vulnerables, es un pionera en la lucha por la mejoría de calidad de vida para pacientes de VIH, es por eso que a través de sus delegaciones, implantan día con día estrategias para la atención de los derechohabientes, como en 1992 cuando fue la primera institución en proveer de medicamentos retrovirales, se cuenta con el modelo de atención por clínicas especialidades que es el parteaguas para los servicios médicos dirigidos a pacientes viviendo con VIH, actualmente el instituto cuenta con 138 unidades médicas con clínicas especializadas en la atención de pacientes, los cuales se encuentra distribuidos tanto en hospitales de segundo nivel como tercer nivel. En el año 2009 se creó el grupo de expertos en resistencia a antirretrovirales, que abaliza, las fallas antirretrovirales. que pudieran existir, y hacer intervención temprana, En primer nivel de atención se tiene protocolos establecidos, para detectar población en riesgo, para su atención prevención, incluso pacientes que tengan riesgo pueden ser partícipes de la terapia pre exposición, y esto sumado a los protocolos de actuación para la salud mental es un punto medio en el cual se pueden abordar estos dos temas y mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, que es el objetivo de nosotros como médicos familiares.

Sin lugar a duda resulta más factible la prevención, que lidiar con la enfermedad establecida, es por eso que el carácter preventivo es un punto importante en la atención de la derechohabiencia, se tiene un carácter multidisciplinario, que abarca a todo el equipo de salud, se tiene los recursos, tecnologías, y disponibilidad, para identificar a paciente, y también detectar alteraciones en la salud mental, de manera eficiente. Consideramos que es conveniente realizar estas intervenciones en pro del equilibrio biopsicosocial del paciente. Con la disposición necesaria de los servicios de salud.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

1. Analizar la relación entre la ideación suicida y la funcionalidad familiar en los pacientes portadores de VIH en la UMF 39 IMSS, Tabasco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas de pacientes portadores de VIH
2. Evaluar la ideación suicida mediante el inventario de Beck en los pacientes con VIH.
3. Identificar la funcionalidad familiar con la escala de FACES III.
4. Relacionar la ideación suicida y la funcionalidad familiar en el paciente de VIH

HIPÓTESIS

Hipótesis Nula

Si existe relación entre la ideación suicida y la funcionalidad familiar en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana en la UMF 39 IMSS Tabasco.

Hipótesis Alterna

No existe relación entre la ideación suicida y la funcionalidad familiar en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana en la UMF 39 IMSS Tabasco.



MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

Estudio con enfoque cuantitativo, transversal, diseño no experimental y de tipo analítico.

Población, muestra y muestreo.

Se cuenta con 241 Pacientes portadores de VIH que acudieron a consulta en una unidad de medicina familiar en el año 2021. Mayores de 18 años y cualquier orientación sexual.

Muestreo; La población en estudio estará conformada por pacientes con VIH/SIDA que acudieron a consulta, en un periodo del año 2021 siendo un muestreo probabilístico aleatorio simple al azar a través del sistema de sorteo *de acuerdo con la población finita*.

Formula

Del total de nuestro universo, se realizará un cálculo de la muestra para poblaciones finitas, donde el universo es de 241, el resultado se seleccionará mediante muestro no probabilístico por conveniencia del autor.

Para la selección de la muestra se utilizó la fórmula para población finita, ya que de acuerdo a estudios realizados en diferentes poblaciones resulta representativa para el estudio, la cual presentamos a continuación:

$$n = \frac{N\sigma^2 Z_{\alpha}^2}{e^2(N - 1) + \sigma^2 Z_{\alpha}^2}$$

En Donde tenemos que:

n :	Tamaño de la Muestra
N :	Es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados)”
Z_{α} :	Es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos
α	Desviación estándar de la población, que generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5
e	Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador



Despejando la ecuación quedaría de la siguiente manera:

n :	Tamaño de la Muestra
N :	241 De acuerdo al panorama epidemiológico VIH-SIDA 2023 del IMSS OAAD Tabasco.
$Z\alpha$:	1.96
α :	0.5
e :	0.05

$$n = (3.8416 * 0.5 * 0.5 * 241) / (240 * .0025 + 3.8416 * .05 * .05)$$

$$n = (231.45) / 0.6 + 0.9604$$

$$n = 231.4564 / 1.56$$

$$n = 148.33$$

Entonces tenemos que n : 148.33

Por lo que se tomó una muestra de 148.33 personas para que sea representativa de la población total de estudio con un nivel de confianza del 95% .

Criterios de selección.

➤ **Criterios de inclusión:**

- ✓ Pacientes que viven con VIH/SIDA
- ✓ Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social
- ✓ Edad mayor a 18 años
- ✓ Acudan a la consulta externa .
- ✓ Sexo Masculino y Femenino

➤ **Criterios de exclusión**

- ✓ Que no cuente con vigencia de derechohabiencia al momento del estudio.
- ✓ Pacientes que no acepten participar en el estudio
- ✓ Pacientes con edad menor de 18 años.
- ✓ Pacientes con enfermedad concomitante crónica terminal.
- ✓ Pacientes que no sepan leer ni escribir.
- ✓ Presencia de embarazo.



Variables:

VARIABLE INDEPENDIENTE: Ideación Suicida, VIH/SIDA

VARIABLE DEPENDIENTE: Edad, sexo, lugar de residencia, estado civil, orientación sexual, nivel educativo, nivel socioeconómico, situación laboral, Aspectos psicoafectivos.

Operacionalización de las variables.

Variable	Escala	Definición conceptual	Definición operacional	Codificación	Estadístico
Ideación suicida	Cualitativa Politómica	Pensamientos o ideas de servirse como agente de la propia muerte, que expresa el deseo o la intención de morir, que puede variar en gravedad dependiendo de la especificidad del plan suicida y del grado de intención	Cualquiera de lo siguiente: ausencia de ideación suicida · ideación suicida leve · ideación suicida moderada · ideación suicida grave encontrados en el paciente.	1. Muy Alta 2. Alta 3. Moderada 4. Leve	Chi cuadrada Frecuencia y Porcentaje
VIH	Cualitativa Ordinal	Virus que causa el VIH al dañar el sistema inmunitario ataca las cd4. Sida es la enfermedad terminal del VIH	Aquella que presente dos resultados de pruebas de tamizaje de anticuerpos positivos	1. Presente 2. No Presente	Frecuencia y Porcentaje
Funcionalidad familiar	Cualitativa continua	Grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar, como son, adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos	La que se encuentre en la encuesta	1. Cohesión 2. Adaptabilidad	Chi Cuadrada Frecuencia y Porcentaje
Edad	Cuantitativa Continua	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Años de vida que tiene al momento de la aplicación de la encuesta.	Cantidad obtenida en la encuesta	Media, Mediana y Moda
Sexo	Cualitativa Dicotómica	En su definición estricta es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre.	Género que tiene al momento de la aplicación de la encuesta.	1. Femenino 2. Masculino	Frecuencia y Porcentaje
Lugar de residencia	Cualitativa Politómica	Tipo de agrupación de las viviendas o edificaciones localizadas en un término municipal o entidad de población.	Donde reside al momento de la encuesta.	Lugar donde reside	Frecuencia y Porcentaje
Estado civil	Cualitativa politómica	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Estado civil encontrado al momento de la encuesta	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre	Frecuencia y Porcentaje
Orientación sexual	Cualitativa Politómica	Tipo de atracción sexual que una persona siente según el sexo y género de la persona o personas por las que se siente atraída.	Lo encontrado al momento de la encuesta.	1. Heterosexual 2. Homosexual 3. Bisexual	Frecuencia y Porcentaje
Nivel educativo	Cualitativa Politómica	Es el nivel de educación más alto que una persona ha terminado.	Lo encontrado al momento de la encuesta.	1. Primaria secundaria preparatoria 2. Licenciatura 3. Técnica 4. Otro	Frecuencia y Porcentaje
Situación laboral	Cualitativa Dicotómica	Es el estado de una persona en relación con su trabajo	Laborando	1. Si 2. No	Frecuencia y Porcentaje



Técnica y procedimiento de la investigación.

Se realizará la recolección de datos únicamente cuando se haya autorizado el protocolo de investigación por el comité de bioética así como la autorización del Director de la unidad para hacer uso de los pacientes que se encuentran en la clínica de VIH y la información que se tiene que recolectar se realizará con un total de 91 pacientes los cuales cumplen con criterios de selección en el periodo de enero a diciembre del 2021 donde se procederá a localizar a los pacientes de manera aleatoria y se le realizara la entrevista presencial en los consultorios de la Unidad de Medicina Familiar en un horario de 7am a 8am donde se obtendrán las variables de edad, sexo, lugar de origen, estado civil, orientación sexual, nivel educativo, nivel socioeconómico, situación laboral y aspectos psicoafectivo este último se realiza con el inventario de depresión de Beck para ver el grado de depresión y la Escala FACES III para la funcionalidad familiar. Cada uno de los participantes se realizará un previo entrenamiento en el manejo de las pruebas. Antes de realizar la evaluación, se le solicitara a cada sujeto su consentimiento informado. El proceso de evaluación se realizará en un consultorio donde solamente estén el evaluador y el paciente, controlando así la confidencialidad, los resultados serán codificados por la paquetería Office Excel para su análisis estadístico y ser vaciado al SPSS.



INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Se utilizarán dos instrumentos, y una entrevista semiestructurada con las variables antes mencionadas. El primer instrumento que se utilizara fue el inventario de depresión de Beck (Beck Depresión Inventory) (BDI) (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979). Este consta igualmente, de 21 ítems que evalúan la intensidad del síndrome depresivo. En este se le pedirá al sujeto que marque la respuesta con la que identifica su situación durante la última semana, incluyendo el día de en qué se le aplicará el instrumento. El tiempo estimado para su aplicación es de 45 minutos; por supuesto, esto depende esencialmente de las condiciones orgánicas (físicas y fisiológicas) del sujeto, al momento de la evaluación. Para la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar, 3^o Versión (FACES III) de Olson, Portner y Lavee (1985) y Olson (1992), en la adaptación de Zamponi y Pereyra (1997) y Schmidt (2002, 2003; Leibovich y Schmidt, 2010). Consta de 40 ítems, cada uno con una escala Likert de cinco opciones (casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca), divididos en dos partes. La parte I, compuesta por 20 ítems y que evalúa el nivel de cohesión y flexibilidad de la familia tal como el sujeto la percibe en ese momento ("Familia Real"). Y la parte II, compuesta por 20 ítems que reflejan el nivel de cohesión y flexibilidad que al sujeto le gustaría que hubiese en su familia ("Familia Ideal"). Esta parte incluye los mismos ítems que primera, pero se modifica la consigna general.

Procesamiento y análisis de la información.

Los datos obtenidos se analizarán a partir de la evaluación. Se usará el paquete estadístico sistematizado SPSS, con base en pruebas de estadística no paramétrica.



ANÁLISIS DE DATOS:

Para efectuar el análisis de datos y el cálculo de los resultados estadísticos se utilizará el programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) en su versión más reciente. Para analizar las variables cualitativas se utilizarán frecuencias absolutas y relativas; para la cuantitativas con medias y desviación estándar. El inferencial se hará con Chi cuadrada, siendo $p < 0.5$ para significancia estadística.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



CONSIDERACIONES BIOÉTICAS:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, así mismo a la confidencialidad de sus datos y de la información recolectada ya sea de manera directa con el paciente o a través del documento médico legal que implica el expediente clínico, todo esto conforme al artículo 4to de la constitución política, vigente en nuestro país.

Existen lineamientos específicos para la confidencialidad y manejo de datos de determinadas enfermedades sobre todo, las de transmisión sexual, ya que conlleva responsabilidades, éticas morales y de salud, tanto para el personal médico, como para el paciente mismo, ya que bajo ningún precepto se puede publicar información personal y de salud, de cualquier sujeto de estudio, sin su previa autorización bajo escrito, así mismo como su participación en cualquier estudio.

Mantener la confidencialidad de los encuestados es una de los factores primordiales en la investigación, sobre todo tomando en cuenta las directrices que está tomando la mismas, es por ello que no se incluyó algún tipo de información que de forma directa o indirecta pudiera ser factor para identificar a los participantes del estudio, esto protegiendo la confidencialidad del mismo, establecido en la norma oficial mexicana vigente, de atención en servicios de salud y protección de datos del mismo. Como investigadores nos hacemos responsables del anonimato y confidencialidad de cada uno de los integrantes de la población de estudio. Los datos aquí recogidos no van a ser utilizados con otros fines que no sean los propios inherentes al estudio en cuestión. Todas las encuestas e instrumentos de recolección de datos están realizadas de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica, así como a La Ley General de Salud y la Norma Oficial Mexicana.

Además de todos los aspectos arriba señalados, en cuanto al cuidado que se tiene con la seguridad y bienestar de los pacientes se hace hincapié que se respetaron cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki y sus enmiendas.



En base a la normativa del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y de acuerdo a lo citado en el artículo 17, se tomaron las siguientes consideraciones y se realizaron las siguientes especificaciones:

Del tipo de Investigación: De acuerdo al tipo de riesgo, queda enmarcado en categoría II. La cual trata Investigación con riesgo mínimo: procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: colección de excretas y secreciones externas, extracción de sangre por punción venosa en adultos, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



RESULTADOS:

Se llevó a cabo el estudio en el cual participaron 148 pacientes con V.I.H. en la U.M.F. #39 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Tabasco se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, transversal, diseño no experimental y de tipo analítico. Se utilizaron tablas, cuadros y gráficas para visualizar los resultados, los cuales se presentan a continuación:

Se estudiaron diversas variables sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, nivel de estudio, ocupación.

En cuanto a la edad encontramos una media de 32.76, mediana 31.50 y moda de 29 con una desviación estándar de 9.9, valor mínimo de 18 y máximo de 61 años.

(TABLA 1)

Edad	
Media	32.76
Mediana	31.50
Moda	29
Desviación Estándar	9.914
Mínimo	18
Máximo	61

Fuente: Encuesta de Datos Sociodemográficos n= 148

Con respecto al sexo (biológico) de los participantes en el estudio, tenemos que 81.1% son hombres (120) agrupándose la mayoría de ellos en el grupo etario de 20 a 29 años (40% del total de hombres) y 18.9% mujeres (28) con una mayor frecuencia en el grupo etario de 30-39 años (46%) (TABLA 2, GRAFICO 1).

Grafico 1. Piramide poblacional de los pácientes con V.I.H. en la umf 39 (n:148)

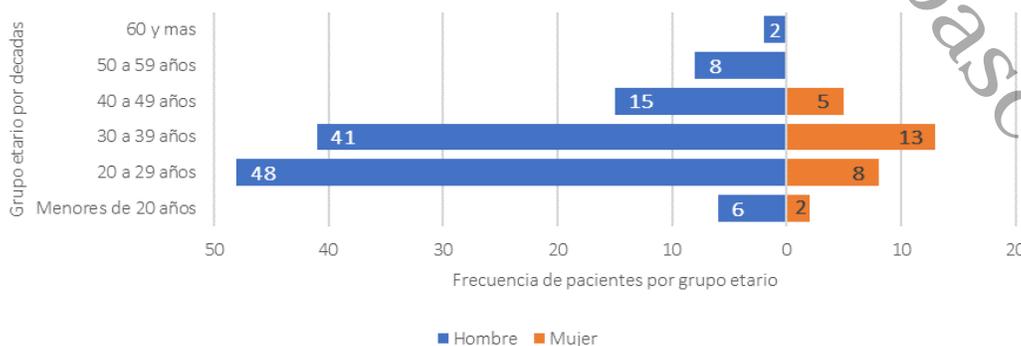




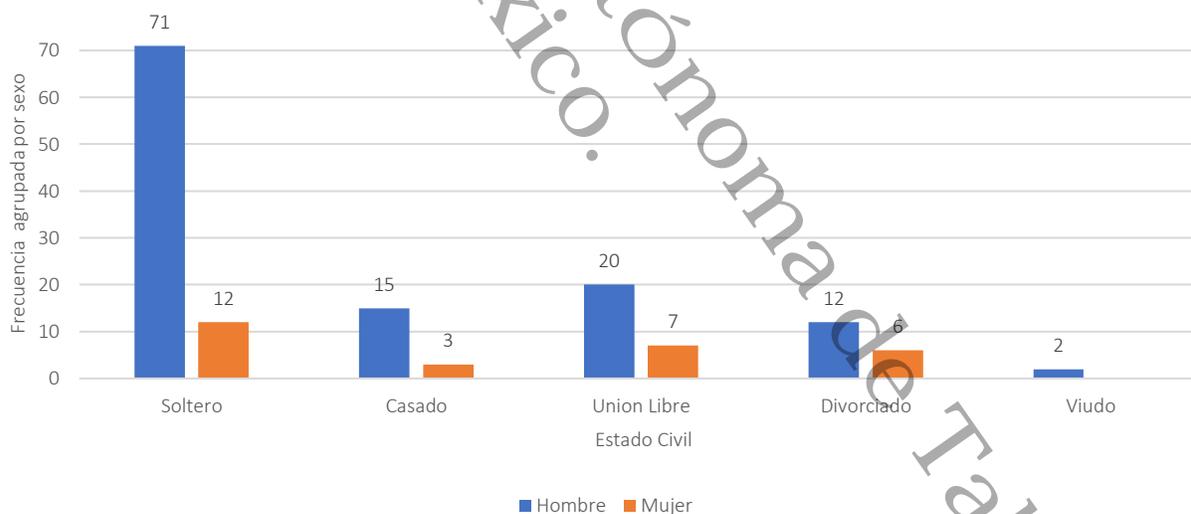
Tabla 2. Estadístico de la variable Sexo, Situación laboral y Orientación Sexual en pacientes con V.I.H. en la UMF 39

Variables analizadas / Descriptivos	Sexo		Situación laboral		Orientación sexual		
	Hombre	Mujer	Empleado	Desempleado	Heterosexual	Homosexual	Bisexual
Frecuencia	120	28	119	29	54	71	23
Porcentaje	81,1	18,9	80,4	19,6	36,5	48,0	15,5
Porcentaje acumulado	81,1	100,0	80,4	100,0	36,5	84,5	100,0

Fuente: Encuesta de Datos Sociodemográficos n= 148

Continuando con los estadísticos descriptivos se puede observar que el 80.4% de los pacientes cuentan con empleo al momento del estudio (119 pacientes), mientras 19.6% (29 pacientes) no cuentan con empleo, Con respecto a la orientación sexual de los pacientes participantes en el estudio, podemos encontrar que el 48 % se identifica como Homosexual, 36.5% como heterosexual y 15.5% como bisexual (TABLA 2).

Grafico 2. Estado civil de los pacientes con V.I.H. en la umf 39, agrupados por sexo (n:148)



La variable estado civil de los pacientes estudiados la podemos resumir en que 56.1% son solteros (71 hombres y 12 mujeres), 12.2% son casados (15 hombres y 3 mujeres), mismo porcentaje que los divorciados con una distribución por sexo diferente (12



hombres, 6 mujeres), 18.2% se consideran en unión libre (20 hombres y 7 mujeres), y 2 hombres los cuales son viudos representan el 1.4%. **(GRAFICO 2).**

Con respecto al nivel educativo máximo alcanzado por los pacientes estudiados, podemos encontrar que en orden de frecuencia; 39% cuentan con prepa completa (58 pacientes), 26% licenciatura completa (39 pacientes), 15% carrera técnica (22 pacientes) 14% secundaria (20 pacientes) y 6% solo cuentan con la educación primaria. **(GRAFICO 3),**

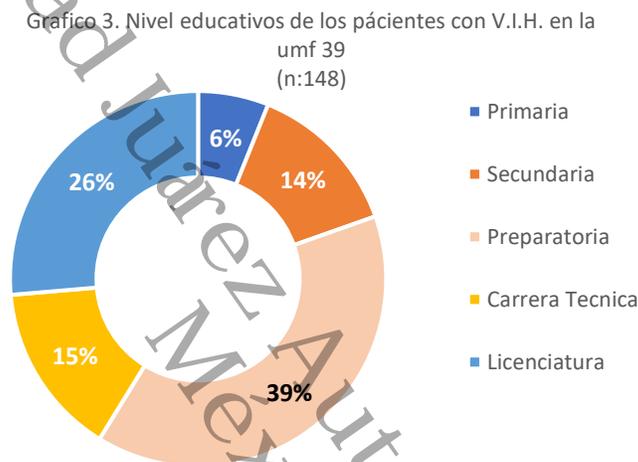


Tabla 3. Estadístico de la variable Funcionalidad familiar, en pacientes con V.I.H. en la UMF 39 (n:128)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Extrema	42	28,4	28,4
Rango Medio	70	47,3	75,7
Balanceada	36	24,3	100,0
Total	148	100,0	

Con respecto a la Funcionalidad Familiar encontramos que el grueso de la muestra estudiada considera que la funcionalidad familiar es de rango medio (47.3%), 28.4% considera que la Funcionalidad familiar es extrema, y el 24.3% que es una relación balanceada. **(TABLA 3)**



Tabla 4. Estadístico de la variable Ideación suicida en pacientes con V.I.H. en la UMF 39 (n:128)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy Leve Ideación	20	13,5	13,5	13,5
Moderada Ideación	55	37,2	37,2	50,7
Alta Ideación	53	35,8	35,8	86,5
Muy Alta Ideación	20	13,5	13,5	100,0
Total	148	100,0	100,0	

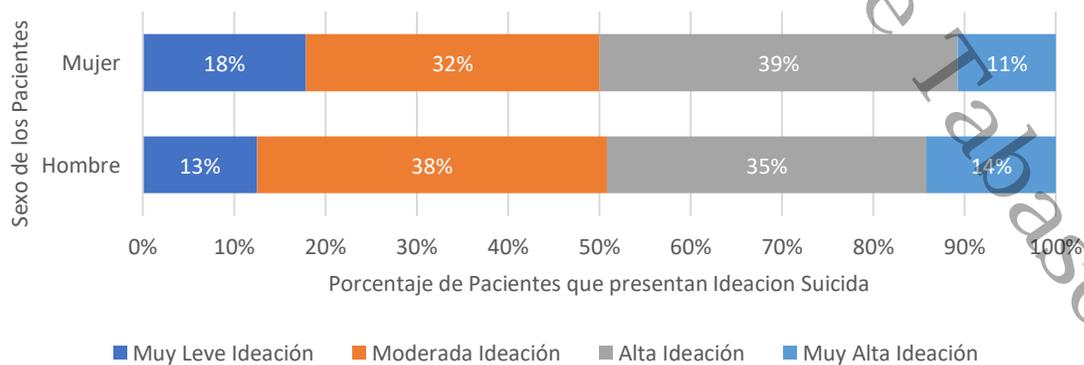
Sobre la ideación suicida podemos encontrar que el 49.3% presenta una ideación suicida alta o mayor (73 pacientes), 37.2% una ideación moderada y el 13.5% una ideación leve (**TABLA 4**).

ANÁLISIS BIVARIADO

Al estudiar las relaciones de nuestra variable de interés (ideación suicida), podemos encontrar que al analizarle con las demás variables podemos obtener los siguientes datos de interés:

Sexo: encontramos que con respecto a los porcentajes de ideación suicida estos son similares en ambos grupos (**GRAFICO 4**), sin embargo, podemos observar que el 85% de los que presentan ideación suicida muy alta son hombres (17 pacientes), pero esto puede ser confuso ya que la proporción de masculinidad es de 4.28 hombres por cada mujer dentro del estudio.

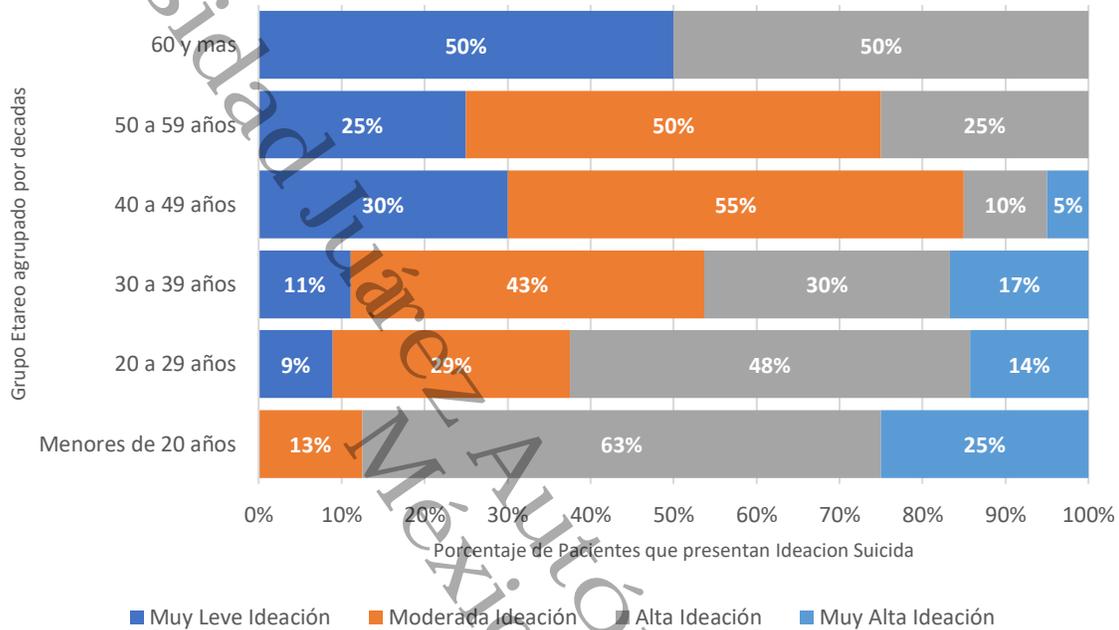
Gráfico 4. Ideación suicida en pacientes con V.I.H. en la UMF 39 agrupados por sexo biológico (n:128)





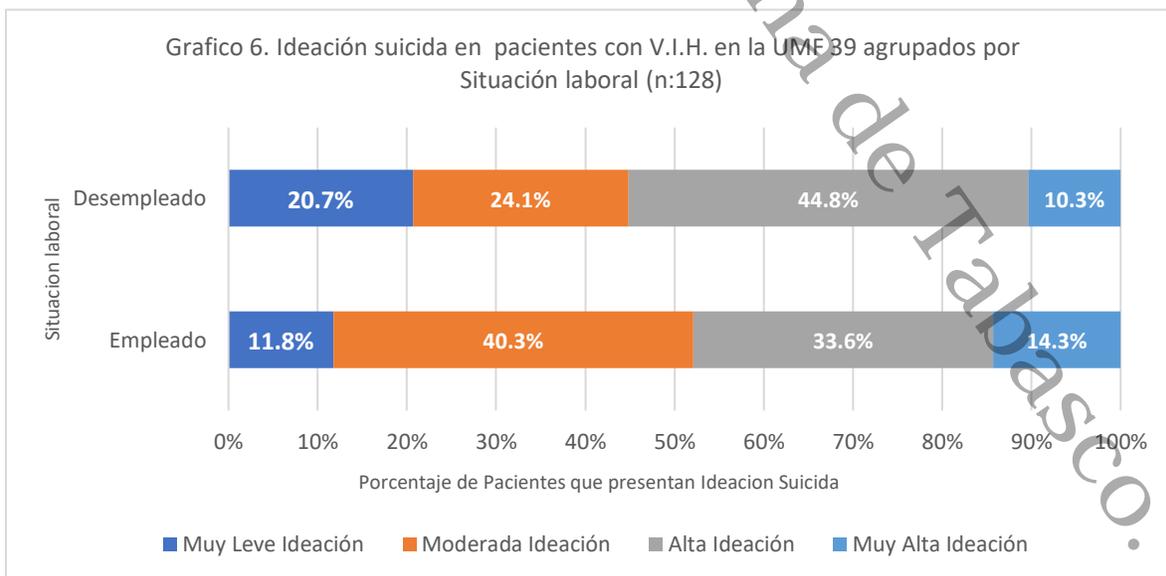
Edad: Podemos describir claramente que el grupo etario con un mayor porcentaje de ideación suicida muy alta es el de menores de 20 años (25%), seguido de un 17% (89 pacientes) del grupo de 30 a 39 años, 14% (8 pacientes) del grupo de 20 a 29 años y 5 % en el grupo de 40 a 49 años (1 paciente). **(GRAFICO 5).**

Grafico 5. Ideación suicida en pacientes con V.I.H. en la UMF 39 agrupados por edad (n:128)



Situación laboral: Es de notar que el 52.1 % de los pacientes empelados se encuentran

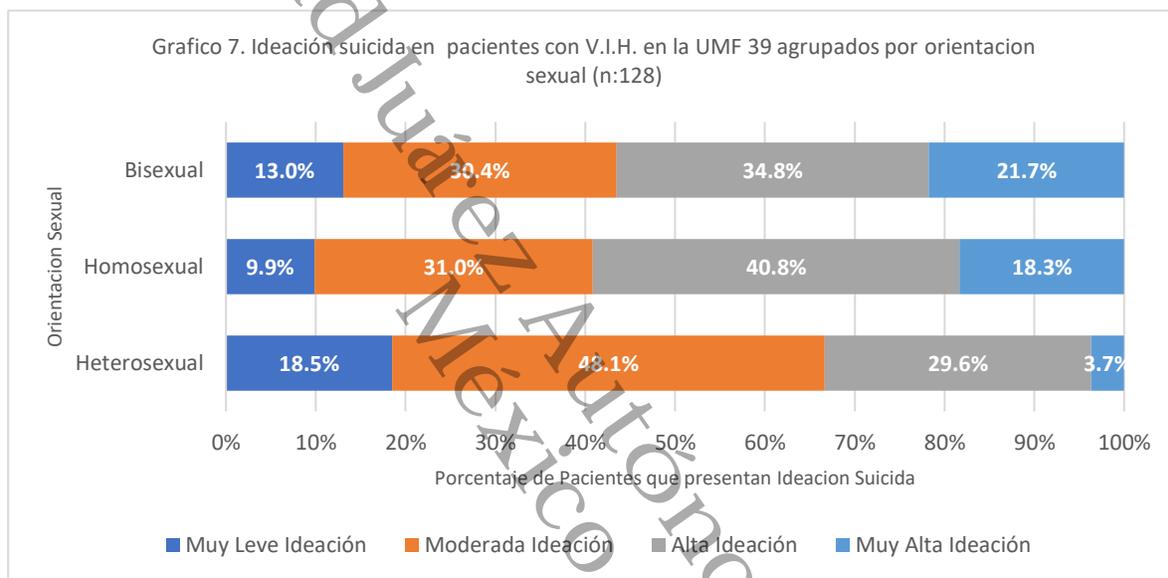
Grafico 6. Ideación suicida en pacientes con V.I.H. en la UMF 39 agrupados por Situación laboral (n:128)



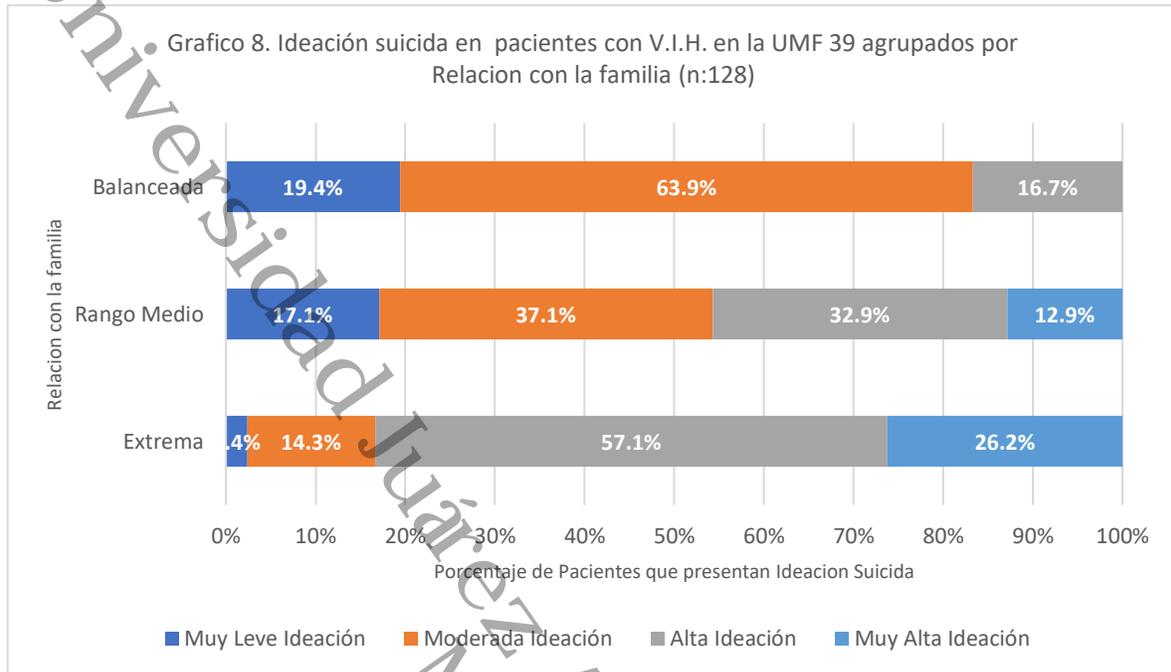


en un nivel de ideación suicida de Leve a moderado, en contraste con el 44.8% de los desempleados, sin embargo, el 14.3% de los pacientes empelados presentan ideación suicida muy alta, contra, el 10.3% de los pacientes desempleados.

Orientación Sexual: encontramos un fenómeno curioso respecto de la orientación sexual y este es que los grupos no heterosexuales (cis), tienen un mayor porcentaje de ideación suicida (21.7% en los bisexuales y 18.3% en los Homosexuales) con respecto a los Heterosexuales (cisi) que solo presentan 3.7% de su población con ideaciones suicidas muy altas. **(GRAFICO 7)**



Relación con la familia: esta variable constituye nuestro punto de interés para el estudio, la cual podemos describir como que las relaciones con la familia a rango balanceado no presentan Muy Alta Ideación suicida, mientras que el tipo de relación extrema es la que tiene más porcentaje con ideación suicida alta y muy alta (57.1% y 26.2% respectivamente), lo que nos orienta a pensar que en efecto la ideación suicida aparenta tener una relación con la funcionalidad familiar **(GRAFICO 8)**.



Al realizar el cruce de variables, obtuvimos una Chi cuadrada con un valor de 60.500 con una significancia de .000 por lo que podemos decir que la presencia de depresión sobre la funcionalidad familiar. (Tabla 9)

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	60,500a	9	,000
Razón de verosimilitud	65,035	9	,000
Asociación lineal por lineal	,178	1	,673
N de casos válidos	148		
a. 2 casillas (12.5%) han esperado un recuento menor que 5.			
b. El recuento mínimo esperado es 3.78.			

Tabla 9. Pruebas de estadísticas de severidad de ideación suicida y funcionalidad familiar. N=148



DISCUSIÓN:

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es una patología que codifica al sistema inmunológico afectado de manera mundial, que tiende a modificar el entorno social y mental del portador y su familia.

Cuando resulta tal enfermedad se perturba la estructura familiar y se sobrecarga la capacidad para reaccionar ante las necesidades que se presentan.

Los resultados de este estudio demostraron que gran parte de los pacientes que fueron incluidos en el estudio son portadores de VIH que en algún momento de su vida presentaron ideaciones suicidas, lo cual es congruente con el estudio realizado por Necho, M, Tsehay M, & Zenebe que estudiaron la ideación suicida, intento y sus factores en pacientes con VIH, siendo una revisión sistemática y un estudio de metanálisis, valorando la prevalencia en diferentes países como Etiopia, Nigeria, Uganda y Sudafrica siendo Etiopia con el 22% de ideación, el escaso apoyo social se encontraban entre los factores fuertemente asociados con la ideación y el intento de suicidio, Nuestra síntesis narrativa reveló que el ideación suicida y la funcionalidad familiar es un estigma percibido por los pacientes portados de VIH y. Se concluyo que la magnitud combinada de la ideación y el intento de suicidio fue alta y factores como etapas avanzadas del SIDA, depresión comórbida, estigma percibido y apoyo social deficiente se relacionaron con ella.

Otros estudios como el de Tsegay L & Ayano G. en su investigación mencionan que la ideación y el intento suicida son frecuentes en pacientes con VIH, de los 14 estudios participaron 4842 jovenes en el metaanálisis mas de uno de cada diez presentaban ideas suicidas, a comparación de nuestra investigación la ideación suicida muy alta representa el 25% de nuestra población siendo mas frecuente en los menores de 20 años en comparación con los pacientes de 30-39 años en un 14%, Asimismo, siendo mas frecuente en la población masculina.

Se publico otro estudio en China por Rui Luo en el que estudiaron los cambios predictores de la ideación suicida entre hombres de minorías sexuales con VIH fue un estudio longitudinal de mas de 5 años, donde se exploró si existian diferencias entre la ideación suicida en diferentes momentos entre hombres homosexuales que estudio las mismas variables de nuestra investigación, de los 197 hombres la prevalencia de



ideación suicida fue de 27.4% durante el primer año sin presentar diferencia significativa entre en quinto año y el inicio, si bien, nuestra investigación no fue longitudinal si comprobamos que existe relación entre el sexo y la orientación sexual de los portadores, siendo más frecuente la ideación suicida en pacientes homosexuales en un 21.7% a diferencia de los heterosexuales en un 3.7%.

Un ultimo estudio que evaluo el funcionamiento familiar e ideación suicida en estudiantes en el Salvador, evaluando a 438 estudiantes menores de edad, ambos sexos, mostraron que a nivel de funcionalidad familiar predomina el nivel de disfuncion familiar leve en un 34% de la muestra total, mientras que en nuestra investigación las familias extremas presentan disfuncion familiar en un 57.1% lo que nos orienta a pensar que en efecto la ideación suicida mantiene una relación con la funcionalidad familiar.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



CONCLUSIONES:

Hemos realizado la descripción de las variables para poder entender su relación entre ellas, por lo que ante la presencia de variables confesoras nos hace cuestionar de manera aparente a la orientación sexual como una variable de peso para determinar el nivel de ideación suicida en los pacientes con V.I.H., sin embargo, podemos apreciar en las gráficas de porcentajes comparativos, que “100%” de los pacientes con una muy alta ideación suicida presentaron relaciones familiares Extremas y de rango medio; y de alta ideación suicida 89% describieron relaciones familiares Extremas y de rango medio con tan solo 11% con una relación balanceada y se puede hacer notar de es directamente proporcional la ideación suicida a un tipo de relación familiar menos extrema.

Describiendo exclusivamente el nivel de ideación suicida alto y muy alto, podemos apreciar nuevamente que el 100% de ideación suicida muy alta se encuentra identificada en los pacientes con relaciones familiares extremas y rango medio sin diferencia significativa en los porcentajes sin importar su orientación sexual.

La ideación suicida representa un problema de salud mental que se encuentra actualmente aún en estudio, Bobes, Giner y Saiz (2011), nos dicen que en la toma de decisiones de una persona que se implica en una conducta suicida hay tres componentes básicos:

- A nivel emocional, un sufrimiento intenso;
- A nivel conductual, una carencia de recursos psicológicos para hacerle frente;
- A nivel cognitivo, una desesperanza profunda ante el futuro, acompañada de la percepción de la muerte como única salida.

De igual forma Echeburúa (2015), nos hace notar que; las personas adultas pueden experimentar una sensación de fracaso personal, laboral y familiar o un reproche social que les sume en una profunda desesperanza.

Es decir, los que intentan suicidarse no son cobardes ni valientes, sólo son personas que sufren, que están desbordadas por el sufrimiento y que no tienen la más mínima esperanza en el futuro.



Ante esas afirmaciones, es conveniente entonces, realizar más estudios en la población, al igual que un monitoreo de las familias de los pacientes con V.I.H ante los resultados encontrados, y a su vez considerar el acompañamiento psicológico integral del paciente y sus familias.

De igual forma es conveniente que iniciemos a estudiar los factores que protegen contra el suicidio dentro de la población de nuestro interés, y ampliar el estudio a otras unidades médicas, para realizar comparativa entre las poblaciones para y por el bien de los derechohabientes y su bienestar.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



RECOMENDACIONES:

Elija relaciones sexuales que sean menos riesgosas que las anales o vaginales. Hay entre poco y nada de riesgo de contraer el VIH a través de las relaciones sexuales orales.

No se puede contraer el VIH a través de las actividades sexuales que no involucran contacto con líquidos corporales (como el semen, las secreciones vaginales o la sangre).

Los condones son altamente eficaces para prevenir la infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), como gonorrea y clamidia.

Use lubricantes a base de agua o a base de silicona para ayudar a prevenir que los condones se rompan o se salgan durante las relaciones sexuales

La PrEP (profilaxis preexposición) son medicamentos que toman las personas que están en riesgo de contraer el VIH para prevenirlo.

No tener relaciones sexuales (que también se conoce como abstinencia sexual) es una forma 100 % eficaz de asegurarse de que no contraerá el VIH a través de las relaciones sexuales.

Si su pareja toma medicamentos para el VIH, y logra y mantiene una carga viral indetectable, usted no contraerá el VIH a través de las relaciones sexuales con ella.

Las personas con el VIH que mantienen una carga viral indetectable (o mantienen la supresión viral) pueden vivir muchos años y de manera saludable. La supresión viral se define como tener menos de 200 copias de VIH por mililitro de sangre.

La mayoría de las personas logran tener el virus bajo control dentro de un plazo de seis meses

La PEP debe comenzar a tomarse dentro de las 72 horas de una posible exposición al VIH



Cada 40 segundos muere una persona por suicidio en el mundo. El dato es especialmente dañino cuando sabemos que se trata de muertes evitables. Con esta idea central, es importante aportar herramientas que permitan conocer mejor las señales de alarma y qué cosas podemos hacer cada uno de nosotros si sospechamos que una persona tiene una ideación suicida.

- prevención de la conducta suicida
- Clima Familiar protector
- prevención de problemas mentales
- Educación y sensibilización del suicidio
- Detección de factores de riesgo
- Protocolos de actuación

Apoyar, querer y cuidar a los otros miembros de la familia; dar seguridad y un sentido de pertenencia; comunicación abierta; hacer que cada persona dentro de la familia se sienta importante, valorada, respetada y querida.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Zaldívar, D. F. (2017). Funcionamiento familiar saludable. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento_familiar.pdf
2. Pérez Cárdenas, Clara. (2019). Algunos problemas de salud de las familias, grupos y colectivos. *Psicología para América Latina*, (6) Recuperado em 23 de agosto de 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000200012&lng=pt&tlng=es.
3. Camacho, P., León, N., Cynthia, L., & Silva, M. (2009). Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes Family functioning according to the Olson Circumplex Model of Adolescent. *Rev enferm Herediana*, 2(2), 80-85.
4. Sigüenza, W. (2015). Funcionamiento familiar según el modelo circumplejo de Olson. Tesis previa a la obtención del título de Magister en psicoterapia del niño y la familia. <http://cort.as/-FDh5>
5. González, E., De La Cuesta, D., Louro, I., y Bayarre, H. (1997). Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *Ciencia CRGO SUH*, 4(1), 63-33.
6. Sanchez RIGLKCSSACG. Estructura familiar , ideación suicida y desesperanza en el adolescente. 2019;228–47.
7. Sánchez JC, Villarreal ME, Musitu G. Ideación Suicida. *Interv Psicoeduc en la desadaptación Soc IPSE-ds* [Internet]. 2012;(1):29–36. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3247531.pdf%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3247531>
8. Constanza S, Buitrago C, Alberto J, Parra C. Revisión Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes,. *Pediatría Atención Primaria*. 2018;20(80):387–97.
9. Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares 2018 España editorial Area de dirección de organizaciones sanitarias.



- Escuela nadalucia de salud pública, isbn 978-84-693-0493-8.
10. FAISEM, Guía para la elaboración del protocolo de intervención en crisis, urgencias y emergencias. En FAISEM. Plan de calidad 2006-2010. Sevilla: Junta de Andalucía, 2006 p+ag 127-129. http://www.faisem.es/ficheros/Plan_calidad.pdf
 11. OMS. Departamento de Salud mental y toxicomanías. Un instrumento para trabajadores de atención primaria GINEBRA, OMS, 2000 http://www.who.int/mental_health/media/en/59.pdf.
 12. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Plan de calidad para el sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guía de práctica clínica en el SNS: avalia: 2010/02. Actualización 2020.
 13. Hawton K, Van Heeringen K. Suicide. Lancet. 2009;373 (9672):1372-81.
 14. Abdelraheem M, McAloon J, Shand F. Mediating and moderating variables in the prediction of self-harm in young people: A systematic review of prospective longitudinal studies. J Affect Disord. 2019;246:14-28.
 15. Witt K, Milner A, Spittal MJ, Hetrick S, Robinson J, Pirkis J, et al. Population attributable risk of factors associated with the repetition of self-harm behaviour in young people presenting to clinical services: a systematic review and meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2019;28(1):5-18.
 16. Gili M, Castellvi P, Vives M, de la Torre-Luque A, Almenara J, Blasco MJ, et al. Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. J Affect Disord. 2019;245:152-62.
 17. Valencia-Agudo F, Burcher GC, Ezpeleta L, Kramer T. Nonsuicidal self-injury in community adolescents: A systematic review of prospective predictors, mediators and moderators. J Adolesc. 2018;65:25-38.
 18. Di Giacomo E, Krausz M, Colmegna F, Aspesi F, Clerici M. Estimating the Risk of Attempted Suicide among Sexual Minority Youths. JAMA Pediatrics. 2018;172(12):1145-52.
 19. Chiu H-Y, Lee H-C, Chen P-Y, Lai Y-F, Tu Y-K. Associations between sleep



- duration and suicidality in adolescents: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2018;42:119-26.
20. Quigley J, Rasmussen S, McAlaney J. The associations between children's and adolescents' suicidal and self-harming behaviors, and related behaviors within their social networks: A systematic review. *Arch Suicide Res.* 2017;21(2):185-236
21. Miranda-Mendizabal A, Castellvi P, Pares-Badell O, Almenara J, Alonso I, Blasco M, et al. Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: Systematic review and metaanalysis. *Br J Psychiatry.* 2017;211(2):77-87.
22. Chezan LC, Gable RA, McWhorter GZ, White SD. Current perspectives on interventions for selfinjurious behavior of children with autism spectrum disorder: A systematic review of the literature. *J Behav Educ.* 2017;26(3):293-329.
23. Castellvi P, Miranda-Mendizabal A, Pares-Badell O, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, et al. Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatr Scand* 2017;135(3):195-211.
24. Castellvi P, Lucas-Romero E, Miranda-Mendizabal A, Pares-Badell O, Almenara J, Alonso I, et al. Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *J Affect Disord.* 2017;215:37-48.
25. Marchant A, Hawton K, Stewart A, Montgomery P, Singaravelu V, Lloyd K, et al. A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PLoS ONE* Vol 12(8), 2017;12(8).
26. Lockwood J, Daley D, Townsend E, Sayal K. Impulsivity and self-harm in adolescence: A systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017;26(4):387-402.
27. Panagioti M, Gooding PA, Triantafyllou K, Tarrier N. Suicidality and posttraumatic stress disorder (PTSD) in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services.* 2015;50(4):525-37.
28. Bottino SM, Bottino CM, Regina CG, Correia AV, Ribeiro WS. Cyberbullying and



- adolescent mental health: systematic review. *Cadernos de Saude Publica*. 2015;31(3):463-75.
29. Serafini G, Muzio C, Piccinini G, Flouri E, Ferrigno G, Pompili M, et al. Life adversities and suicidal behavior in young individuals: A systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(12):1423-46.
30. Shireen F, Janapana H, Rehmatullah S, Temuri H, Azim F. Trauma experience of youngsters and Teens: A key issue in suicidal behavior among victims of bullying? *Pak J Med Sci*. 2014;30(1):206- 10.
31. Hannon G, Taylor EP. Suicidal behaviour in adolescents and young adults with ASD: Findings from a systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(8):1197-204.
32. Challis S, Nielssen O, Harris A, Large M. Systematic meta-analysis of the risk factors for deliberate self-harm before and after treatment for first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;127(6):442-54.
33. Pottie K, Dahal G, Georgiades K, Premji K, Hassan G. Do first generation immigrant adolescents face higher rates of bullying, violence and suicidal behaviours than do third generation and native born? *J Immigr Minor Health*. 2015;17(5):1557-66.
34. Manceaux P, Jacques D, Zdanowicz N. Hormonal and developmental influences on adolescent suicide: a systematic review. *Psychiatr Danub*. 2015;27 Suppl 1:S300-4.
35. Soole R, Kolves K, De Leo D. Suicide in children: A systematic review. *Arch Suicide Res*. 2015;19(3):285-304.
36. Shooshtari MH, Khanipour H. Comparison of self-harm and suicide attempt in adolescents: A systematic review. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014;20(1):3-13
37. Miller AB, Esposito-Smythers C, Weismoore JT, Renshaw KD. The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2013;16(2):146-72.
38. INEGI. COMUNICADO DE PRENSA NÚM . 422 / 20 08 DE SEPTIEMBRE DE 2020 ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL COMUNICADO DE



PRENSA NÚM . 422 / 20. 2020;

39. WHO. Suicidio [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 2]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
40. ONU. ONU México » Preocupa aumento de suicidios en infancias y adolescencias [Internet]. [cited 2021 Dec 2]. Available from: <https://www.onu.org.mx/preocupa-aumento-de-suicidios-en-infancias-y-adolescencias/>
41. Medina-Pérez, Óscar Adolfo , Cardona-Duque, Deisy Viviana , Herrera Castaño, Sandra Milena , Orozco Gómez, Paula Andrea , Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia, 2015. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2016;15(6):941-954. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180449695010>.
42. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) <https://mexico.unfpa.org/es/topics/vih-y-sida>.
43. Bravo-García E, Magis-Rodríguez C, Palacios-Martínez M, Guarneros-Soto N, Uribe-Zúñiga P. HIV mortality in sanitary districts of Mexico from 1990 to 2015. Salud Publica Mex. 2019;61:563-571. <https://doi.org/10.21149/10040>
44. Vidanapathirana J, Abramson MJ, Forbes A., Fairley C. Mass media interventions for promoting HIV testing. cochrane Database of Systematic Reviewa 2005, issue 3 art No. CD004775.
45. Prevención, diagnóstico y referencia oportuna del paciente con infección por VIH en el primer nivel de atención. Guía de evidencias y recomendaciones. Guía de práctica Clínica. México. CENETEC. 2017 fecha de consulta 2020 disponible: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/CatalogoMaestroGPC.html#>.
46. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. 2020. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Dirección General de Epidemiología. [ww.gob.mx/salud](http://www.gob.mx/salud). 37_Manual_VIH-SIDA_2020.pdfSalud<https://epidemiologia.salud.gob.mx>.
47. Luo, R., Silenzio, VMB, Huang, Y. et al. Los cambios y los predictores de la ideación suicida entre los hombres de minorías sexuales con VIH: un estudio longitudinal de cinco años de China. AIDS Behav 26 , 339–349 (2022).



<https://doi.org/10.1007/s10461-021-03387-6>.

48. Mandell, LN, Parrish, MS, Rodríguez, VJ *et al.* Presión arterial, depresión e ideación suicida entre mujeres embarazadas con VIH. *AIDS Behav* **26** , 1289–1298 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03486-4>.
49. Kalichman, S. C., Heckman, T., Kochman, A., Sikkema, K., & Bergholte, J. (2000). Depression and thoughts of suicide among middle-aged and older persons living with HIV-AIDS. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, *51*(7), 903–907. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.7.903>.
50. Picoy Calachihua, L. *Funcionalidad familiar e ideación suicida en pacientes diagnosticados con VIH de un hospital nacional–El Agustino. Lima, 2016.* Peru.
51. Simpson EG, Vannucci A, Ohannessian CMC. Family functioning and adolescent internalizing symptoms: A latent profile analysis. *J Adolesc.* 2018;64(September 2017):136–45.
52. Lebron CN, Lee TK, Park SE, St. George SM, Messiah SE, Prado G. Effects of parent-adolescent reported family functioning discrepancy on physical activity and diet among hispanic youth. *J Fam Psychol.* 2018;32(3):333–42.
53. Tsegay, L., & Ayano, G. (2020). The Prevalence of Suicidal Ideation and Attempt Among Young People with HIV/AIDS: a Systematic Review and Meta-Analysis. *The Psychiatric quarterly*, *91*(4), 1291–1304. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09851-1>
54. Necho, M., Tsehay, M. & Zenebe, Y. Suicidal ideation, attempt, and its associated factors among HIV/AIDS patients in Africa: a systematic review and meta-analysis study. *Int J Ment Health Syst* *15*, 13 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00437-3>.
55. Fortúnez, P.M., Cabello, E.C., Alemán, M.A., Serra, M.C., & Méndez, M.D. (2019). Ideación suicida y depresión en pacientes VIH+: Estudio transversal sobre prevalencia y factores de riesgo. Disponible en: <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/ideacion-suicida-y-depresion-en-pacientes-vih-estudio-transversal-sobre-prevalencia-y-factores-de-riesgo/>.



ANEXOS:



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**Carta de consentimiento informado para participación
en protocolos de investigación**

Nombre del estudio: IDEACIÓN SUICIDA Y SU RELACION CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LA UMF #39, IMSS, TABASCO.

Patrocinador externo (si aplica): Ninguno

Lugar y fecha: 46 IMSS, 2021-2022

Número de registro institucional:

Justificación y objetivo del estudio: El Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es una pandemia que está causando una creciente mortalidad y morbilidad en todo el mundo. La ideación suicida es un síntoma que aparece con relativa frecuencia entre los pacientes con infección por VIH a cualquier etapa de la enfermedad. Objetivo: Identificar la ideación suicida y la funcionalidad familiar en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana en el HGZ 46, IMSS, Tabasco.

Procedimientos: Se aplicaran encuestas de recolección de datos.

Posibles riesgos y molestias: Incomodidad al momento de responder ciertas preguntas

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Se propone brindar ayuda psicología o psiquiátrica e información de instituciones.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se proporcionará información actualizada sobre el tema, y estarán disponibles para su consulta, una vez finalizado el protocolo puede acercarse a los investigadores o en la coordinación de enseñanza / investigación de su unidad.

Participación o retiro: Usted puede participar o retirarse en el momento que lo desee sin repercusiones

Privacidad y confidencialidad: Los datos expuestos son de manera anónima así su privacidad y confidencialidad estará a salvo

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.
- Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: / Dr. José Manuel Wood Notario. Celular: 9931778173; Correo: joss.wood@hotmail.com

Colaboradores: Dra. Rita Josarit Ramírez Madrigal R2 Medicina Familiar..correo :teléfono

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en investigación del Hospital General de Zona no. 2. Calle Francisco Trujillo Gurría s/n, Colonia Pueblo Nuevo, Cárdenas, Tabasco. CP 86500. Correo electrónico: cei.27.001.20170221@gmail.com

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-014



ENCUESTA DE RECOLECCION DE DATOS

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION ESTATAL EN TABASCO**

**COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
 RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR**

“IDEACIÓN SUICIDA Y SU RELACION CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LA UMF #39, IMSS, TABASCO.”

Instrucciones: siéntase cómodo en cuanto a la confidencialidad de la siguiente encuesta, los datos que aquí se pongan y las respuestas a cada uno de los reactivos permanecerán de manera anónima, respetando su integridad y sus datos personales. Conteste de manera clara cada una de las preguntas, se llega a tener dudas con toda confianza pregunte al encuestador.

FOLIO: _____

FECHA: _____

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

GENERO:	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
ESCOLARIDAD:	<input type="checkbox"/> ANALFABETA <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> BACHILLERATO <input type="checkbox"/> TECNICO <input type="checkbox"/> LICENCIATURA <input type="checkbox"/> POSGRADO	OCUPACION:	<input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> CAMPESINO <input type="checkbox"/> OBRERO <input type="checkbox"/> TECNICO <input type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> PROFESIONISTA
ESTADO CIVIL:	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO	NUMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA MISMA CASA:	<input style="width: 100%;" type="text"/>



“IDEACIÓN SUICIDA Y SU RELACION CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LA UMF #39, IMSS, TABASCO.”

Instrucciones: siéntase cómodo en cuanto a la confidencialidad de la siguiente encuesta, los datos que aquí se pongan y las respuestas a cada uno de los reactivos permanecerán de manera anónima, respetando su integridad y sus datos personales. Conteste de manera clara cada una de las preguntas, se llega a tener dudas con toda confianza pregunte al encuestador.

FACES III

Nº	Pregunta	Casi Nunca o Nunca	De vez en cuando	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre o Siempre
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia.					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11	Nos sentimos muy unidos.					
12	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente.					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en la familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					



“IDEACIÓN SUICIDA Y SU RELACION CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LA UMF #39, IMSS, TABASCO.”

Instrucciones: siéntase cómodo en cuanto a la confidencialidad de la siguiente encuesta, los datos que aquí se pongan y las respuestas a cada uno de los reactivos permanecerán de manera anónima, respetando su integridad y sus datos personales. Conteste de manera clara cada una de las preguntas, se llega a tener dudas con toda confianza pregunte al encuestador.

IDEACION SUICIDA

I. CIRCUNSTANCIAS OBJETIVAS	II. AUTOINFORME
<p>1. Aislamiento. 0) <i>Alguien presente</i> 1) <i>Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p ej teléfono)</i> 2) <i>Nadie cerca o en contacto</i></p> <p>2. Medición del tiempo 0) La intervención es muy probable 1) La intervención es poco probable 2) La intervención es altamente improbable</p> <p>3. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas 0) Ninguna 1) Toma precauciones pasivas (p ej evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar etc) 2) Toma precauciones activas (por ej cerrando la puerta etc)</p> <p>4. Actuación para conseguir ayuda durante después del intento 0) Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1) Colaborador potencial contactado, pero no específicamente avisado 2) No contactó, ni aviso a nadie</p> <p>5. Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro) 0) Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1) Colaborador potencial contactado, pero no específicamente avisado 2) No contactó, ni aviso a nadie</p> <p>6. Preparación activa del intento 0) Ninguno 1) Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa 2) No contactó, ni avisó a nadie</p> <p>7. Nota suicida 0) Ninguna 1) Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2) Presencia de nota</p> <p>8. Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas) 0) No comunicación verbal 1) Comunicación ambigua (p ej. estoy cansado de la vida, pienso que están mejor sin mi, nada tiene objeto) 2) Comunicación no ambigua (p ej quiero morir, siento como si quisiera matarme, tomar pastillas)</p>	<p>9. Propósito supuesto de intento 0) Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza 1) Componentes de 0 y 2 2) Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas</p> <p>10. Excepciones sobre la probabilidad de muerte 0) Pensó que era improbable 1) Posible pero no probable 2) Probable o cierta</p> <p>11. Concepción de la letalidad del método 0) Hizo menos de lo que pensaba que sería letal 1) No estaba seguro si lo que hacía era letal 2) Igual o excedió lo que pensaba que sería mortal</p> <p>12. Seriedad del intento 0) No intentó seriamente poner fin a su vida 1) Inseguro 2) Intentó seriamente poner fin a su vida</p> <p>13- Actitud hacia el vivir/morir 0. No quería morir 1. Componentes de 0 y 2 2. Quería morir</p> <p>14- Concepción de la capacidad de salvamento médico 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica 2. Seguro de morir, aunque recibiese atención médica</p> <p>15- Grado de premeditación 0. Ninguno, impulsivo 1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento</p> <p>16- Reacción frente al intento 0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza 1. Acepta tanto el intento como su fracaso 2. Rechaza el fracaso del intento</p> <p>17- Preconcepciones de la muerte 0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas 2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte</p> <p>18- Número de intentos de suicidio previos 0. Ninguno 1. 1 o 2 2. 3 o más</p> <p>19- Relación entre ingesta de alcohol e intento 0. Alguna ingesta previa, pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad</p>



1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

20-Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos, cuando no el método utilizado para el intento.

0. Alguna ingesta previa, pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad

1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

