



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud

Doctorado en Ciencias Campo del Conocimiento de las Ciencias Sociomédicas

Campo Disciplinario en Gestión y Políticas de Salud

Facultad de Medicina

Barreras para la atención de las conductas suicidas en Ciudad de México: experiencias del personal de salud del primer nivel de atención

Tesis

Que para optar por el grado de

Doctora en Ciencias

Presenta:

Lourdes Gómez García

BITUTORAS

Dra. Marcela Agudelo Botero

Universidad Nacional Autónoma de México
Centro de Investigación en Políticas, Población y
Salud. Facultad de Medicina

Dra. María de la Luz Arenas Monreal

Instituto Nacional de Salud Pública
Centro de Investigación en Sistemas de Salud

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

Dr. Mario Rojas Russell

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Dra. María del Rosario Valdez Santiago

Instituto Nacional de Salud Pública
Centro de Investigación en Sistemas de Salud

Ciudad Universitaria, Cd- Mx., febrero, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. ANTECEDENTES	6
2.1 CONDUCTA SUICIDA: SITUACIÓN MUNDIAL.....	6
2.2 CONDUCTA SUICIDA EN MÉXICO	11
2.2.1 Conducta suicida en la Ciudad de México	18
2.3 POLÍTICAS, PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL SUICIDIO.....	24
2.4.1 Barreras para la atención del intento de suicidio desde el punto de vista de los usuarios.	32
2.4.2 Barreras estructurales para la atención de la conducta suicida.....	33
2.4.3 Barreras para la atención de la conducta suicida desde la perspectiva del personal de salud.....	34
2.4.4 Barreras para la atención de la salud mental y las conductas suicidas en el contexto mexicano	35
3. MARCO CONCEPTUAL	37
3.1 CONDUCTA SUICIDA Y LESIONES AUTOINFLIGIDAS	37
3.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE LA SALUD.....	39
3.2.1 Dimensiones para el análisis del proceso de atención de la salud	40
3.2.1.1 Estructura normativa y legislativa	41
3.2.1.2 Organización de los servicios	42
3.2.1.3 Proveedores de servicios de salud.....	43
3.2.1.4 Discurso médico	44
3.2.1.5 Discurso de la salud pública	45
3.2.2 Barreras en el proceso de atención de la salud	45
4. METODOLOGÍA	48
4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	48
4.2 OBJETIVO GENERAL.....	49
4.3 SUPUESTOS TEÓRICOS.....	49
4.4 JUSTIFICACIÓN	49
4.5 MATERIAL Y MÉTODO	50
4.5.1 Reflexibilidad y equipo de investigación.....	50
4.5.2 Diseño de estudio	50
4.5.3 Población de estudio.....	51
4.5.4 Descripción de la muestra	51
4.6 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	51
4.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	53
5.1 CONTEXTO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO	55
5.1.1 Características de las unidades de salud mental	55
5.1.2 Características de la población de estudio	55
5.1.3 Características de la población usuaria desde la perspectiva del personal de salud	56

5.2 ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	56
5.2.1 Estrategias y programas relacionados con las conductas suicidas	56
5.2.2 Colaboración intersectorial	57
5.2.3 Capacitación del personal de salud	57
5.2.4 Capacitación y difusión de información a pacientes y familiares	58
5.2.5 Actividades extramuros	58
5.2.6 Disponibilidad de recursos humanos y materiales en las unidades de salud para la atención de las conductas suicidas.....	59
5.2.7 Coordinación del personal de salud en la atención de las conductas suicidas	59
5.3 PROCESO DE ATENCIÓN A LAS CONDUCTAS SUICIDAS	59
5.3.1 Contacto de los pacientes con los servicios de salud.....	60
5.3.2 Atención a las conductas suicidas	61
5.3.3 Referencia y contra-referencia	62
5.3.4 Seguimiento de pacientes.....	62
5.4 BARRERAS PARA LA ATENCIÓN	63
5.4.1 Lineamientos para la atención de las conductas suicidas	63
5.4.2 Operatividad de los servicios de salud mental	64
5.4.3 Disponibilidad de recursos materiales y humanos	66
5.4.4 Experiencias de los proveedores de servicios alrededor de las conductas suicidas	67
5.5 ÁREAS DE OPORTUNIDAD A LA ATENCIÓN DE CONDUCTAS SUICIDAS.....	68
6. DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	70
6.1 LIMITACIONES	73
6.2 CONCLUSIÓN	75
6.3 RECOMENDACIONES	75
7. REFERENCIAS.....	77
8. ANEXOS	88
8.1 Guía de entrevista	88
8.2 Cédula de datos sociodemográficos	91
8.3 Carta de consentimiento informado.....	92
8.4 Carta de revocación del consentimiento	95
8.5 Aprobación del Comité de Ética e Investigación	96
8.6 Definición de temas y familias de códigos para el estudio de barreras para la atención al intento de suicidio en México	97
8.7 Artículo: Barreras para la atención de las conductas suicidas en Ciudad de México: experiencias del personal de salud en el primer nivel de atención	100

AGRADECIMIENTOS

A mis bitutoras, Dra. Marcela Agudelo y Dra. Luz Arenas por su ayuda, paciencia y dedicación.

A los miembros del comité tutor, Dra. Rosario Valdez y Dr. Mario Rojas por el tiempo dedicado y los conocimientos brindados.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por el financiamiento al presente trabajo a través del programa de Becas Nacionales (# 480539).

Al Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, de la Facultad de Medicina de la UNAM; en especial a la Dra. Teresa Imelda Fortoul van der Goes, coordinadora del posgrado, por el apoyo para realizar mis estudios doctorales.

A todas las personas que me apoyaron e hicieron posible que este trabajo se realice con éxito, en especial a la Dra. Beatriz Paulina Vázquez, la Dra, Claudia Iveth Astudillo, al Dr. Rogelio Gallegos, al Dr. Hugo Trejo, al Dr. Héctor Rodríguez y a la Dra. Mariela Calzado, por las facilidades prestadas para el levantamiento de información.

A las y los profesionales que accedieron a compartir su experiencia; sin su participación, este estudio no habría sido posible.

A mis docentes y compañeros de posgrado, por su guía y apoyo durante mis estudios.

A mi familia y amigos por acompañarme en este proceso .

RESUMEN

Objetivo: Identificar las barreras que existen para la atención de las conductas suicidas, desde la perspectiva de los profesionales de la salud mental del primer nivel de atención de la Ciudad de México.

Método: Estudio cualitativo exploratorio, basado en 35 entrevistas semiestructuradas, dirigidas a personal de salud de dos unidades de salud mental de referencia nacional. El análisis de la información se hizo mediante el *Framework Analysis*.

Resultados: Los participantes consideraron que las conductas suicidas no han sido definidas como una prioridad dentro de los trastornos de salud mental. La ausencia de políticas públicas, la sobrecarga de trabajo, la falta de seguimiento a los pacientes, entre otras, fueron identificadas como barreras para una atención adecuada y oportuna por parte de los profesionales de la salud.

Conclusiones: Los programas de prevención de las conductas suicidas deben tomar en cuenta las limitaciones estructurales del entorno y las características de los servicios de salud, así como las necesidades de las personas prestadoras de servicios de salud. Se requiere ampliar el entrenamiento profesional y mejorar el sistema de referencia y contra-referencia entre los distintos niveles de atención.

Palabras clave: acceso a los servicios de salud, primer nivel de atención, proveedores de servicios de salud, salud mental, suicidios, Ciudad de México.

1. INTRODUCCIÓN

Las conductas suicidas comprenden las acciones que resultan en potencial daño hacia uno mismo, o lesiones auto infligidas con el fin de quitarse la vida; incluyen la ideación, planeación e intento suicida.¹ En los últimos años, las muertes por suicidio se han concentrado en países de medianos y bajos ingresos. En México, el suicidio es una de las principales causas de muerte de la población adulta y joven.² En estudios previos se han documentado factores de riesgo para presentar conductas suicidas en la población mexicana, como el consumo de sustancias, ser víctima de violencia, depresión y trastornos de la conducta.³

Las conductas suicidas no son únicamente un problema social, también involucra a los servicios de salud. Algunas de las barreras más frecuentes son la deficiente rectoría en salud mental, la falta de una estrategia nacional, el escaso presupuesto y la ausencia de sistematización para la detección y tratamiento de las conductas suicidas. Asimismo, se ha evidenciado que la mayoría de los intentos de suicidio ocurre antes de contactar con algún proveedor de servicios de salud. En México, además se ha documentado una baja utilización de los servicios de salud para la atención de la conducta suicida. De ahí que, los profesionales de la salud en el primer nivel de atención son actores clave para efectuar estrategias de promoción, prevención y tratamiento de las conductas suicidas.

Aunque en México las conductas suicidas se han estudiado ampliamente, principalmente desde un punto de vista epidemiológico, pocos estudios se han centrado en conocer el rol de los servicios de salud en el abordaje del suicidio y, en particular, sobre los obstáculos que enfrenta el personal de salud para la atención del suicidio. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue identificar las barreras para la atención de las conductas suicidas, desde la perspectiva del personal de salud mental del primer nivel de atención de la Ciudad de México.

El presente trabajo se divide en cinco secciones. En la sección 2 se presenta el panorama epidemiológico y de la atención de las conductas suicidas, haciendo énfasis en los estudios con objetivos o resultados similares al propósito planteado. El capítulo “Marco conceptual” inicia con un resumen de las ideas principales para la definición de las conductas suicidas, diferenciándolas de las conductas autolesivas, o aquellas que las personas se infringen sin la intención de quitarse la vida. También se presenta una discusión teórica sobre el proceso

de atención de la salud, entendido como el curso de acciones que realizan, tanto los prestadores de servicios como los usuarios, para resolver una necesidad en salud. El análisis de este proceso permite identificar las barreras o los obstáculos que se presentan para resolver el evento de salud.

En la sección 4 se muestran los lineamientos metodológicos que orientaron este trabajo. Para recuperar las experiencias del personal de salud se propuso un estudio cualitativo exploratorio, basado en entrevistas semi-estructuradas a profesionales de la salud, adscritos a dos unidades de primer nivel de atención en la Ciudad de México. Para en análisis de información, se realizó un análisis temático empleando el *framework analysis*.

En la sección 5 se muestran los hallazgos obtenidos a partir del análisis de entrevistas, con base en el marco teórico desarrollado en la sección 3. Los resultados se presentan comenzando por una descripción sociodemográfica de los participantes. A partir de las entrevistas, fue posible reconstruir el proceso de atención, así como las barreras en dicho proceso, que se ordenaron en cuatro temas: a) Lineamientos para la atención de las conductas suicidas; b) Operatividad de los servicios de salud mental; c) Disponibilidad de recursos materiales y humanos; y d) Experiencias de proveedores de servicios alrededor de las conductas suicidas.

Finalmente, se presenta la discusión de los hallazgos, así como las principales conclusiones que se derivan de dicho análisis. Esta información busca retroalimentar los esfuerzos para la prevención del suicidio y abonar al diálogo de oportunidades de investigación en salud mental.

2. ANTECEDENTES

2.1 CONDUCTA SUICIDA: SITUACIÓN MUNDIAL

Para los fines del presente trabajo, se considera al *suicidio* como el acto de matarse deliberadamente. Por *intento de suicidio*, se entienden las acciones suicidas que no causan la muerte, y comprenden la intoxicación o lesiones autoinflingidas que pueden tener la intención de quitarse la vida. Ambos términos se incluyen en las *conductas suicidas*, es decir, las acciones que tienen como fin quitarse la vida; comprenden el pensar, el planificar, intentar y cometer el suicidio.⁴ Debido a los retos metodológicos que implica la medición de

la planeación suicida, cuando se mencione a las conductas suicidas a lo largo de este texto, se referirá al conjunto de ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumado.

Con base en información de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2019 alrededor de 703,000 personas murieron por suicidio en el mundo; y es la cuarta causa de muerte en población joven. La tasa de mortalidad global estandarizada por edad para esta causa de muerte se estimó en 9 muertes por cada 100,000 habitantes para este mismo año.⁵ Además, se estima que 2.18% de los años de vida perdidos por muerte prematura en el mundo se deben a las lesiones autoinfligidas.⁶ Por sexo, en 2019 las tasas de mortalidad a nivel mundial fueron de 12.6 muertes por cada 100,000 habitantes para los hombres y de 5.4 por cada 100,000 habitantes para las mujeres.⁵ Se ha documentado que la tasa de mortalidad por suicidios en hombres es hasta 3.5 veces mayor que la tasa de mortalidad en mujeres.⁷ Con respecto a la edad, las tasas más elevadas a nivel mundial se encontraron en personas de 70 años o más.⁴

A nivel regional se han observado diferencias en las tasas de mortalidad por suicidio. En 2019, alrededor del 77% de las muertes por suicidio se concentraron en países de ingresos medios y bajos, aunque la mayor tasa de mortalidad se observó en países de ingresos altos, con 10.9 muertes por cada 100,000 habitantes.⁵ También existen diferencias en la carga de mortalidad entre las regiones; aunque se ha observado un descenso en la mortalidad en el mundo desde el 2013, la región de las Américas se observó un incremento de 8.2 a 9 muertes por cada 100,000 habitantes de 2013 a 2019 respectivamente.⁵

Los métodos más comúnmente utilizados para el suicidio, en países de ingresos altos, fueron el ahorcamiento y las armas de fuego. En los países de ingresos altos de las Américas, las armas de fuego se usaron en 46% de los suicidios. En los países de ingresos medios y bajos, principalmente en aquellos donde hay una proporción alta de población rural que se dedica a la agricultura, alrededor de 30% de los suicidios se debieron a la ingesta de plaguicidas.⁴

El estudio del suicidio es complejo. Existe una gran cantidad de análisis que, desde distintas perspectivas metodológicas y disciplinarias, abordan las circunstancias y aspectos relacionados con el fenómeno.⁸ En el Cuadro 1 se enlistan algunos de los factores que pueden contribuir a la aparición de comportamientos suicidas, y otros que pueden reducir

la vulnerabilidad de las personas.^{4,9} Dicha información es esencial para plantear e identificar las intervenciones necesarias de acuerdo al contexto.⁹

Cuadro 1. Factores asociados con la conducta suicida (listado no exhaustivo)

Factores de riesgo	Individuales	<ul style="list-style-type: none"> • Intentos previos • Trastornos mentales • Abuso de alcohol o sustancias • Desesperanza/desesperación • Sensación de aislamiento • Falta de redes de apoyo • Tendencias agresivas • Impulsividad • Antecedentes traumáticos o de abuso • Desórdenes emocionales • Enfermedades crónicas agudas, incluido dolor crónico • Antecedentes familiares de suicidio • Factores neurobiológicos
	Socio-culturales	<ul style="list-style-type: none"> • Estigma asociado con la búsqueda de atención • Barreras de acceso a la atención de la salud mental y al tratamiento de abuso de sustancias • Creencias religiosas y connotaciones culturales • Exposición a comportamientos suicidas, incluidos los medios de comunicación y la influencia de pares que han muerto por suicidio
	Situacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdidas financieras o laborales • Pérdidas personales • Acceso a medios letales • Grupos suicidas locales con influencia • Eventos vitales estresantes
Factores protectores	<ul style="list-style-type: none"> • Lazos familiares y apoyo comunitario • Habilidades para la resolución del conflicto y manejo no violento de disputas • Creencias personales, sociales, culturales y religiosas que desincentivan el suicidio y promueven el auto cuidado • Restricción a los mecanismos de suicidio • Búsqueda de ayuda y acceso a atención a la salud mental y física 	

Fuente: Elaboración propia con información de World Health Organization. *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Geneva, Switzerland: WHO;2012.

Además de la carga de la mortalidad, existe un gran número de personas que sobreviven a las autolesiones. Se estima que por cada adulto que se suicida, 20 más han presentado al menos un intento de suicidio. Estudios previos han mostrado que las mujeres experimentan mayor ideación suicida e intentos de suicidio en comparación con los hombres.¹⁰ Los medios utilizados más frecuentemente son los medicamentos o productos químicos.¹¹

Con el fin de diseñar y evaluar estrategias de prevención, es necesario contar con información sobre la prevalencia y las características sociodemográficas de las personas con conducta suicida. Para las estimaciones de ideación e intento suicida, las principales

fuentes de información son el autoreporte y los registros hospitalarios. Estas fuentes de información presentan limitaciones. Por un lado, el autoreporte depende de la voluntad de los participantes de compartir tales experiencias y, según la temporalidad del estudio, puede presentar un sesgo de memoria. Los datos más precisos se obtienen mediante encuestas poblacionales que recuperan la presencia de conductas suicidas en el año previo. Los registros hospitalarios también presentan limitaciones, ya que podrían no diferenciar a las personas con múltiples intentos de suicidio en un año, o aquellos que no requirieron hospitalización.⁴

Ante los retos que presenta el recopilar información sobre las conductas suicidas, son pocos los países que cuentan con estimaciones nacionales. Por esta razón, en la literatura científica es común encontrar estimaciones en poblaciones específicas, como población indígena¹², pacientes con padecimientos como VIH¹³ o enfermedades mentales.^{14,15} Estos estudios se han desarrollado, principalmente, en países de ingresos altos.

Por medio de una encuesta de la OMS realizada con adultos de 17 países, se estimó una prevalencia global de 3.1% para planeación, 9.2% para ideación y 2.7% para intento de suicidio. Las estimaciones de conductas suicidas fueron similares para países de ingresos altos y países de ingresos medios y altos. El riesgo para la aparición de las conductas suicidas se asoció significativamente con ser mujer, tener entre 18 y 34 años, tener menos años de escolaridad, y antes de haber estado casado alguna vez en la vida.¹⁶

En Estados Unidos, un estudio que comprende el análisis de los resultados de una encuesta bianual dirigida a jóvenes, se encontró que, entre 1991 y 2019, la prevalencia de ideación suicida en adolescentes se redujo de 19.4% a 15.8% respectivamente, mientras que la prevalencia de intentos suicidas aumentó de 7.3% a 8.9% para los mismos años.¹⁷ En este mismo periodo, la prevalencia de conductas suicidas en mayores de 18 años, se estimó en 4.3% para ideación, 1.3% para planeación y 0.6% para intento suicida.¹⁸

En una encuesta dirigida a mayores de 18 años en el Líbano, se encontró una prevalencia de 28.9% para ideación suicida y el 25.5% de intento de suicidio en la semana previa a la encuesta.¹⁹ En Malawi, una encuesta a población entre 18 y 69 años, se encontró una prevalencia de 7.2% para ideación, 3.9% para planeación y de 0.4% para intento suicida en el año previo.²⁰ En Taiwan, entre 2003 y 2005, la prevalencia de ideación, planeación e intento suicida alguna vez en la vida fue de 7.52%, 1.31% y 1.29% respectivamente.²¹

Para el 2015 en Colombia, a través de una encuesta nacional con población adulta, se estimó una prevalencia de pensamiento suicida del 6.6% (IC 95%: 5.8-7.4), de planeación suicida del 2.4% (IC 95%:1.9-3.0), y de intento de suicidio de 2.6% (IC 95%: 2.1-3.1). El intento de suicidio fue más frecuente en mujeres, en población con baja escolaridad y adultos jóvenes. La ideación suicida fue más frecuente en población con baja escolaridad o con pareja.²² En Argentina, mediante una encuesta sobre comportamientos de riesgo en adolescentes, se encontró una prevalencia de ideación suicida de 14% en 2007 que se redujo un 0.2 puntos porcentuales para 2018, quedando en 13.8%. La planeación suicida tuvo una reducción similar, pasando de 11.2% a 11% en los mismos años.²³

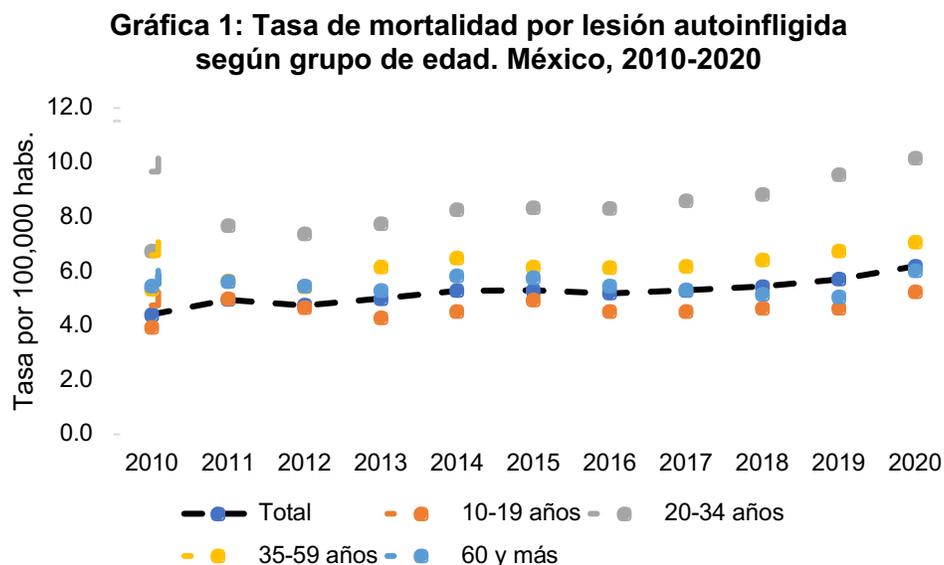
También se han documentado los factores asociados con las conductas suicidas, los cuales difieren según el grupo etario que se considere. En general, el nivel educativo, trastornos mentales como el desorden de personalidad antisocial, ansiedad, depresión, historial de conductas violentas,²⁴ acoso escolar, acoso cibernético, uso de sustancias ilícitas,²⁵ no contar con cuidadores, y tener limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria²⁶ son factores que incrementaron el riesgo de intentar suicidarse. Entre las variables que contrarrestan o protegen contra factores de riesgo se encuentran el apoyo familiar,²⁵ contar con ambos padres, para el caso de los jóvenes,²⁷ la capacidad de establecer conexiones sociales, contar con un sistema de creencias sólido, contar con estrategias de afrontamiento positivas,⁴ etcétera.

Las conductas suicidas representan una carga económica y social. Quienes han intentado quitarse la vida requieren de atención en los servicios de salud mental y médicos, pueden sufrir discapacidad a largo plazo, y conlleva un impacto psicológico para las familias. Además, quienes ya han intentado quitarse la vida, tienen mayor riesgo de morir por suicidio. Identificar a dicha población en alto riesgo es un componente clave para las estrategias de prevención del suicidio.⁴

Con base en lo anterior, las conductas suicidas representan una carga de la enfermedad diferenciada según la región donde se le analice. Las fuentes de información empleadas para su vigilancia y la edad de los pacientes son diversas, sin embargo, han permitido identificar factores que aumentan la probabilidad de morir por suicidio. El siguiente apartado describe la situación epidemiológica de las conductas suicidas en México.

2.2 CONDUCTA SUICIDA EN MÉXICO

En México, alrededor del 10% de las muertes violentas fueron ocasionadas por suicidio,²⁸ y la tendencia de la mortalidad por suicidios ha crecido desde la década de 1950.²⁹ Entre 1990 y 2019, el número de muertes por lesión autoinflingida aumentó un 189%. También, la tasa de mortalidad estandarizada por edad aumentó un 58.5% en este periodo.³⁰ Con base en información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)³¹ se calcularon las tasas de mortalidad para el periodo de 2010 a 2020.¹ La tasa de mortalidad reflejó una tendencia creciente de 4.4 muertes por cada 100,000 habitantes en 2010 a 6.2 muertes por 100,000 habitantes en 2020. La tendencia nacional, de 2000 a 2012, fue contraria a la tendencia internacional. La tasa de suicidio aumentó un 10.6%, mientras que la tasa de mortalidad a nivel global se redujo en un 26%.³²



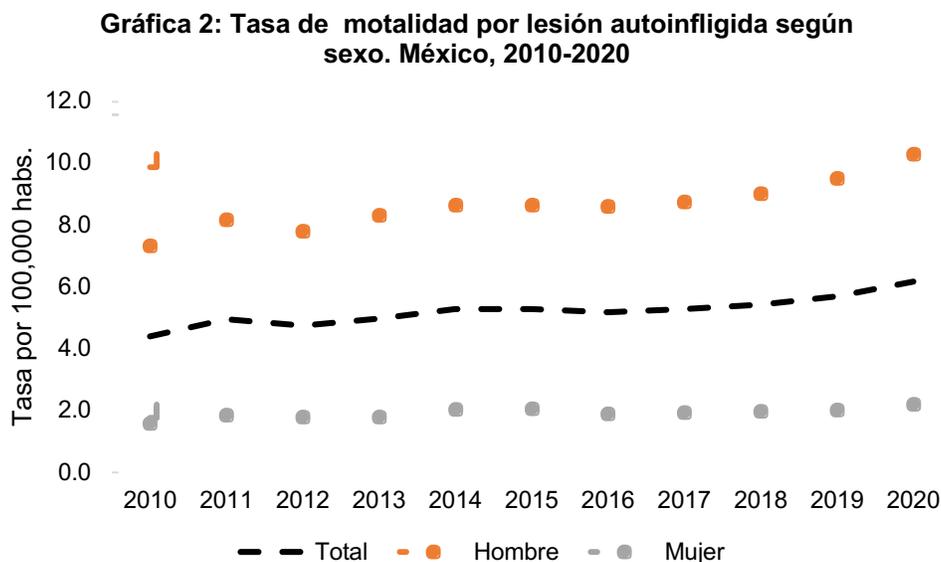
Fuente: Elaboración propia con información de Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Estadística de mortalidad 2010-2020* y Consejo Nacional de Población, *Proyecciones de la Población de México 1990 – 2030*.

Por grupo de edad, esta tendencia creciente fue similar en todos los grupos, siendo las personas entre 20 y 34 años quienes presentaron las mayores tasas en dicho periodo (Gráfica 1). Un estudio documentó que la mortalidad por suicidio aumentó entre 2000 y 2013 en todos los grupos de edad, con excepción de las personas entre 65 y 84 años.³³

¹ Para el análisis presentado se empleó la definición de Lesiones Autoinflingidas Intencionalmente, códigos X60–X84 (.1-.9) de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima revisión (CIE-10).

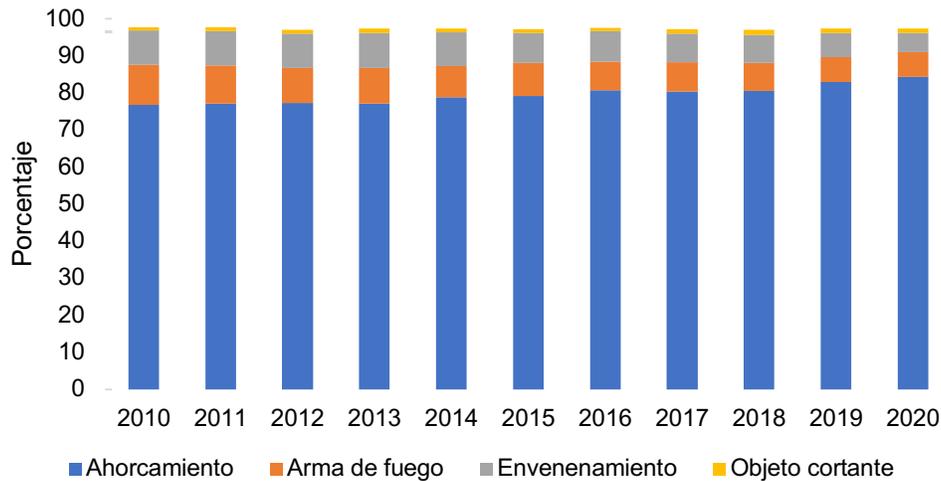
Por sexo, la tasa de mortalidad en hombres aumentó de 7.3 muertes por cada 100,000 habitantes en 2010 a 10.3 muertes por cada 100,000 habitantes en 2020; para las mujeres, la tasa aumentó de 1.6 a 5.2 muertes por cada 100,000 habitantes, respectivamente (Gráfica 2). Por sexo, los años de vida perdidos entre 2000 y 2013 se estimaron en 0.42 para los hombres y 0.2 para las mujeres; para ambos sexos, la tendencia fue creciente.³³ Entre 1990 y 2019, la tasa ajustada por edad de años de vida perdidos aumentó 70.4%.³⁰

Al analizar los mecanismos por los cuales se provocó la defunción, entre 77% y 84% de las muertes registradas fueron por ahorcamiento, siguiéndole en frecuencia el uso de armas de fuego y envenenamiento (Gráfica 3). Se observaron diferencias según el sexo de los fallecidos, aunque el ahorcamiento fue el principal método usado para ambos sexos; el envenenamiento fue empleado en mayor proporción por las mujeres en comparación con los hombres, de 17% a 12% y 5% a 4%, respectivamente (Gráfica 4).



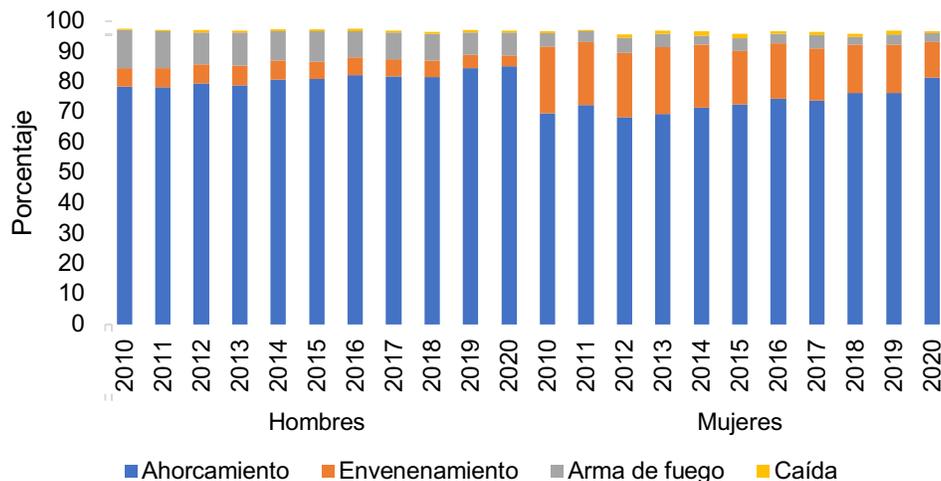
Fuente: Elaboración propia con información de Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Estadística de mortalidad 2010-2020* y Consejo Nacional de Población, *Proyecciones de la Población de México 1990 – 2030*.

Gráfica 3. Porcentaje de muertes por lesión autoinfligida según tipo de mecanismo de la lesión. México, 2010-2020.



Fuente: Elaboración propia con información de Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Estadística de mortalidad 2010-2020*.

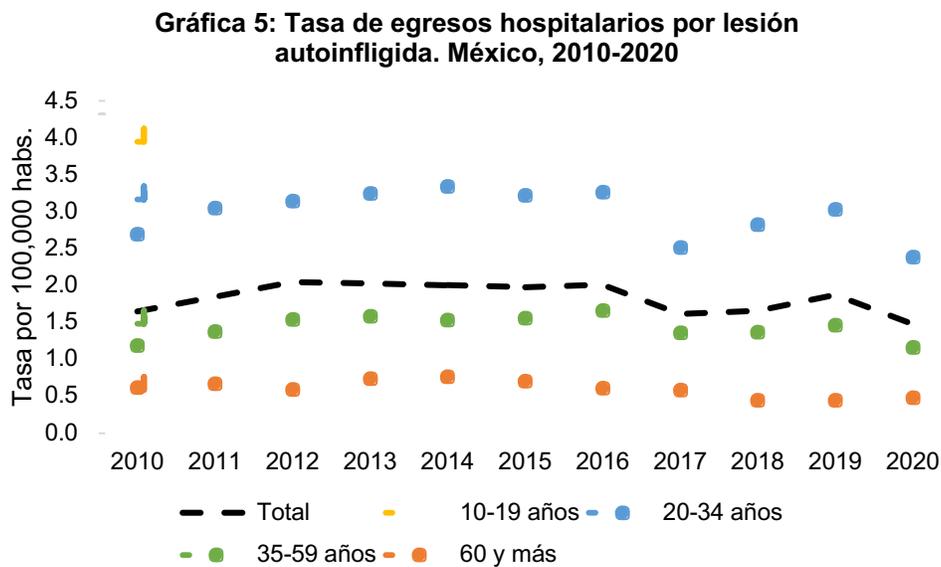
Gráfica 4. Porcentaje de muertes por lesión autoinfligida según mecanismo de la lesión y sexo. México, 2010-2020



Fuente: Elaboración propia con información de Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Estadística de mortalidad 2010-2020*.

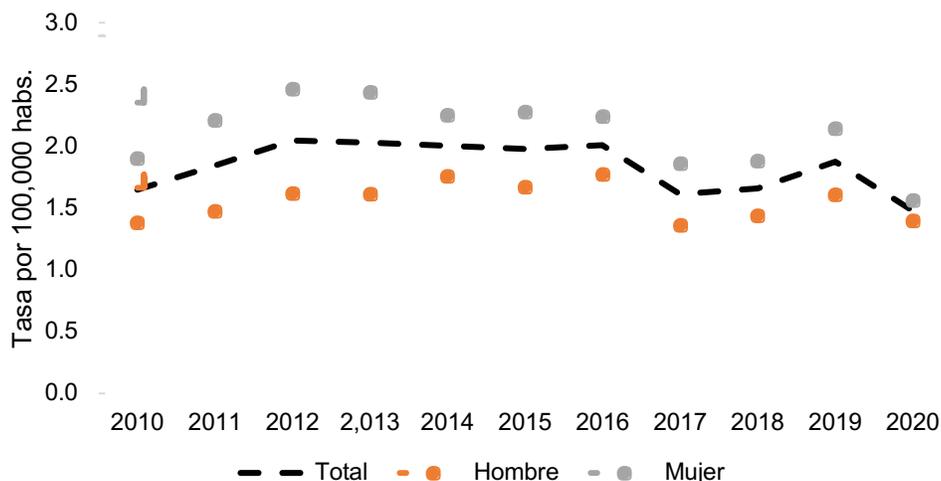
Para obtener un acercamiento a la atención de las lesiones auto infligidas, se consultaron los datos registrados en las bases de Egresos Hospitalarios en dependencias de la Secretaría de Salud.³⁴ Se debe considerar que esta fuente de información presenta diversas limitaciones, ya que no es posible diferenciar a las personas con múltiples episodios auto lesivos y tampoco se puede determinar si la autolesión tenía como objetivo quitarse la vida.

De 2010 a 2020, la tasa de egresos hospitalarios mantuvo una tendencia estable, de entre 1.6 y 2 egresos por cada 100,000 habitantes. El grupo de edad más afectado fue el de los jóvenes entre 10 y 19 años. En el mismo periodo se encontraron tasas superiores a tres egresos hospitalarios por cada 100,000 habitantes (Gráfica 5). Por sexo, la tasa de egresos hospitalarios en el periodo fue mayor para las mujeres en comparación de los hombres. Para ambos sexos, se observó una tendencia creciente, pasando de 1.9 a 2.2 egresos por cada 100,000 habitantes en 2010 a 2016, respectivamente. En los hombres, el incremento fue de 1.4 a 1.8 egresos por cada 100,000 habitantes de 2010 a 2016 (Gráfica 6). Para 2017, se observa una reducción en la tasa reportada.



Fuente: Elaboración propia con información de Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. *Bases de Datos en Formato Estándar-Egresos Hospitalarios 2010-2020* y Consejo Nacional de Población, *Proyecciones de la Población de México 1990-2030*.

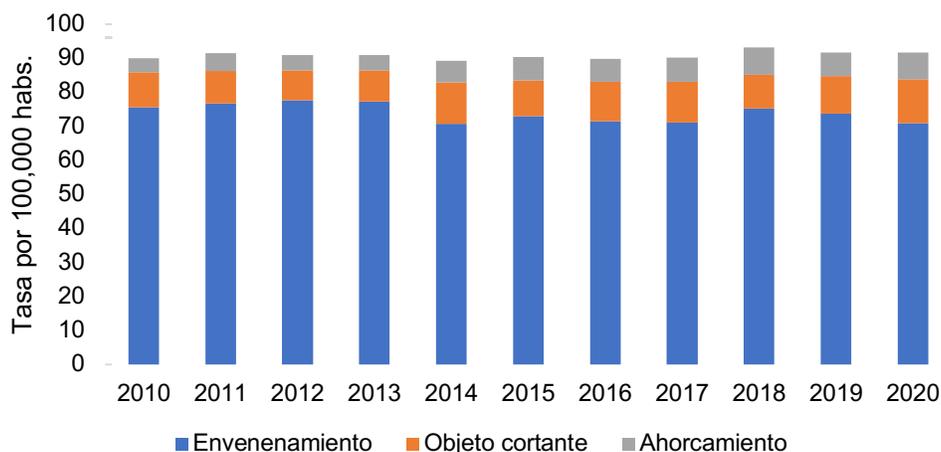
Gráfica 6. Tasa de egresos hospitalarios por lesión autoinfligida según sexo. México, 2010-2020.



Fuente: Elaboración propia con información de Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. *Bases de Datos en Formato Estándar-Egresos Hospitalarios 2010-2020* y Consejo Nacional de Población, *Proyecciones de la Población de México 1990-2030*.

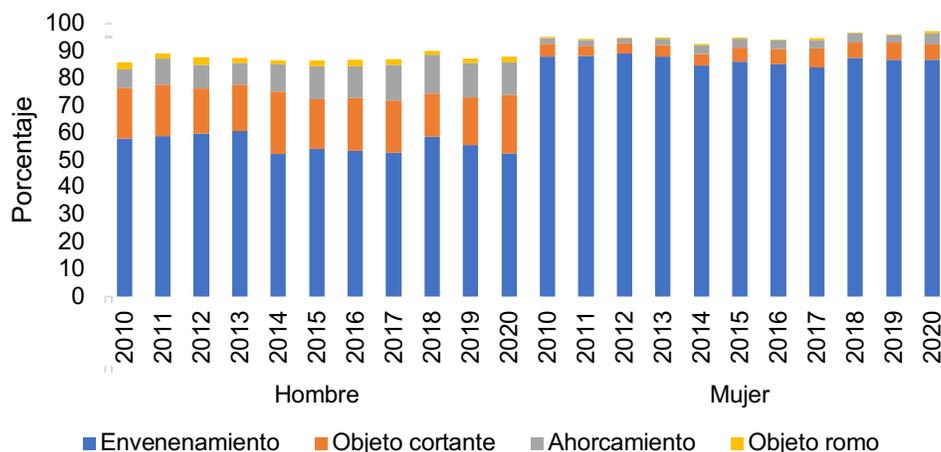
Más de 70% de los egresos hospitalarios por lesión autoinfligida tuvo como mecanismo causal el envenenamiento, entre 8% y 12% fue causada por objeto cortante y entre 4% y 7% por ahorcamiento (Gráfica 7). Estas cifras son similares a las encontradas a través de encuestas nacionales; los adolescentes entre 10 y 19 años que intentaron suicidarse, usaron objetos cortantes y medicamentos como principales mecanismos para autolesionarse.³ Por sexo, se observaron diferencias en los métodos utilizados. La proporción de lesiones por envenenamiento fue mayor en las mujeres en comparación con los hombres, mientras que la proporción de lesiones por objeto cortante fue mayor en los hombres (Gráfica 8).

Gráfica 7. Porcentaje de egresos hospitalarios por lesión autoinfligida según mecanismo de la lesión. México, 2010-2020



Fuente: Elaboración propia con información de Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. *Bases de Datos en Formato Estándar-Egresos Hospitalarios 2010-2020.*

Gráfica 8. Porcentaje de egresos hospitalarios por lesión autoinfligida según mecanismo de la lesión. México, 2010-2020



Fuente: Elaboración propia con información de Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. *Bases de Datos en Formato Estándar-Egresos Hospitalarios 2010-2020.*

Por otro lado, cabe señalar que, en el país no existe un método estandarizado para recopilar la información sobre los intentos de suicidio⁴ y tampoco de las características de las personas que han presentado intentos múltiples. Sin embargo, se ha explorado la ideación y el intento de suicidio en la población a través de encuestas con representatividad nacional. Un estudio basado en la Encuesta Nacional de Adicciones del 2008 (ENA), permitió

identificar diversos factores demográficos y psicológicos que se asociaron con el aumento del riesgo de incurrir en un intento de suicidio. El abuso o dependencia al alcohol, desórdenes del consumo de drogas, depresión moderada, problemas de conducta antisocial, el abuso sexual y la violencia de pareja aumentaron el riesgo de intentar suicidarse en adultos que tuvieron ideación suicida en el año previo a la encuesta.³⁵

El 65.2% de los adultos residentes de áreas urbanas que intentaron suicidarse tenía un desorden psiquiátrico. Los trastornos que aumentaron el riesgo de suicidio fueron los desórdenes conductuales, abuso de alcohol o dependencia, trastorno de oposición desafiante, trastorno de ansiedad por separación, desorden de estrés postraumático y fobias. La probabilidad de intento de suicidio aumentó según el número de comorbilidades psiquiátricas.³⁶

A nivel nacional, se ha observado que la prevalencia de intento de suicidio disminuye conforme la edad aumenta. Los adolescentes entre 12 y 17 años fueron el grupo etario más afectado: 4.26% reportó haber intentado suicidarse alguna vez en la vida.³⁷ En un estudio realizado con información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANut 2012), se calculó una prevalencia de intento de suicidio de 2.7% (IC 95%: 2.4-3.1) en población de 10 a 19 años.³⁸ Con los datos obtenidos de ENSANut 2018-19, la prevalencia de intento de suicidio alguna vez en la vida se estimó en 3.9% (IC 95%: 3.5-4.3), para ideación suicida, de 5.1% (IC 95%: 4.6-5.5).³⁹ Un estudio que compara los resultados de ENSANut 2006, 2012 y 2018-19 reportó cambios en la hospitalización de adolescentes que intentaron suicidarse. En 2006, la hospitalización de personas con intento de suicidio se estimó en 17.8%; este porcentaje aumentó a 19.2% en 2012, y decayó en 2018-19 al 8.8%.³

Al analizar los factores asociados con el intento de suicidio, se encontró que las mujeres, quienes experimentaron violencia en los 12 meses previos a la encuesta y quienes sufrían alguna enfermedad crónica o desórdenes alimenticios moderados presentaron un mayor riesgo.³⁸ Además, los adolescentes que fumaron más de 100 cigarrillos durante su vida, quienes consumían alcohol, las víctimas de violencia infantil, los adolescentes diagnosticados con desórdenes depresivos también presentaron mayor posibilidad de intentar suicidarse.^{3,40}

En una encuesta realizada a estudiantes de nivel medio superior, se encontró que casi la mitad de los entrevistados presentó al menos un síntoma de ideación suicida, y 9% refirió

intento de suicidio alguna vez en la vida.⁴¹ También se documentó mayor riesgo de intento de suicidio entre adolescentes que tuvieron un noviazgo o relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, en comparación con quienes tuvieron un noviazgo o relaciones sexuales con personas de diferente sexo.⁴²

Por otra parte, en pobladores de Comalcalco, Tabasco, se encontraron diferencias en las características por sexo de las personas que intentaron suicidarse. Los hombres consumían más frecuentemente alcohol y cannabis, usaron el ahorcamiento como método de suicidio, dejaron una nota suicida, estaban alcoholizados al momento del evento y fueron más frecuentemente diagnosticados con desórdenes de consumo de sustancias en comparación con las mujeres. Las mujeres, por su parte, usaron el envenenamiento como método de suicidio con mayor frecuencia y fueron diagnosticadas con trastornos asociados con el estrés.⁴³

Mediante entrevistas semiestructuradas, se identificaron las condiciones de vida de adolescentes que intentaron suicidarse en cinco estados de la República. Todos los participantes contaron con atención médica, psicológica o psiquiátrica después del intento de suicidio. Entre los principales hallazgos de este estudio se encuentra la precariedad económica, que genera conflictos familiares, violencia, alimentación inadecuada, y la falta de cobertura de las necesidades básicas. La situación familiar, además afecta las posibilidades de recreación, socialización y descanso de los adolescentes. El ambiente escolar, en algunas situaciones se encontró como un factor protector, los adolescentes mencionaron que los profesores fueron los primeros en referirlos a los servicios de salud al notar la problemática. Sin embargo, en la escuela también se encontraron estresores como el acoso escolar, las relaciones de pareja o el acoso sexual.⁴⁴

Cabe destacar que existen diferencias en el cálculo de la prevalencia del intento de suicidio en México, según la fuente de información y tipo de estudio empleado. La evidencia generada da cuenta que el intento de suicidio es un fenómeno complejo, donde intervienen factores individuales y sociales que ponen en riesgo a la población.

2.2.1 Conducta suicida en la Ciudad de México

La Ciudad de México cuenta con una legislación específica sobre salud mental, que busca garantizar el acceso a los servicios de salud mental y establece los mecanismos necesarios para la promoción, prevención y tratamiento en las unidades públicas de salud que

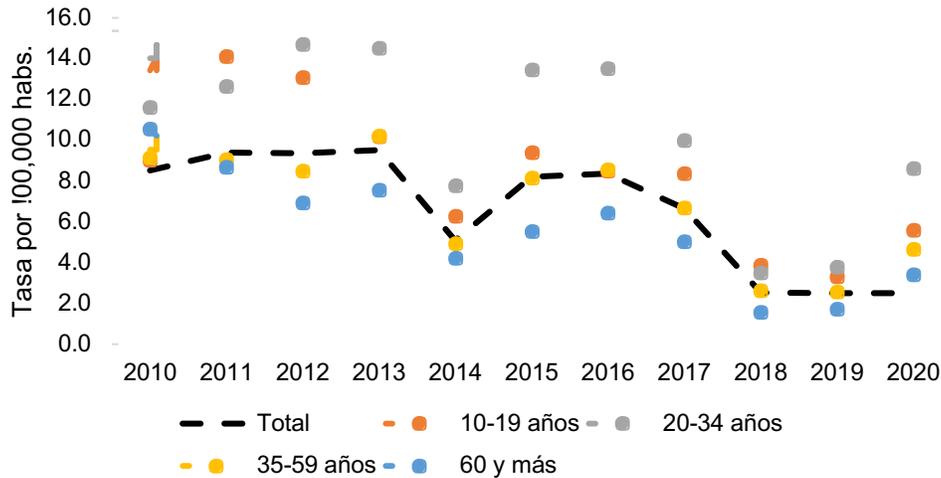
dependen de la Secretaría de Salud Estatal. Entre sus prioridades se encuentra la detección, atención y prevención de las conductas suicidas en la población general.⁴⁵

Particularmente, en la Ciudad de México se encuentran hospitales psiquiátricos, camas de psiquiatría en hospitales generales y servicios de atención a la salud mental en el primer nivel de atención que pertenecen tanto a la Secretaría de Salud Federal como instituciones de seguridad social. La demanda de atención por trastornos mentales ha aumentado.⁴⁶ Por ejemplo, en 2016, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez brindó el 15% de las consultas y 7.8% de los egresos hospitalarios por trastornos mentales graves a nivel nacional.⁴⁷ A pesar de la demanda de atención, no se ha ampliado la oferta de servicios de salud mental.⁴⁶

La mortalidad por suicidio en la CDMX ha presentado una tendencia decreciente en los últimos años, pasando de 8.5 muertes por cada 100,000 habitantes en 2010 a 2.5 muertes por cada 100,000 habitantes en 2019. Para el 2020, la tasa incrementó a 5 muertes por cada 100,000 habitantes. En términos de años de vida perdidos por muerte prematura a causa del suicidio, entre 2006 y 2010 se presentó un aumento de 3% anual.⁴⁸ Para el 2019, la tasa de años de vida perdidos por esta causa fue de 2.3 y 2.7 años de vida perdidos por cada 100,000 habitantes para hombres y mujeres respectivamente.³⁰ El grupo de edad con la mayor mortalidad son los adultos entre 20 y 34 años, sin embargo, para 2018 los adolescentes entre 10 y 19 años fueron el grupo más afectado (Gráfica 9)

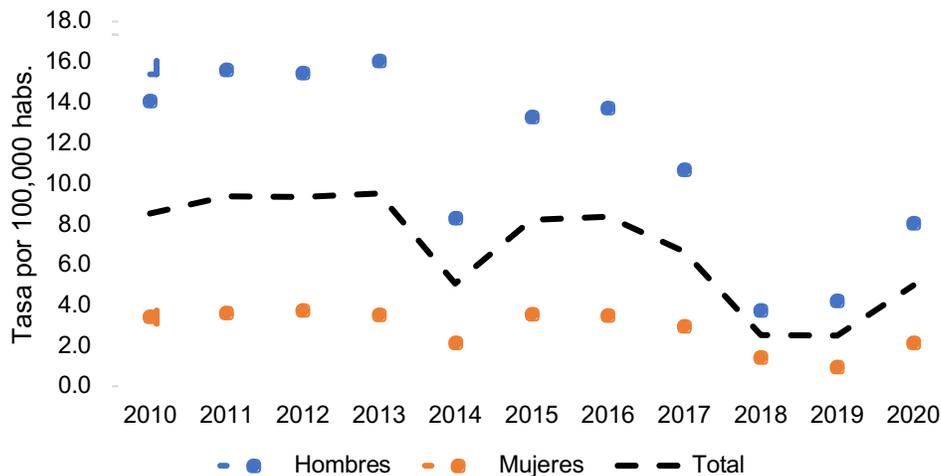
Por sexo, se observa también una tendencia decreciente. Los hombres presentaron un cambio en la tasa que pasó de 14.1 muertes por cada 100,000 hombres en 2010 a 4.2 muertes por cada 100,000 hombres en 2019. En las mujeres, la mortalidad se mantuvo estable hasta 2017; en 2019 la tasa se redujo a 1 muerte por cada 100,000 mujeres. Para 2020, se observa un incremento en la tasa para ambos sexos, los hombres presentaron la mayor tasa con 8.1 muertes por cada 100,000 habitantes. (Gráfica 10). En términos de años de vida perdidos por muerte prematura, en el periodo de 1990 a 2017 se presentó un incremento de 39.8% y 92.9% en hombres y mujeres respectivamente.⁴⁸.

Gráfica 9: Tasa de mortalidad por lesión autoinfligida según grupo de edad. Ciudad de México, 2010-2020



Fuente: Elaboración propia con información de Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Estadística de mortalidad 2010-2020* y Consejo Nacional de Población, *Proyecciones de la Población de México 1990 – 2030*

Gráfica 10: Tasa de mortalidad por lesión autoinfligida según sexo. Ciudad de México, 2010-2020

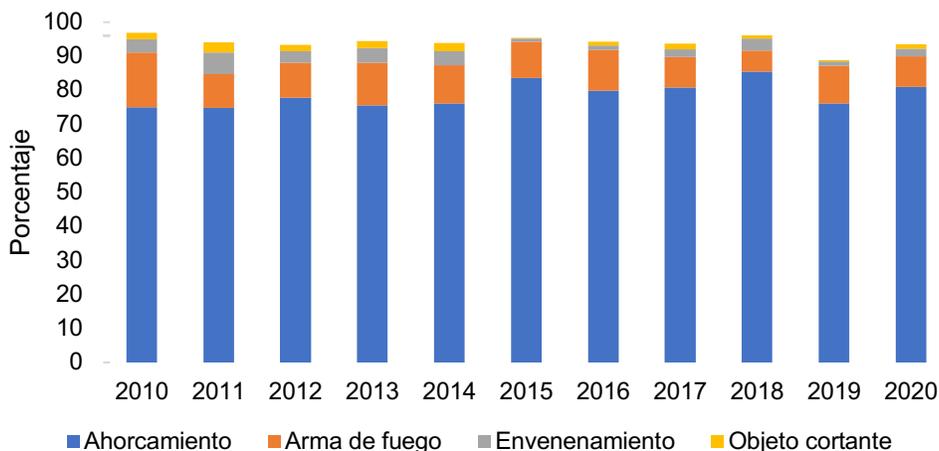


Fuente: Elaboración propia con información de Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Estadística de mortalidad 2010-2020* y Consejo Nacional de Población, *Proyecciones de la Población de México 1990 – 2030*

Al analizar los mecanismos por los cuales se provocó la defunción, entre 74% y 84% de las muertes registradas fueron por ahorcamiento, siguiéndole en frecuencia el uso de armas de fuego, el envenenamiento y los objetos cortantes (Gráfica 11). Se observaron diferencias según el sexo de los fallecidos, aunque el ahorcamiento fue el principal método usado para

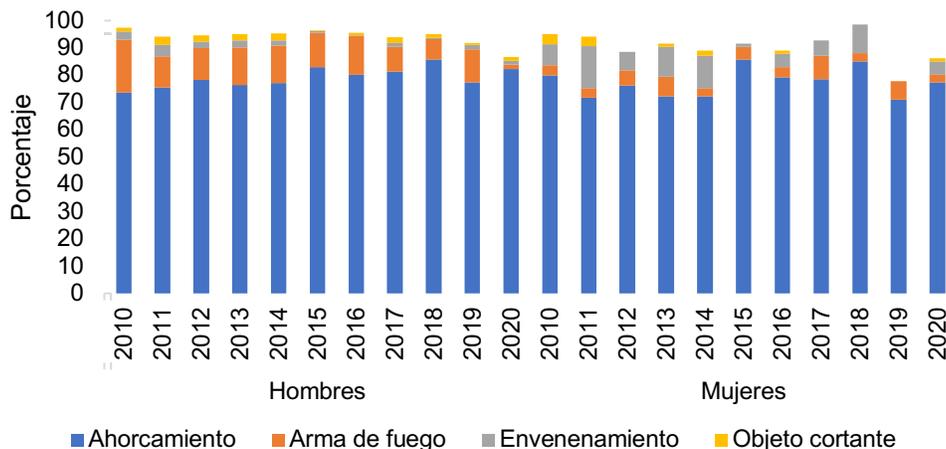
ambos sexos; en frecuencia siguió el uso de armas de fuego para los hombres y el envenenamiento para las mujeres (Gráfica 12).

Gráfica 11. Porcentaje de muertes por lesión autoinflingida según tipo de mecanismo de la lesión. Ciudad de México, 2010-2020



Fuente: Elaboración propia con información de Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Estadística de mortalidad 2010-2020*.

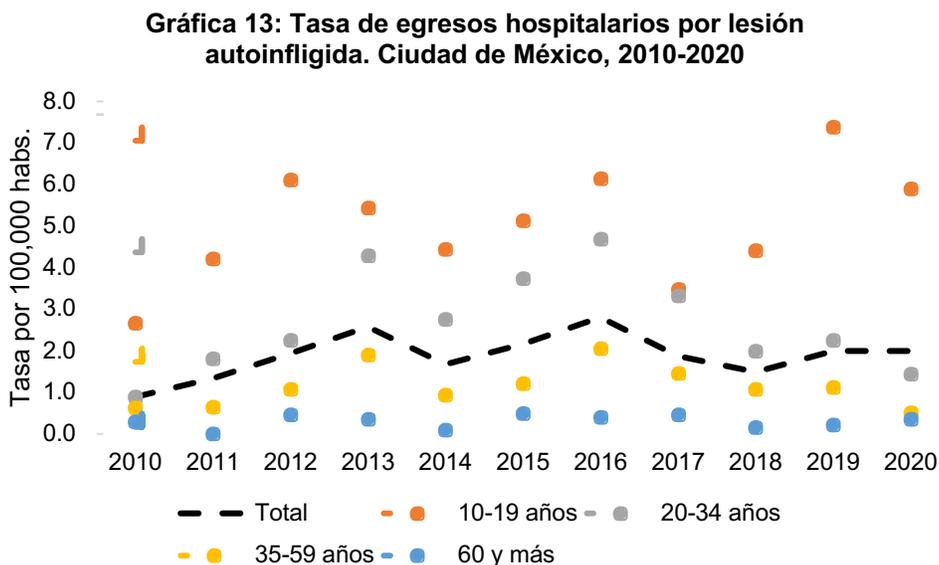
Gráfica 12: Porcentaje de muertes por lesión autoinflingida según mecanismo de la lesión y sexo. Ciudad de México, 2010-2020



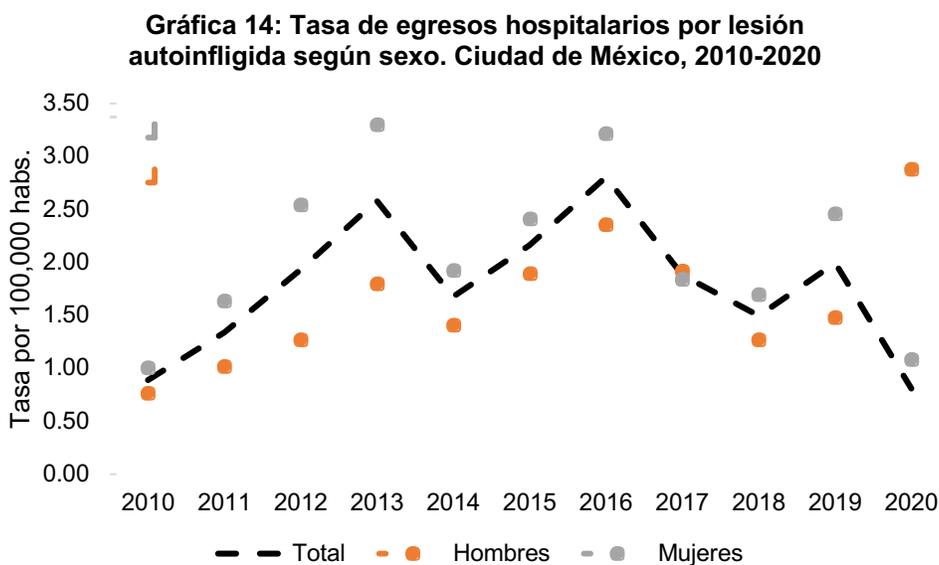
Fuente: Elaboración propia con información de Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Estadística de mortalidad 2010-2020*.

De 2010 a 2020, la tasa de egresos hospitalarios por lesiones autoinflingidas se mantuvo relativamente estable, entre 1.8 y 2.8 egresos por cada 100,000 habitantes. El grupo de edad más afectado fueron los adolescentes entre 10 y 19 años, siendo el 2019 el año con

mayor reporte de egresos con 7.4 egresos por cada 100,000 habitantes (Gráfica 13). Por sexo, las mujeres presentaron mayores tasas de egresos en el periodo en comparación con los hombres, pasando de 1 egreso por cada 100,000 habitantes en 2010 a 2.46 egresos por cada 100,000 habitantes en 2019 (Gráfica 14).



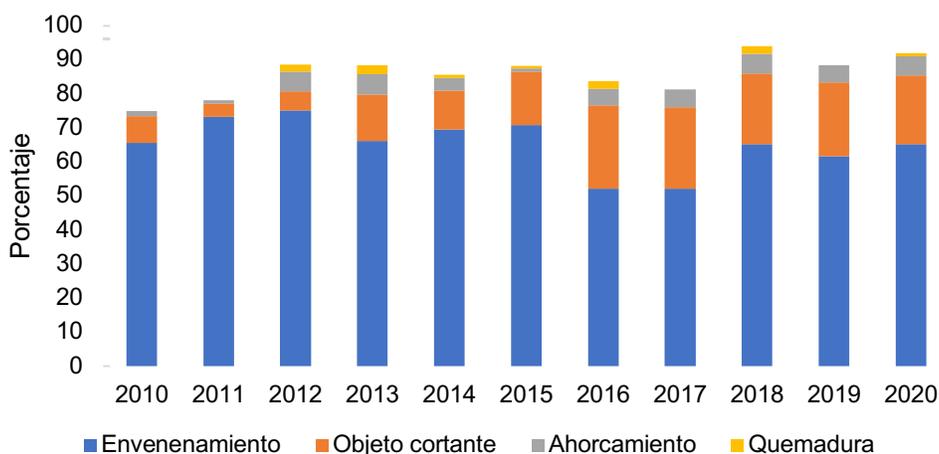
Fuente: Elaboración propia con información de Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. *Bases de Datos en Formato Estándar-Egresos Hospitalarios 2010-2020* y Consejo Nacional de Población, *Proyecciones de la Población de México 1990-2030*.



Fuente: Elaboración propia con información de Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. *Bases de Datos en Formato Estándar-Egresos Hospitalarios 2010-2020* y Consejo Nacional de Población, *Proyecciones de la Población de México 1990-2030*.

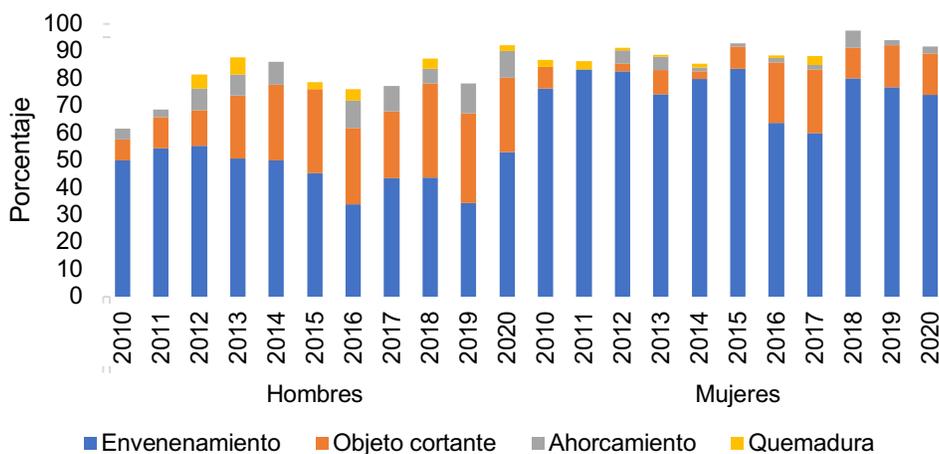
Entre el 52% y 75% de las lesiones autoinfligidas reportadas en el periodo tuvieron como mecanismo causal el envenenamiento, siguiéndoles en frecuencia el uso de objetos cortantes y el ahorcamiento (Gráfica 15). Por sexo, la proporción de envenenamientos fue mayor entre las mujeres en comparación de los hombres, mientras que el porcentaje de uso de objetos cortantes fue mayor en los hombres (Gráfica 16).

Gráfica 15. Porcentaje de egresos hospitalarios por lesión autoinfligida según mecanismo de la lesión. Ciudad de México, 2010-2020



Fuente: Elaboración propia con información de Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. *Bases de Datos en Formato Estándar-Egresos Hospitalarios 2010-2020*

Gráfica 16: Porcentaje de egresos por lesión autoinfligida según mecanismo de la lesión y sexo. Ciudad de México, 2010-2020



Fuente: Elaboración propia con información de Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. *Bases de Datos en Formato Estándar-Egresos Hospitalarios 2010-2020*

La prevalencia de conductas suicidas se ha estimado con diversas encuestas con representatividad estatal. Con datos de la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2012 (ECDE 2012) se estimaron las prevalencias de ideación (6.1%), planeación (5.8%) e intento suicida (6.8%) alguna vez en la vida en población escolar de secundaria y preparatoria.⁴⁹ Datos de ENSANut 2018-19 muestran que la prevalencia de ideación suicida en población adolescente de la Ciudad de México fue de 5.8%, mientras que de intento de suicidio alguna vez en la vida se estimó en 3.6%.⁴⁰

En los adolescentes, el riesgo de intentar suicidarse aumentó 2.4 veces si se consumía alcohol, y 5.5 veces si presentaban dependencia.⁵⁰ Tras un seguimiento de ocho años a una cohorte de adolescentes en la Ciudad de México, se estimó un riesgo de intento de suicidio del 5.3%. Entre los factores asociados se encontró que el riesgo de intento de suicidio aumentó cuando la edad de inicio de consumo de cannabis y alcohol comenzó antes de los 15 años, cuando el consumo de otras drogas fue más frecuente en el año, cuando hubo diagnóstico de desorden de uso de drogas, o cuando hubo un consumo frecuente de cannabis en el año previo.⁵¹

Un estudio reciente con datos de la misma cohorte, muestra asociación entre el intento de suicidio y eventos traumáticos como el abuso sexual, el haber sufrido maltrato infantil, presenciar violencia intrafamiliar, el haber cometido o presenciado algún tipo de violencia, el haber sufrido violencia de pareja. El principal hallazgo de este estudio muestra que el riesgo de intento suicida aumenta con el número de eventos traumáticos experimentados.⁵²

2.3 POLÍTICAS, PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL SUICIDIO

Las políticas en salud mental son herramientas necesarias para los ministerios de salud. Estas, correctamente formuladas e implementadas, pueden tener un impacto significativo en la salud mental de la población. A pesar de su importancia, datos de la OMS muestran que 40% de los países no tienen políticas sobre salud mental, mientras que 33% no cuentan con un programa de salud mental.⁵³ Ya que los desórdenes mentales son uno de los principales factores de riesgo para el suicidio e intento de suicidio,^{4,51} la prevención del mismo se encuentra entre las recomendaciones para la formulación de políticas en salud mental. En mayo de 2013, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*, el cual considera mejoras en el sistema de salud mental. Uno de los objetivos es reducir en 10% la tasa de mortalidad por suicidios en los países miembros.⁵⁴

En septiembre de 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó el documento *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. El objetivo tres es “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”.⁵⁵ Plantea la necesidad de reducir la muerte prematura por enfermedades no transmisibles y la promoción de la salud mental. Entre los indicadores de seguimiento está la tasa de mortalidad por suicidio.⁵⁶

Ya que las conductas suicidas son un problema multifactorial, las políticas en torno a su prevención deben garantizar la atención de las personas en riesgo, especialmente aquellas que sufren trastornos mentales y quienes ya hayan presentado intentos suicidas.⁵⁷ Estas actividades deben ser, además, multisectoriales y focalizadas en grupos prioritarios.⁴ A pesar de su importancia, alrededor de un 18% de los países miembros de la OMS disponen de estrategias nacionales para la prevención del suicidio. Alrededor de un tercio de los países en las Américas tiene una estrategia para la prevención del suicidio.⁵

Para ser integrales, las estrategias nacionales deben incluir intervenciones universales, selectivas y efectivas. Entre las intervenciones universales, se recomienda la restricción del acceso a los medios para el suicidio, como pesticidas, armas de fuego, carbón o lugares altos; reducir el consumo nocivo de alcohol y promover que los medios de comunicación reporten de manera responsable los casos de suicidio. Para las poblaciones en riesgo, recomiendan el entrenamiento de los profesionales no especializados en salud mental; la organización comunitaria para promover la búsqueda de atención; y la post intervención con los supervivientes de intento suicida. Las acciones propuestas a nivel individual comprenden la identificación y tratamiento de enfermedades mentales; y la evaluación y manejo de los pacientes con intento suicida.⁹

Entre los sectores que se deben considerar para la implementación de las estrategias, se incluyen el sector salud, educativo, seguridad pública, protección civil, comunicaciones y transportes, militares, líderes religiosos y la sociedad civil organizada. Cada actor cuenta con responsabilidades y roles específicos.⁹ Entre el 2000 y 2011, la OMS publicó una serie de recursos donde se describen buenas prácticas y acciones específicas para cada sector involucrado en la prevención del suicidio.^{9,58} Por ejemplo, para los médicos generales y personal del primer nivel de atención, estos documentos contienen técnicas para abordar

la conducta suicida durante la entrevista clínica, cuándo y cómo referir a los pacientes en riesgo, además de técnicas de comunicación en caso de presentarse una crisis.^{59,60}

Con el fin de reducir las brechas de atención en la salud mental, las OMS publicó en 2008 el *Programa de Acción Mundial para superar las brechas en salud mental* (mhGAP, por sus siglas en inglés). Este programa tiene como finalidad reducir las brechas entre los recursos disponibles y las necesidades de atención de la población con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias.⁶¹ Parte de estas acciones, comprenden la capacitación del personal de salud no especializado en salud mental para la evaluación, manejo y seguimiento de pacientes con dichos trastornos. Estas actividades incluyen el indagar si los pacientes han tenido intentos de suicidio previamente, evaluar su riesgo e identificar cuándo es necesario referirlos con personal especializado.⁶²

En México, la Ley General de Salud establece los lineamientos para la atención a la salud mental con un enfoque de derechos humanos. Sin embargo, no se menciona la prevención y abordaje de las conductas suicidas. A nivel estatal, catorce estados cuentan con leyes de salud mental, de los cuales, únicamente cuatro mencionan la necesidad de desarrollar un programa específico para la atención del suicidio: Campeche, Chihuahua, Morelos y Yucatán.⁶³

A nivel nacional, la política pública en salud se expone en el Programa Sectorial correspondiente, donde el gobierno formula las estrategias y acciones para lograr los objetivos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo. El *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*⁶⁴ planteó tres líneas de acción, enmarcadas en dos estrategias, para la prevención del suicidio. Una, en el marco de la promoción de conductas saludables en la población adolescente, donde se propone la detección y atención de los trastornos mentales y riesgo suicida. La segunda estrategia busca disminuir las lesiones por causa externa. En sus líneas de acción se plantea mejorar el marco jurídico para la prevención del suicidio y fortalecer la colaboración multisectorial para la prevención de lesiones. Cabe destacar que, entre los indicadores para la evaluación de este programa no se incluyó la tasa de mortalidad por suicidio.

De manera similar, el *Programa Sectorial de Salud 2019-2024*,⁶⁵ en su objetivo prioritario número 5, concentra las iniciativas orientadas a combatir las enfermedades con mayor impacto en la salud de la población: las enfermedades no transmisibles. En una de las

estrategias, que tiene como fin garantizar el acceso a los servicios de salud mental con un enfoque integral, considera el implementar campañas y programas nacionales para la prevención del suicidio y las autolesiones.

El Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME), era el órgano responsable de las políticas de Salud Mental en el país. Durante la presente administración, dicho consejo se fusionó con la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) para crear el Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA).⁶⁶

Las acciones en salud mental se describen en el Programa de Acción Específico (PAE). Algunas de las políticas de salud relacionadas con la prevención del suicidio se resumen en el Cuadro 2. El *PAE Salud Mental 2013-2018*,⁶⁷ sintetizaba las estrategias encaminadas a la detección oportuna de trastornos mentales en el curso de la vida, donde se incluía la detección del riesgo suicida. Cabe mencionar que, para su evaluación, no comprendían indicadores referentes a la mortalidad o morbilidad asociada con el suicidio.

En el presente sexenio, el *PAE Salud Mental y Adicciones 2019-2024*⁶⁶ contempla la atención de las conductas suicidas en dos objetivos prioritarios. En el primero, que busca consolidar la rectoría en salud mental y adicciones en el modelo de atención, contempla entre sus líneas de acción impulsar estrategias legislativas para la prevención del suicidio con un enfoque multisectorial. En el segundo objetivo, que pretende extender los servicios de salud mental y adicciones, comprende la capacitación del personal de salud para la formación de equipos multidisciplinarios, donde se incluye la prevención del suicidio. Por otro lado, con el fin de fortalecer las instituciones donde se proporciona atención integral en salud, proponen desarrollar investigación en la prevención del suicidio.

Cuadro 2. Programas de Acción Específicos en Salud que incluyen atención integral a la salud o prevención del suicidio

Documento	Dependencia	Objetivo	Estrategia	Líneas de acción	Indicadores
Programa Sectorial de Salud 2013-2018	Secretaría de Salud	1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades	1.6. Fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables en la población adolescente	1.6.6. Promover la detección y atención oportuna de trastornos mentales y el riesgo suicida en adolescentes.	1.1 Porcentaje de cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año. 1.2 Prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años de edad. 1.3 Porcentaje de cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de VIH por transmisión vertical.
		3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida	3.5. Contribuir a disminuir las muertes por lesiones de causa externa	3.5.3. Contribuir a mejorar el marco jurídico para la prevención de suicidios y homicidios con base en evidencia científica. 3.5.4. Fortalecer los mecanismos de colaboración multisectorial para la prevención de lesiones de causa externa intencionales y no intencionales.	3.1 Porcentaje de muestras de agua clorada dentro de especificaciones de NOM. 3.2 Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor. 3.3 Tasa de mortalidad por riesgos de trabajo.
Programa Sectorial de Salud 2013-2018	Secretaría de Salud	5. Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población	5.3 Garantizar el acceso a los servicios de salud mental y apoyo psicológico bajo un enfoque integral y diferenciado para atender los trastornos mentales y problemas relacionados con adicciones especialmente a grupos históricamente discriminados o en condición de vulnerabilidad.	5.3.6 Implementar campañas y programas nacionales para la prevención del suicidio y autolesiones, consumo de sustancias y conductas susceptibles a generar adicciones, para promover condiciones saludables de vida y trabajo, especialmente para población vulnerable e individuos con perfiles de riesgo.	5.1 Razón de mortalidad materna 5.2 Prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años de edad 5.3 Tasa de mortalidad infantil (TMI) (1,000 NVE)

Documento	Dependencia	Objetivo	Estrategia	Líneas de acción	Indicadores
Programa de Acción Específico Salud Mental 2019-2024	Consejo Nacional de Salud Mental	1. Desarrollar acciones de protección y promoción de salud mental, así como detección oportuna y prevención de los trastornos mentales.	1.4. Favorecer la detección oportuna de trastornos mentales o de la conducta en niñas, niños y adolescentes en riesgo.	1.4.2. Promover la detección oportuna del riesgo suicida en niñas, niños y adolescentes.	1.1 Porcentaje de polígonos intervenidos por el Programa de Acción Específico Salud Mental. 1.2 Porcentaje de unidades de primer nivel que implementaron acciones continuas y permanentes de promoción de la salud y prevención de los trastornos mentales.
Programa de Acción Específico Salud Mental y Adicciones 2019-2024	Consejo Nacional de Salud Mental	1. Consolidar la rectoría en salud mental y adicciones en el modelo de atención primaria de salud integral (APS-I) con un enfoque comunitario, intercultural, derechos humanos, perspectiva de género y sensible al ciclo de vida. 2. Ampliar los servicios de salud mental y adicciones en el Sistema Nacional de Salud	1.3 Implementar políticas públicas nacionales que contribuyan al bienestar mental de la población. 2.2 Proveer capacitación en salud mental y adicciones a personal de los servicios de salud para la formación de equipos multidisciplinarios de atención 2.3 Fortalecer el desarrollo científico en las instituciones que proporcionan servicios de atención integral en salud mental y adicciones.	1.3.2 Impulsar estrategias legislativas que ayuden a prevenir el suicidio desde un enfoque multisectorial y participar en el análisis de propuestas para la actualización y desarrollo de disposiciones jurídicas en materia de salud mental y prevención del suicidio. 2.2.3 Apoyar la capacitación a prestadores de atención formal e informal en la comunidad para la orientación y consejería eficaz en salud mental, adicciones, prevención del suicidio y autocuidado. 2.3.1 Desarrollar y promover acciones de investigación en salud mental, adicciones y prevención del suicidio.	

Fuente: Elaboración propia

Además de los programas en materia de atención, existen las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), las cuales son regulaciones técnicas de cumplimiento obligatorio que establecen las especificaciones referentes a un producto, proceso, práctica o servicio.⁶⁸ En materia de salud mental, la *NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica*⁶⁹ establece los criterios de operación y organización de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico psiquiátrica. En dicha norma se define como urgencia psiquiátrica “al paciente que presenta síntomas consistentes en una alteración del estado mental que pone en riesgo su vida y/o la de otros”; estos síntomas incluyen la ideación o intento suicida. En caso de urgencia, el paciente puede ingresar al internamiento de manera involuntaria, y una vez que se encuentre estable, puede otorgar su consentimiento para ingresar voluntariamente. En el proceso de atención, dentro de los quince días hábiles después del ingreso, el personal de psiquiatría valorará la pertinencia de continuar con el tratamiento de manera hospitalaria o ambulatoria.

Por otro lado, la *Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad*⁷⁰ establece los criterios para la atención integral a la salud, la prevención y el control de las enfermedades prevalentes en las personas de dicho grupo de edad. La atención incluye el tamizaje de factores de riesgo y la exploración de conductas asociadas con el suicidio, como la ideación suicida, intentos previos, y lesiones autoinfligidas. Establece, además, en caso de detectar riesgo de suicidio, deberán referir al adolescente al servicio correspondiente.

La participación del personal de salud para la promoción de la salud y prevención de enfermedades en el entorno escolar se describe en la *Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar*.⁷¹ Con base en lo establecido el personal de salud debe implementar esta estrategia mediante orientación y consejería referente a los problemas de salud más frecuentes, promover acciones que protejan a la población de adicciones, abuso sexual, violencia y alteraciones a la salud mental. El personal del sector educativo deberá favorecer el acceso, cumplimiento de citas y referencias a los servicios de salud pública de los estudiantes.

Hasta el 2020, México no tenía estrategia nacional para la prevención del suicidio.^{72,73} En el PAE Salud Mental y Adicciones 2019-2024, con el fin de conducir la política nacional,

contempla la elaboración de la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio en México. Las líneas de acción que propone esta estrategia se resumen en la Figura 1. Ante la falta de un programa presupuestario a nivel nacional, las acciones para atender el intento de suicidio se realizaban a través de organismos gubernamentales, universidades, instituciones asistenciales y grupos religiosos al nivel subnacional. Cada instancia abordaba el suicidio desde su perspectiva, por lo que se han generado diversos programas.⁷⁴ Las recomendaciones para las políticas y estrategias desde el sector salud dan mayor peso a la prevención primaria en salud, dejando en segundo término la atención a quienes ya han intentado quitarse la vida. En el siguiente apartado se abordará la atención del intento de suicidio, haciendo énfasis en las barreras que presenta el personal de salud al atender a los pacientes que intentaron suicidarse.

Figura 1: Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio en México



Fuente: Elaboración propia con información del *Programa de Acción Específico Salud Mental y Adicciones 2019-2024*.

2.4 BARRERAS PARA LA ATENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

El riesgo de suicidio aumenta con la comorbilidad, especialmente aquella relacionada con trastornos mentales o consumo de sustancias. Por lo tanto, el acceso a la atención a la salud es esencial. Sin embargo, la complejidad de los sistemas de salud puede dificultar el proceso de búsqueda de atención.⁴ La baja proporción de atención de personas con ideación o intentos suicidas puede indicar que quienes necesitan atención, no la aceptan o no tienen acceso a los recursos disponibles.⁷⁵ La baja proporción de seguimiento de pacientes a nivel comunitario puede deberse a una combinación de factores estructurales, de los proveedores y de los pacientes, como la falta de integración entre los niveles de atención, la escasa injerencia de los pacientes sobre su tratamiento, o la escasa participación de los profesionales en la transición de los pacientes del internamiento a la atención comunitaria.⁷⁶ En los siguientes apartados se describen algunos de los hallazgos

2.4.1 Barreras para la atención del intento de suicidio desde el punto de vista de los usuarios

Siguiendo la propuesta de Fortune *et al.*,⁷⁷ las barreras desde la perspectiva de los usuarios pueden ser:

- **Cognitivas:** las personas implementan estrategias evasivas para la resolución de problemas, consideran que el conflicto se solucionará por sí solo o que no tiene solución, implementan estrategias de búsqueda de atención con menor frecuencia, principalmente con profesionales⁷⁷ y normalizan los problemas de salud mental.⁷⁸
- **Actitudinales:** los pacientes temen ser etiquetados como “locos” por buscar atención a la salud mental; y consideran que los servicios hospitalarios son de poca ayuda, pues el personal experimenta dificultades para relacionarse con ellos.^{77,79}
- **Aspectos prácticos:** algunos pacientes no consideran su experiencia como un problema legítimo que requiere atención y, por lo tanto, no valoran las opciones disponibles para el apoyo. Por otro lado, la capacidad de pago, la aceptabilidad del tratamiento, o la disponibilidad de transporte pueden dificultar el acceso a los servicios de salud.^{77,80}

De acuerdo con McAndrew *et al.*, la confianza y la confidencialidad son aspectos clave para que los adolescentes que intentaron suicidarse busquen ayuda profesional. Además,

identificaron otros factores que facilitaron su interacción con los prestadores de servicios, como ser escuchados, no ser juzgados, tener la oportunidad de hablar con alguien además de sus personas cercanas, y la experiencia profesional.⁷⁹ La disponibilidad de los servicios vía internet facilita la búsqueda de atención. Los jóvenes entre 14 y 25 años de Australia se mostraron receptivos a recibir apoyo profesional en línea, ya que consideraron que facilita el acceso a la atención cuando es necesaria, garantiza el anonimato y protege la confidencialidad. Además, se encontró que es el primer paso para la búsqueda de atención cara a cara.⁸¹

2.4.2 Barreras estructurales para la atención de la conducta suicida

La atención a la salud mental en el primer nivel de atención es esencial para el abordaje integral de las conductas suicidas en países de ingresos medios y bajos, además, presentan una oportunidad para atender las conductas suicidas de manera temprana.⁹ Sin embargo, se han documentado diversos factores estructurales o contextuales que obstaculizan la atención de pacientes con conductas suicidas.

Como factores estructurales, diversos estudios han mostrado la importancia del rol del sistema de salud para el establecimiento de políticas y programas para la atención de las conductas suicidas. La saturación de los servicios y la falta de recursos humanos y materiales,⁸² y la baja priorización en la atención de problemas de salud mental asociados con el desarrollo de conductas suicidas, provocan que no exista una correcta atención a las conductas suicidas.⁸³

Por otro lado, la detección de personas en riesgo de suicidio en el primer nivel de atención es baja⁸⁴ debido a la falta de tamizaje, provocando que algunos pacientes con ideación suicida no sean captados en este nivel de atención.⁸⁵ También, se ha documentado la dificultad de los médicos familiares en interpretar las señales de alerta de pacientes con ideación suicida, como la expresión del deseo de terminar con su vida.⁸⁴

La falta de claridad en los medios de referencia puede interferir con el seguimiento de pacientes que intentaron suicidarse. En un estudio realizado en Canadá, se encontraron diferencias en la referencia, pues los médicos privados referían menos a los servicios de atención a la salud mental que quienes trabajaban en instituciones públicas o de servicios de salud específicos para los jóvenes.⁸⁶

2.4.3 Barreras para la atención de la conducta suicida desde la perspectiva del personal de salud

Además de las barreras contextuales, pueden encontrarse factores individuales que dificulten la atención de los pacientes. Un estudio realizado en Nicaragua documentó que el personal médico y de enfermería en el primer nivel de atención reportó dificultades para comprender a las personas que intentaron suicidarse. También mencionaron que contaban con poco entrenamiento para atender problemas relacionados con la salud mental. Esta falta de entrenamiento dificulta la referencia de los pacientes con otros profesionales. En ocasiones, esto generó un patrón de delegar responsabilidades para no lidiar con los pacientes que intentaron suicidarse.⁸⁷

En Brasil, además de la autopercepción de no estar preparados para la atención, el personal de primer nivel de atención mencionó tener sentimientos de frustración, impotencia, enojo y angustia asociados con las conductas suicidas. Algunos de estos sentimientos pueden asociarse con el estado de abandono en el que se encuentran las instituciones y políticas de salud en el país, debido a la falta de recursos y lineamientos específicos para la atención del suicidio.⁸⁸

La formación del personal influye también en la atención de los pacientes con intento de suicidio. En Malasia, mediante una encuesta a personal de salud de diversos servicios de cuatro hospitales públicos, se documentó que el personal psiquiátrico tenía menos probabilidad de considerar que los pacientes con intento de suicidio buscan llamar la atención, que tienen alguna enfermedad mental y que es difícil lidiar con estos pacientes, en comparación con el personal no psiquiátrico.⁸⁹

El entrenamiento del personal de salud suele integrarse entre las estrategias nacionales de prevención del suicidio y ha demostrado ser una medida efectiva para la prevención del suicidio. Los profesionales de salud que cuentan con conocimiento sobre el suicidio, la evaluación de factores de riesgo y prevención del suicidio, han demostrado tener mayor confianza para la atención de los pacientes;^{90,91} mayor adherencia a las guías de práctica clínica para la atención de pacientes en riesgo, como aquellos que sufren depresión, y mejoran la actitud ante los pacientes, especialmente cuando la actitud negativa se origina por el desconocimiento sobre la prevención del suicidio.⁹²

2.4.4 Barreras para la atención de la salud mental y las conductas suicidas en el contexto mexicano

En México, son pocos los estudios que abordan el seguimiento, la atención y la postvención del intento suicidio. Cabe mencionar que la mayoría de la literatura identificada tiene a los adolescentes como población objetivo. Además, se ha documentado que la mayoría de los intentos de suicidio ocurrieron antes de contactar con algún proveedor de servicios de salud.⁹³ Los resultados de encuestas psiquiátricas mostraron que el 41% de los adultos y 17% de los adolescentes buscaron tratamiento en los 12 meses previos al evento.³⁷ Datos de la ENSANut 2012, mostraron que 18.9% de los adolescentes que intentaron suicidarse, recibieron atención médica o psiquiátrica después del evento.³⁸ Para el 2018, esta proporción alcanzó el 8.8%.⁹⁴

En un estudio realizado con adolescentes con conducta suicida de cinco estados de la República se indagó sobre las limitaciones para su atención en el primer nivel. En este sentido, la poca frecuencia de las citas, la distancia entre los hogares y los centros de atención, los tiempos y costos de traslado, el empalme de las citas con el horario escolar, poca satisfacción con la atención psiquiátrica o psicológica recibida, y la rotación de personal psiquiátrico o de psicología, se percibieron como barreras para la atención.⁴⁴

Algunos estudios han generado evidencia sobre las barreras para la atención de salud mental en México. Si bien no particularizan en la atención de pacientes con conducta suicida, se puede esperar que algunos de estos hallazgos sean comunes para este problema de salud. Desde el punto de vista del paciente, un estudio recuperó la experiencia de mujeres usuarias de los servicios de primer nivel de atención en la Ciudad de México, donde se documentaron algunos factores que limitan el uso de los servicios de salud mental. Entre los principales resultados se encontró que el desconocimiento del servicio de salud mental, la falta de referencia, la falta de continuidad en el tratamiento, el horario de atención, el gasto asociado con la falta de personal del área de psicología o al traslado a los centros de referencia, el estigma asociado a la búsqueda de atención a la salud mental, son barreras para la atención a la salud mental.⁹⁵

Por otro lado, desde el punto de vista de los profesionales, mediante entrevistas a personal de salud de 19 centros de salud de la Ciudad de México, se reportó que los profesionales no consideran como prioritarios a los programas de salud mental, que el tiempo de consulta

es insuficiente para aplicar tamizaje en salud mental, que existen recursos humanos insuficientes para atender a la salud mental, y que no cuentan con información de dónde se brinda atención psiquiátrica. El personal de psicología refirió que los compañeros médicos dan poco valor a su trabajo, debido al desconocimiento de su labor.⁹⁶

Además, se han documentado las barreras para la implementación de la salud mental en el primer nivel de atención. El personal en el primer nivel de atención de clínicas de la Ciudad de México identifica las inequidades en el financiamiento para los programas como una de las principales limitaciones para la aplicación de dichas acciones. En su experiencia, existe mayor financiamiento para la atención de las adicciones que al programa de salud mental. También consideran que los pacientes no se quieren involucrar en el tratamiento, aunque reconocen que los usuarios no cuentan con suficiente conocimiento para identificar sus necesidades en salud mental.⁹⁷

En resumen, existe evidencia de las limitaciones a las que se enfrenta el personal de salud para atender a los pacientes que intentaron suicidarse en los servicios médicos o psiquiátricos. Esta evidencia se ha generado, principalmente, en contextos diferentes al mexicano y en países de altos ingresos. El estudio del intento de suicidio en México ha contribuido a la comprensión del fenómeno y a la identificación de factores que ponen en riesgo a la población, principalmente a los más jóvenes. Sin embargo, pocos estudios abordan las limitaciones que enfrentan los prestadores de servicios para la atención de la salud mental, específicamente, en la atención a los pacientes con intento de suicidio.

3. MARCO CONCEPTUAL

En esta sección se discuten los conceptos que guían la investigación. Primero, se presenta una discusión sobre la definición de las conductas suicidas, donde se busca esclarecer las diferencias que existen entre cada una de las etapas, así como la intencionalidad. Después, se aborda el proceso de atención en salud, haciendo énfasis en cada una de las etapas que involucran tal desarrollo. Finalmente, se presenta el concepto de barreras de atención, tomando en consideración algunos de los enfoques teóricos desde los que se han analizado.

3.1 CONDUCTA SUICIDA Y LESIONES AUTOINFLIGIDAS

De acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, en su décima revisión (CIE-10), las lesiones se clasifican según su intencionalidad. Las *lesiones intencionales* o violencia son resultado del uso intencional de la fuerza física contra uno mismo u otra persona, tiene como consecuencia daños psicológicos o traumatismos que pueden ser mortales.⁹⁸

Las *lesiones autoinfligidas intencionalmente*, o conducta autolesiva, comprende las acciones autodirigidas y que resultan deliberadamente en lesiones o en potencial daño hacia uno mismo. Ésta, puede ser no suicida, cuando no hay evidencia de intento de suicidio, o suicida, cuando existe evidencia de querer quitarse la vida.¹ La Figura 2 muestra la clasificación de las lesiones autoinfligidas de acuerdo con su intencionalidad.

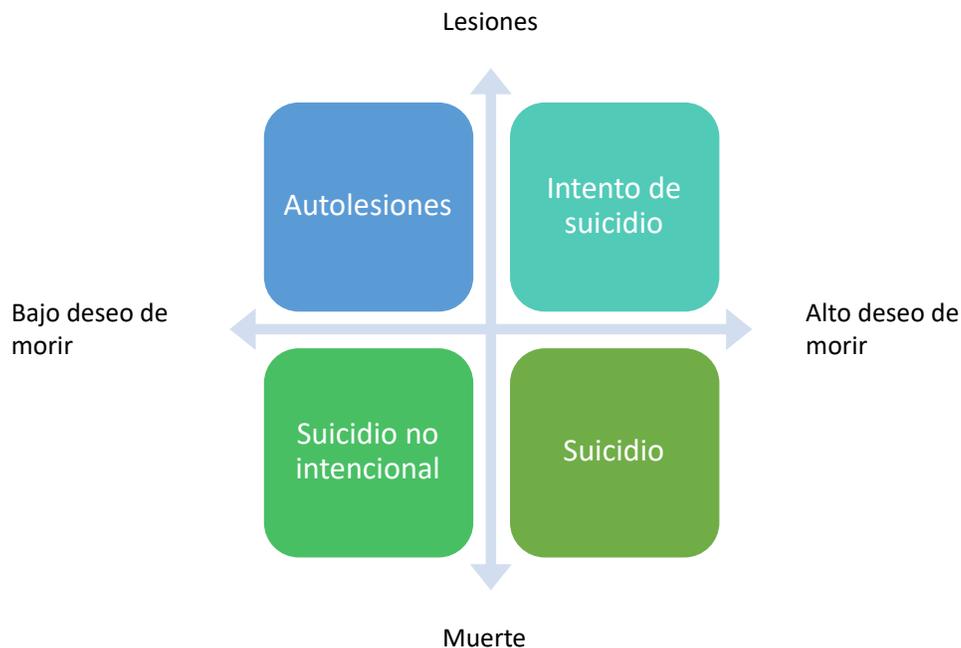
Se puede considerar como *suicidio* al acto de quitarse la vida deliberadamente.⁴ El suicidio se distingue de otras causas de muerte porque es resultado de lesiones, envenenamiento o sofocación autoinfligida intencionalmente. Debe establecerse la intención de morir o una estimación del nivel de letalidad de la lesión.⁹⁹ Cuando el episodio suicida no resulta en la muerte, se le considera como *intento de suicidio*. Este es, por tanto, un comportamiento autolesivo no fatal, donde existe evidencia de que la persona quería quitarse la vida y que puede resultar o no en una lesión. En algunos casos, se diferencia del *intento de suicidio interrumpido*, donde el sujeto que está intentando quitarse la vida, se detiene en algún momento antes de causarse una lesión fatal, sea por voluntad propia o por intervención de terceros.¹ Cabe destacar que, ya que estos términos se han desarrollado en lengua inglesa, puede existir ambigüedad al emplear “intento” en español. Este término puede confundirse

entre el “haber tenido la intención”, por ejemplo, quien sube a una barda pero no se arroja; con “haberlo intentado”, como alguien que ingirió pastillas con el fin de provocarse una sobredosis.⁸

Para su estudio, se han considerado momentos específicos que dan explicación al suicidio como un fenómeno complejo. Estos momentos, denominados *conducta suicida*, comprenden la ideación suicida; planeación y preparación; ejecución del intento suicida; y suicidio consumado. Podemos considerar a la conducta suicida como un proceso dinámico que involucra etapas emocionales, cognitivas y conductuales. Tiene un curso definido, con diversas instancias y categorías de análisis.⁸

Por otro lado, las lesiones *autoinfligidas no suicidas*, no tienen como fin la muerte.¹ Se han identificado casos donde el motivo de la autolesión fue por llamar la atención o tomar venganza de alguna figura de autoridad, aunque llegue a costar la vida. Otros intentos son *ambivalentes*, es decir, quien se infringe el daño le da igual el resultado, si vive o muere.⁸

Figura 2. Definiciones sobre violencia autoinfligida



Fuente: Centre for Suicide Prevention. (2016). *Straight Talk: Youth Suicide Prevention Workshop*. Calgary, AB.

Con base en lo anterior, se observa que existe poca claridad en las definiciones empleadas en el estudio del suicidio. Esto, se debe a que las conductas autolesivas no suicidas y las conductas suicidas se encuentran fuertemente correlacionadas, a que éstos conceptos no

son totalmente excluyentes;¹⁰⁰ y a la falta de consenso y polisemia en las áreas de estudio donde se aplican.⁹⁹

3.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE LA SALUD

El *proceso de atención* de la salud comprende las actividades realizadas para responder a una necesidad, normalmente, una alteración de la salud o del bienestar. En algunos casos, el profesional de la salud es el primero en detectar la necesidad; sin embargo, es más frecuente que el paciente o usuario sea quien detecte esta necesidad y comience con la búsqueda de atención.¹⁰¹

En dicho proceso es posible que intervengan amigos o familiares, existan intentos de automedicación o se acuda a prácticas fuera de la biomedicina. Una vez que el paciente entra en contacto con el personal de salud, este reconoce y especifica la necesidad del paciente para elegir la terapia adecuada y su aplicación. En el proceso de diagnóstico y tratamiento, es posible que intervengan diversos profesionales de la salud. Cuando el comportamiento del paciente y del otorgante convergen, deriva en la *utilización de los servicios*. Este proceso se desarrolla en un contexto u entorno, que comprende las estructuras, los procesos organizacionales de los servicios de salud y los factores socioculturales que no sólo influyen en la organización, también repercuten en la necesidad, su percepción, y en el comportamiento del cliente y del personal de salud.¹⁰¹

En este sentido, varios autores han denominado como *acceso* al grado de ajuste entre las necesidades del usuario y el sistema de salud;¹⁰² se refiere a la oportunidad de obtener la atención adecuada a una necesidad en salud.¹⁰³ El acceso resulta de la interacción de diversos factores individuales, familiares, sociales y físicos por un lado, y por el otro, de características del sistema de salud, organizacionales y de los proveedores de servicios.¹⁰³ Además, existen personas que tienen mayor o menor acceso a la atención en salud.¹⁰⁴

En términos prácticos, el acceso se ha expresado como una meta implícita de las políticas de salud.¹⁰⁴ Existen además, distintas perspectivas teóricas desde las cuales se ha sistematizado el estudio del acceso. Estas, se pueden clasificar en cuatro vertientes que se describen a continuación.

Una primera postura define el acceso a partir de un paquete o rango de servicios que se priorizan desde los recursos financieros disponibles. Otras posturas sitúan al acceso en la

lógica de mercado; donde se consideran tres perspectivas de análisis. La primera, dando énfasis al contacto con los servicios de salud; la segunda, con énfasis en las características de los prestadores, o en la oferta; y la tercera, que se centra en las características de la demanda, es decir, los usuarios.¹⁰⁵

Una tercera postura teórica retoma el modelo de mercado e incorpora la multicausalidad, tomando en cuenta factores organizados en niveles, desde el individual al político. Finalmente, encontramos los análisis que se basan en la lógica de las necesidades. Estas pueden ser *normativas*, definidas por un experto; *sentidas*, las identificadas por la población; *expresadas*, cuando se actúa a partir de una necesidad sentida; y *comparativas*, cuando se comparan las características de la población que recibe algún servicio con otra que no los recibe.¹⁰⁵

Aunque el enfoque principal de dichos trabajos ha sido el acceso, estos estudios se enmarcan en el proceso de búsqueda de atención y provisión de servicios de salud. Además, se reconoce que la atención de la salud está mediada por factores que la favorecen u obstaculizan y se pueden encontrar en cualquiera de los momentos del proceso de búsqueda de atención o en la provisión de servicios. Estos factores o barreras han sido estudiados con diversas poblaciones, para patologías específicas o programas. Las barreras pueden ser comunes a diferentes contextos, afectan principalmente a las personas que se encuentran en las jerarquías sociales más bajas, y pueden ser diferentes, dependiendo si se toma la perspectiva del prestador de servicio o del usuario.¹⁰⁶ Para los fines del presente proyecto, se retomará la perspectiva de los prestadores de servicios, o de la oferta.

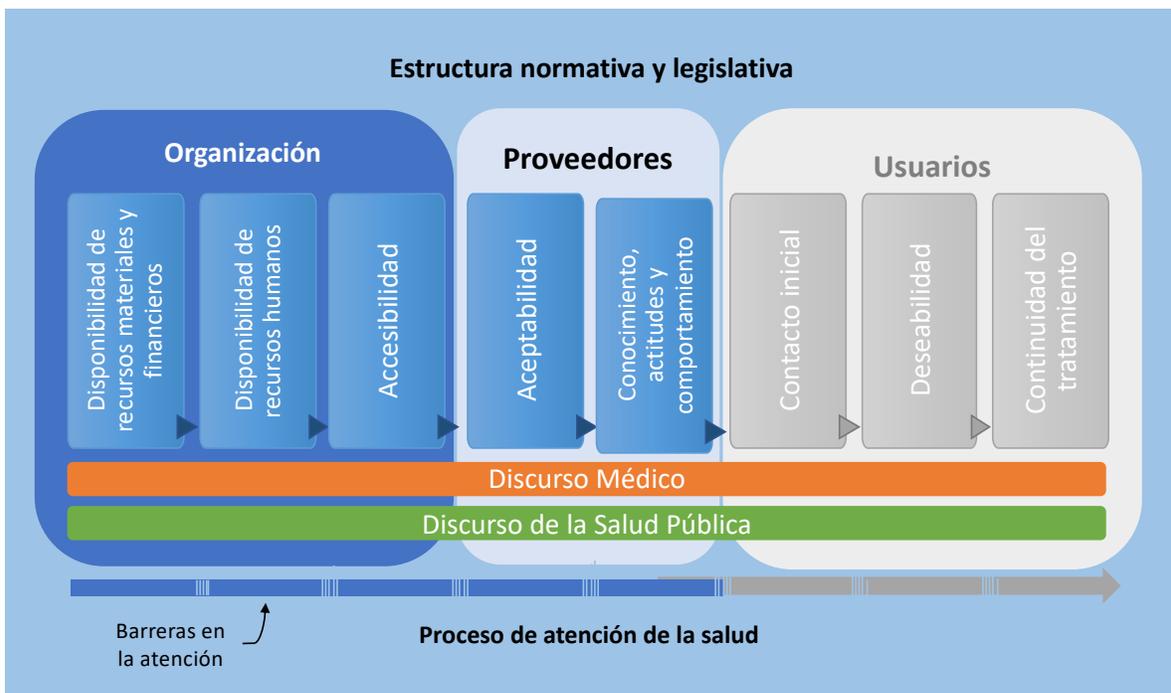
Ante la diversidad de perspectivas para abordar el proceso de atención de la salud, en la siguiente sección se presenta una propuesta de integración de las dimensiones del proceso de atención de la salud, las cuales servirán de sustento para analizar las barreras en la provisión de servicios de salud de personas con intento de suicidio.

3.2.1 Dimensiones para el análisis del proceso de atención de la salud

Para los fines de la presente investigación, se propone un modelo conceptual para el análisis de las dimensiones del proceso de atención de la salud basado en las propuestas de Tanahashi,¹⁰⁷ Donabedian,¹⁰¹ Aday y Andersen,¹⁰⁴ Penchansky y Thomas,¹⁰² Frenk,¹⁰⁸ y Levesque *et al.*¹⁰³ (Figura 3).

Este modelo diferencia a los principales actores en el proceso de atención de la salud: la estructura normativa y legislativa, la organización de los servicios de salud, el proveedor de servicio y los usuarios o clientes. En dicho proceso es posible encontrar distintos momentos o *dimensiones* que culminarían con el uso satisfactorio de los servicios o cobertura efectiva. Estas dimensiones pueden estar principalmente asociadas con la oferta de servicios o con la demanda de estos. Debido a que el presente trabajo se centra en la provisión de servicios, se detallan a continuación, únicamente las dimensiones que se encuentran relacionadas con la estructura normativa y legislativa, la organización de los servicios y los proveedores de servicios.

Figura 3. Dimensiones del proceso de atención de la salud



Fuente: Elaboración propia

3.2.1.1 Estructura normativa y legislativa

Como se mencionó anteriormente, el acceso se ha considerado como una meta en las políticas de salud. Por lo tanto, se han generado diversas iniciativas que tienen como fin “mejorar el acceso”. Así, las políticas y programas en salud se deben considerar como una dimensión inicial para enmarcar el proceso de atención de la salud.¹⁰⁴ Una parte esencial para la planeación de los servicios es la localización de la enfermedad, en términos de población, tiempo, lugar, discapacidad u otros indicadores que reflejen la necesidad de la

población. La historia natural de la enfermedad determinará, por una parte, el tipo de servicios que se requieren.¹⁰¹ Por otro lado, las políticas en salud tienen la posibilidad de modificar el proceso de provisión de servicios mediante la propuesta de programas y la organización de los servicios.¹⁰⁴

3.2.1.2 Organización de los servicios

La organización de los servicios refiere a las acciones que realiza el sistema de salud con sus recursos. Comprende la coordinación del personal médico y las instalaciones en el proceso de provisión de servicios. Para su análisis, podemos distinguir tres componentes: disponibilidad de recursos materiales y financieros, disponibilidad de recursos humanos y accesibilidad.¹⁰⁹

A la existencia de los insumos necesarios para que se brinde la atención necesaria y en cantidad suficiente para cubrir a la población objetivo, se le denomina *disponibilidad de recursos materiales y financieros*. Se refiere a insumos tales como medicamentos, clínicas, hospitales y otros bienes relacionados con la atención.¹⁰⁷ Además, se debe considerar su capacidad para producir servicios.¹⁰⁸ La capacidad total de un servicio se compone, a su vez, de dos elementos principales: la carga del servicio, es decir, la proporción de recursos que son utilizados, y la reserva del servicio, la parte de la capacidad que no se ocupa, en algunos casos, como previsión en caso de una emergencia o porque no se emplea adecuadamente. Cuando se emplean los recursos por encima de su límite normativo, se considera que existe una sobrecarga del servicio. Estas distinciones en la capacidad de la producción de servicios son también aplicables a los recursos humanos.¹⁰¹

Por otro lado, la *disponibilidad de recursos humanos* refiere a la adecuación entre la cantidad de proveedores, como médicos o psicólogos, y el volumen de las necesidades de los usuarios.¹⁰² El personal también debe contar con la capacitación adecuada para proveer servicios efectivos y de calidad. Para lograrlo, es necesario contar con un sistema de incentivos que motiven a los prestadores y coadyuve a cumplir con las normas y estándares recomendados.¹⁰⁷ En el caso de los recursos humanos, la insatisfacción del personal, la reducción de las horas de educación continua o la reducción del tiempo de consulta pueden ser evidencia de carga excesiva de servicio.¹⁰¹

La *accesibilidad* es un factor intermedio entre la capacidad de proporcionar la atención y la producción real del servicio. Comprende las características de la organización que facilitan

u obstaculizan la utilización de los usuarios potenciales. Se puede clasificar en términos *socio-organizacionales* y *geográficos*.¹⁰¹ La accesibilidad geográfica refiere a las características del espacio, como la distribución de los servicios, el transporte de los usuarios, tiempo de traslado, costos directos e indirectos entre otros.^{107,108} Por otro lado, la accesibilidad socio-organizacional comprende la forma en la que están organizados los servicios para aceptar a los usuarios, como las reglas para solicitar una cita, el horario de atención, o la existencia de una urgencia.¹⁰²

3.2.1.3 Proveedores de servicios de salud

Los recursos humanos en salud comprenden a los profesionales involucrados en la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población. En términos generales, incluye al personal del sector público y privado, así como distintos campos del sistema de salud, como es la atención preventiva y curativa, las intervenciones en salud pública, la gestión de los servicios, entre otros.¹¹⁰ Para fines del presente análisis, se considerará como proveedores de servicios a los profesionales de la salud involucrados en la prestación de servicios en instituciones de salud y programas públicos.

La *aceptabilidad* refiere a los factores de la organización y del proveedor de servicios que median en la admisión de un paciente. Desde el punto de vista organizacional, considera si el servicio es el apropiado para brindar la atención. Por parte de los proveedores existen elementos discrecionales para admitir a un paciente, como la manera en que se relacionan con el usuario o el método de remuneración.¹⁰¹ Así, los proveedores pueden preferir, por ejemplo, a pacientes que tengan mayor capacidad de pago y ser reticentes a atender a pacientes que requieren de beneficiencia. Por lo tanto, pueden recurrir a mecanismos para ser menos disponibles.¹⁰² Incluye también factores culturales y sociales por los que el servicio puede no ser aceptable para algunos sectores de la población objetivo.¹⁰³

Durante la entrevista clínica, el prestador de servicios, particularmente el médico, no se encuentra en una actitud pasiva. Traduce el discurso del paciente a partir de un sistema de ideas preestablecidas, como es el lenguaje médico de una época y lugar determinado. Del mismo modo, el médico solicita información que le permita contextualizar el problema dentro de sus sistemas conceptuales teóricos, el modelo médico científico. Estos *conocimientos*, o sistemas conceptuales teóricos, permiten al médico interpretar la

enfermedad o el padecer del paciente, para presentarle un diagnóstico y subsecuente tratamiento.¹¹¹

Tales aprendizajes, adoptados durante la formación médica, determinan *comportamientos*, que son aceptables y esperados al integrarse e interactuar en la esfera profesional. Algunas de estas acciones incluyen el cómo se habla sobre y con los pacientes; las interacciones con sus superiores, sus pares o los pacientes; el cómo se diferencian de aquellos fuera de la esfera médica; entre otras. Estas acciones son elementos esenciales en la formación de una identidad profesional.¹¹²

En este sentido, las decisiones clínicas son resultado de la interacción de factores como la relación médico-paciente, variables contextuales o socioculturales. Sin embargo, se ha identificado que existen otros factores que pueden afectar el criterio clínico, como el estado socioeconómico de los pacientes o los valores personales del personal a cargo.¹¹³ En este sentido, los médicos manifiestan *actitudes*, es decir, se posicionan ante un evento, persona u objeto estímulo, valorándolo positiva o negativamente.¹¹⁴ Particularmente, estudios previos han mostrado que este posicionamiento puede afectar el tratamiento de las conductas suicidas.¹¹³

3.2.1.4 Discurso médico

La atención a la salud se da en un contexto específico, donde convergen las estructuras y procesos de la organización, de la atención a la salud, los valores sociales y rasgos culturales predominantes. Dicho contexto influye en la percepción de la necesidad, así como en el comportamiento de los prestadores y los usuarios de los servicios ante esta.¹⁰¹ La práctica médica se basa, principalmente en el modelo biomédico, donde el cuerpo humano se fragmenta y se analiza desde sus partes. Así, la enfermedad surge a partir del mal funcionamiento de alguno de sus procesos mecánicos, biológicos o químicos. Por lo tanto, la labor del médico es intervenir para corregir estas disfunciones.¹¹⁵

Este modelo supone que la enfermedad se define por criterios objetivos, y asume que la ciencia biomédica es la perspectiva adecuada para diferenciar lo normal y lo patológico.¹¹⁶ En la práctica clínica, el discurso no solo es el medio de comunicación entre los miembros de la comunidad médica, sino un medio de comunicación con los pacientes. Estos intercambios, además, permean las estructuras sociales y culturales, generando respuestas a los síntomas, ya sea de los profesionales o de los pacientes.¹¹¹

En línea con el desarrollo del modelo biomédico, la idea de salud mental ha ido evolucionando, de ver a los locos como seres irracionales que necesitan estar separados de la sociedad, a ser considerada como una enfermedad, a partir del nacimiento del modelo asilar y de la psiquiatría moderna.¹¹⁷ En este sentido, el modelo biomédico explica a la enfermedad mental a partir de procesos fisiológicos. Por este motivo, la conducta suicida se considera como síntoma de un proceso patológico subyacente, dejando en segundo término los elementos biográficos y contextuales de los pacientes, o los factores que los hacen vulnerables a la aparición de las conductas suicidas.¹¹⁸

3.2.1.5 Discurso de la salud pública

Un concepto predominante en la salud pública es la noción del riesgo. Se considera como población en riesgo a aquellas personas que están en peligro de desarrollar o contraer alguna enfermedad o padecimiento. Ante el riesgo, se generan acciones como campañas de comunicación que adviertan a la población sobre los peligros a la salud, resultando así en la abstinencia de ciertas actividades. Sin embargo, en los discursos de la salud pública se pueden identificar dos tipos de riesgos, aquellos que provienen de factores externos o ambientales y otros que son resultado de los estilos de vida de las personas. Esta diferenciación puede resultar en distinciones morales, donde se responsabiliza a los individuos de no evitar algunos comportamientos o situaciones en beneficio de su salud.¹¹⁹ Estas distinciones pueden permear el proceso de atención junto con el discurso médico.

Una vez identificados estas dimensiones en el proceso de atención, se pueden clasificar distintos factores que facilitan u obstaculizan el seguimiento de la atención. A continuación, se abordará el concepto de obstáculos o barreras en el proceso de atención de la salud desde la perspectiva del prestador de servicios.

3.2.2 Barreras en el proceso de atención de la salud

El proceso de provisión de servicios es principalmente lineal. Sin embargo, en dicho proceso se presentan una serie de obstáculos, tanto para producir servicios como en la búsqueda y obtención de la atención. En general, a los obstáculos que enfrentan los proveedores y usuarios en el proceso de atención de la salud se les ha denominado *barreras*. Idealmente, la población desarrolla capacidades para superar los obstáculos,¹⁰⁸ mientras que los proveedores, una vez que identifican los cuellos de botella o barreras, pueden implementar mejoras. Usualmente estas acciones propician cambios sólo en algunos aspectos de la

provisión de servicios, y preferentemente, se debe evaluar el impacto que estos cambios tienen en el proceso de atención y en la cobertura.¹²⁰

Considerando el desarrollo de las dimensiones del proceso de atención mencionadas anteriormente, se tomarán como punto de partida para poder identificar y clasificar las barreras que el prestador de servicios enfrenta al prestar su labor. En el Cuadro 3 se resumen algunos de los obstáculos que se pueden presentar en la provisión de servicios. Por ejemplo, en el caso de la estructura normativa y organizacional, la división de las áreas de los servicios puede presentar un obstáculo para atender a la población, pues es posible que el tipo de servicio que se requiere, como el de psicología o salud mental, no se encuentre disponible.

Cuadro 3. Barreras en el proceso de atención de la salud desde la perspectiva del prestador de servicios

Dimensiones	Barreras en el proceso de atención
Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Distancias de traslado • Tiempo y costos de traslado • Costos de la atención • Horarios de atención inadecuados • Escasez y dificultad de transporte • Tiempo de espera prolongados
Aceptabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de paciente que el proveedor prefiere atender • Estigma social • Incompatibilidad cultural entre el usuario y el equipo de salud • Concepción de la atención y de los tratamientos
Disponibilidad de recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de formación y capacitación • Escasez de horas de atención • Saturación de los servicios
Disponibilidad de recursos materiales y financieros	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamiento • Organización
Estructura normativa y legislativa	<ul style="list-style-type: none"> • Organización de los servicios • Políticas en salud • Gobernanza

Fuente: Elaboración propia

Se debe tener en consideración que las dimensiones del proceso de atención no son fácilmente separables. Es decir, en algunos contextos la accesibilidad puede estar fuertemente relacionada con la disponibilidad.¹⁰² Para analizar las barreras en cada una de las dimensiones de la atención, se toman en consideración diversos factores que pueden

obstaculizar el proceso de atención. Debido a su correlación, algunos factores pueden asociarse con más de una dimensión.

Con base en lo anterior, se observa que el proceso de atención de la salud es un proceso complejo, aunque se pueden simplificar los actores involucrados, existen multiplicidad de factores que pueden afectar dicho proceso. En el caso específico de la atención del intento de suicidio en el contexto mexicano, no se han documentado previamente las barreras que enfrenta el personal de salud. En las siguientes secciones se desarrollará el planteamiento del problema y la metodología propuesta para responder a este vacío de información.

4. METODOLOGÍA

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las conductas suicidas comprenden las acciones que resultan en potencial daño hacia uno mismo, o lesiones auto infligidas con el fin de quitarse la vida; incluyen la ideación, planeación e intento suicida. Aunque su registro presente limitaciones, se ha observado que los adolescentes, las mujeres, el consumo de sustancias, las personas con preferencias homosexuales o con trastornos mentales, presentan mayor riesgo de intentar quitarse la vida.

Las conductas suicidas representan una carga económica para los servicios de salud y para la sociedad. Entre las estrategias para prevenir los suicidios se considera como parte integral la atención en unidades de primer nivel, haciendo énfasis en la capacitación del personal no especializado en salud mental y en eliminar las barreras de acceso, antes y después de un intento de suicidio. Sin embargo, los estudios sobre las barreras para la atención de las conductas suicidas se han generado en contextos diferentes al mexicano o desde la perspectiva del paciente, por lo que el punto de vista de los prestadores de servicio ha sido relegado.

Los prestadores de servicios son actores clave para la atención a la salud; sin embargo, ante la falta de claridad en las políticas y estrategias que aborden el problema del suicidio a nivel nacional, la labor del personal puede verse obstaculizada por factores como la carencia de recursos, la falta de capacitación, la saturación de los servicios, el desconocimiento de los servicios disponibles, entre otras. Aunque se han analizado las barreras para la atención a la salud mental en el contexto mexicano, se han documentado con menor frecuencia las barreras que el personal de salud identifica para prestar atención a los pacientes con conducta suicida. Con base en lo anterior, se propuso la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las barreras para la atención de personas con conducta suicida desde la perspectiva del personal de salud del primer nivel de atención en la Ciudad de México?

4.2 OBJETIVO GENERAL

Analizar las barreras para la atención de pacientes con conducta suicida, desde la perspectiva del personal de salud que labora en el primer nivel de atención en la Ciudad de México.

4.3 SUPUESTOS TEÓRICOS

La prestación de atención a la salud para pacientes con conducta suicida se encuentra obstaculizada por diversas barreras que debe sortear el personal de salud. Por un lado, existen barreras estructurales, como la falta de políticas y guías nacionales para la atención del suicidio, infraestructura insuficiente para el personal especializado en salud mental, la saturación de los servicios, la falta de capacitación al personal de salud no especializado en salud mental, y la falta de financiamiento público. Por otro lado, se encuentran factores individuales o propios de los proveedores, como la formación, la capacitación, la comunicación con el paciente, entre otros.

4.4 JUSTIFICACIÓN

La mortalidad por suicidio en México ha presentado un incremento en todos los grupos de edad desde hace más de treinta años. A pesar de su importancia y la carga de la enfermedad del suicidio, pocas acciones se han propuesto e implementado a nivel nacional para la prevención y atención del suicidio. Además, las acciones emprendidas para este problema de salud no han tenido el mismo apoyo ni difusión que otros problemas de salud que afectan diferenciadamente a la población.

Los prestadores de servicios son actores clave para la atención de la salud de la población. A pesar de su importancia, buena parte de los estudios que refieren a las barreras de acceso toman la perspectiva del paciente o usuario.

Al analizar las barreras en la provisión de servicios de atención a pacientes con intento suicida se busca generar evidencia que, desde la perspectiva de la salud pública, contribuya con la mejora de la atención a este problema de salud en específico, junto con el diseño de estrategias que promuevan la atención integral a la salud.

4.5 MATERIAL Y MÉTODO

4.5.1 Reflexibilidad y equipo de investigación

El interés por analizar las barreras que existen para la atención de las conductas suicidas en el primer nivel de atención surgió de los hallazgos de un estudio previo, realizado en el país, donde se encontró que los adolescentes con conductas suicidas enfrentan obstáculos para acceder a los servicios de salud del primer nivel de atención. Entre estos obstáculos se describieron, por ejemplo, el poco tiempo destinado a las consultas, los horarios de atención disponibles que se traslapan con los horarios escolares, así como la alta rotación del personal de salud ⁴⁴ Este análisis, además, planteó la necesidad de explorar con mayor profundidad estas barreras, considerando distintos actores, entre ellos, los prestadores de servicios de salud. A partir de esto, decidí realizar mi tesis doctoral sobre este último punto.

A nivel personal, estudié en un colegio católico, donde difícilmente se hablaba de los problemas de salud mental, y las conductas suicidas eran consideradas pecado. Aunque no he atravesado por una crisis suicida, fui consciente de las autolesiones de compañeras durante la adolescencia, y de cómo fueron señaladas en el entorno escolar. Mi formación profesional es en las ciencias sociales, por lo que tampoco tengo experiencia atendiendo a pacientes con conductas suicidas. Sin embargo, considero que el personal de salud, quienes enfrentan las carencias y limitaciones para la operación diaria de las unidades de salud, además de ser los expertos en la provisión de los servicios a su cargo, deben ser tomados en cuenta para el desarrollo de programas y políticas que les atañen.

El equipo de investigación involucrado en este estudio tiene una formación multidisciplinaria, a nivel de posgrado, en áreas relacionadas con la salud, como epidemiología, sistemas de salud, antropología médica, estudios de población y salud pública, lo cual permitió abordar el tema desde distintas perspectivas que enriquecieron el análisis.

4.5.2 Diseño de estudio

Se propuso un estudio de tipo cualitativo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas al personal de salud que labora en los servicios de salud mental en la Ciudad de México, con la finalidad de recuperar su perspectiva y experiencia en la atención a la población con conducta suicida. A partir del marco conceptual de este estudio, se diseñó una guía de entrevista, se realizó una prueba piloto para probar su validez de contenido (Anexo 8.1).

Además, se diseñó una cédula de datos sociodemográficos, que se completó antes de cada entrevista (Anexo 8.2).

4.5.3 Población de estudio

Personal de salud directivo y operativo adscrito a dos unidades de referencia nacional del primer nivel de atención —médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadoras sociales—, que brindan atención ambulatoria de salud mental. Las unidades se encuentran en las alcaldías Cuauhtémoc e Iztapalapa de la Ciudad de México.

4.5.4 Descripción de la muestra

Las unidades se seleccionaron por recomendación de un funcionario de la Secretaría de Salud, quien estableció el contacto con el personal directivo de dichos centros. Una vez se presentó el proyecto ante los directivos, el área de enseñanza de cada centro extendió la invitación a los posibles participantes.

La selección de participantes fue por muestreo selectivo y hasta alcanzar el punto de saturación teórica. La muestra se obtuvo entre el personal directivo, médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros que brindan atención a la salud mental ambulatoria y se encuentren adscritos al programa de salud mental estatal, se excluyeron residentes y personal de salud en formación. Para su inclusión, se buscó que los participantes tuvieran experiencia en la atención de pacientes con conducta suicida.

La invitación a participar se hizo cara a cara, con apoyo de los coordinadores de área y la dirección de enseñanza de cada unidad. Se procuró la variabilidad en el perfil profesional para poder tener mayor amplitud en los puntos de vista del personal involucrado con la atención a las conductas suicidas.

4.6 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

La información obtenida en entrevistas semiestructuradas al personal de salud se analizó mediante la metodología de marco analítico (*framework analysis*).¹²¹ Este método se desarrolló en el Reino Unido como una alternativa pragmática para el análisis de políticas y facilita el análisis sistemático de información cualitativa.¹²² Además, es empleado para la investigación en otras áreas de la salud como partería, enfermería y psicología de la salud.¹²³ La característica distintiva de esta metodología es que permite realizar matrices temáticas, donde cada participante se coloca en las filas y los subtemas, en las columnas.

De este modo, el análisis de información puede realizarse basándose en temas o en casos. La metodología de marco analítico presenta diversas cualidades. Por su estructura, permite analizar conjuntamente la información de estudios vinculados mediante la identificación de categorías transversales, y mediante el uso de esquemas, permite explicitar el proceso de toma de decisiones en el análisis. Esta metodología no está exenta de limitaciones; requiere un tiempo extenso para la el análisis e interpretación de los resultados, con el fin de asegurarse aplicar el análisis rigurosamente. ¹²³

El método de marco analítico propone siete pasos para realizar el análisis:¹²³⁻¹²⁵

1. Transcripción: Las entrevistas fueron grabadas con la mejor calidad de audio posible y transcritas *verbatim*. Una vez transcritas, se ordenaron por tipo de participante.
2. Familiarización: Para conocer a detalle las transcripciones y comprender de manera general el contexto de las entrevistas antes de comenzar con la codificación, las transcripciones se leyeron en conjunto con las notas de campo.
3. Codificación: La codificación se realizó por segmentos, identificando categorías y asignando códigos a cada una de ellas; también se incluyó la interpretación de los testimonios de los participantes y categorías emergentes.
4. Desarrollo de marco analítico: Los temas y códigos se definieron con base en el marco conceptual sobre el proceso de atención de la salud y las barreras sobre conductas suicidas, desde la perspectiva del personal de salud. El equipo de investigación definió los temas, subtemas y códigos finales, incluyendo códigos emergentes. Los códigos se agruparon en categorías que se integraron en un manual de codificación (Anexo 8.6); en la Figura 4 se muestra el árbol de códigos empleado en este análisis.
5. Aplicar el marco analítico: Refiere al proceso de codificación de la información. Con el fin de facilitar este proceso, se usó el software de análisis cualitativo *Atlas-ti*® 8.4.3.
6. Vaciado de información en la matriz: La información se condensó en una hoja de cálculo de *Microsoft Excel 365*; se resumió por categoría para cada transcripción.
7. Interpretación de los datos. El equipo de investigación consensuó la información de cada tema y subtemas, siguiendo un análisis iterativo de datos, tanto de manera inductiva como deductiva, hasta encontrar el punto de saturación teórica, es decir,

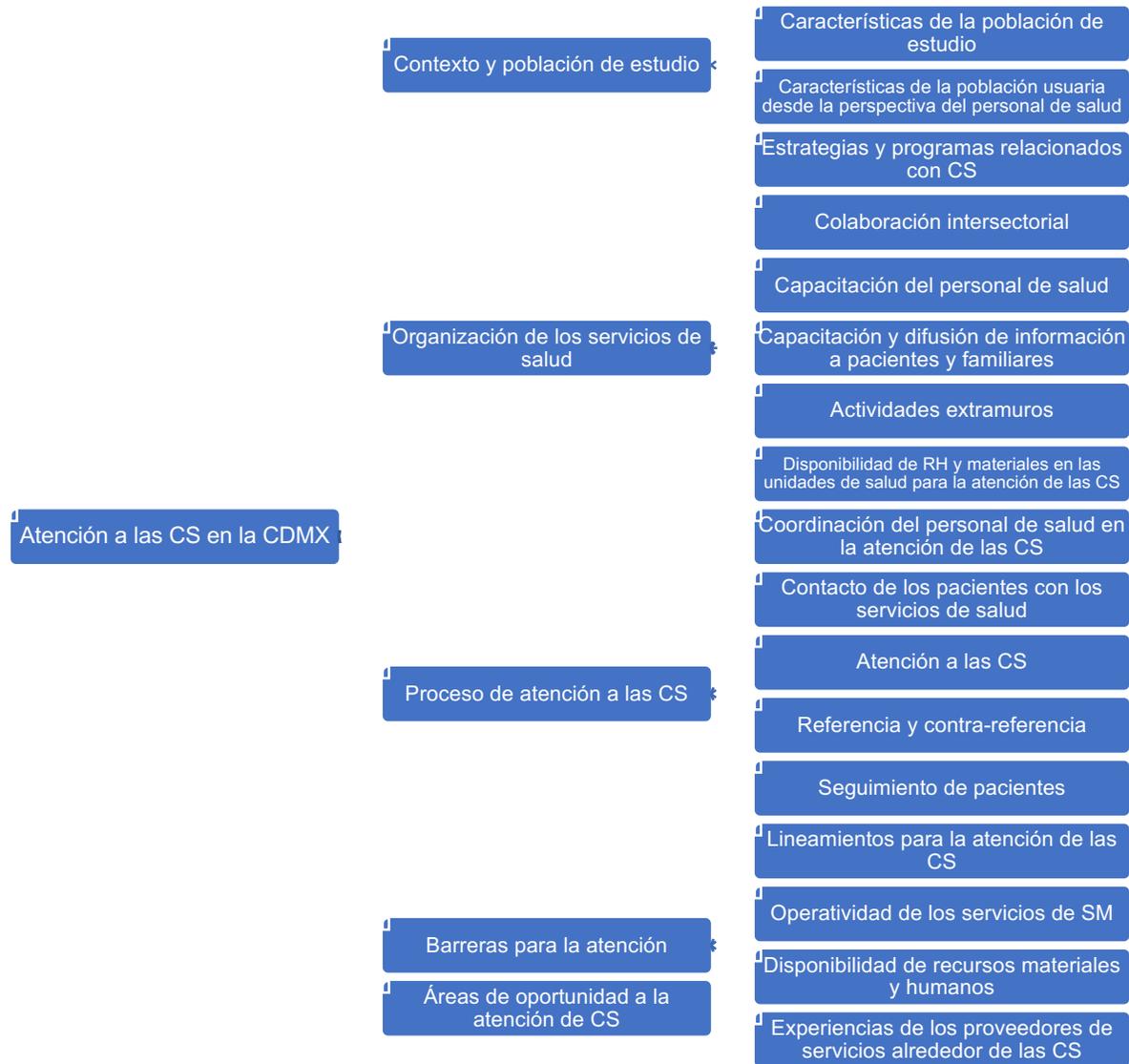
cuando la información compilada no agregó información nueva de los temas y subtemas identificados

4.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio no presentó riesgo para los participantes, ya que se basó en entrevistas que no tratan aspectos sensibles de la conducta de los respondientes. Para garantizar la confidencialidad de los participantes de las entrevistas, la información obtenida solo fue discutida con el comité tutor y se resguardaron los datos personales de los participantes. Las grabaciones, en formato digital, se preservaron en una cuenta de almacenamiento en nube, con acceso únicamente a personas involucradas en esta tesis. Para la presentación de resultados, se omitieron detalles que pudieran permitir la identificación de los participantes.¹²⁶

De cada uno de los participantes se obtuvo el consentimiento informado (Anexos 8.3 y 8.4) por escrito de acuerdo con los principios éticos para la investigación en humanos contenidos en la Declaración de Helsinki. El protocolo de estudio fue revisado y aprobado por la Comisión de Ética e Investigación de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con el número de proyecto PMDCMOS/CEI/006/2019 (Anexo 8.5).

Figura 4: Árbol de códigos RH



Simbología: CS= Conducta suicida, RH= Recursos Humanos, SM= Salud Mental

Fuente: Elaboración propia

5. RESULTADOS

Los resultados se ordenan en torno a cinco temas, cada uno con sus respectivos subtemas. Particularmente, los resultados del tema “Barreras para la atención” se publicaron en un artículo de investigación (Anexo 8.7)

5.1 CONTEXTO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

5.1.1 Características de las unidades de salud mental

En el primer nivel de atención se cuenta con cuatro unidades especializadas en salud mental de referencia nacional, tres de ellas con enfoque de atención comunitaria. Para el presente estudio, se eligieron dos de estas unidades por conveniencia. Ambas unidades se ubican en zonas caracterizadas por tener niveles de pobreza elevados.¹²⁷ Como se describe a lo largo de esta sección, las actividades de los centros se concentran en la comunidad de las Alcaldías donde se ubican, otorgan atención de prevención primaria en salud mental, atención especializada a pacientes en las etapas iniciales de trastornos mentales o de la conducta, además de dar seguimiento a pacientes egresados de hospitales psiquiátricos que requieren vigilancia por un tiempo determinado.

5.1.2 Características de la población de estudio

La edad promedio de los participantes fue de 48 años (mínima 26, máxima 74). El 63% de los entrevistados fue mujeres. Se entrevistaron a los directores de las unidades de salud, ambos médicos psiquiatras, 11 médicos, 12 psicólogos, 8 enfermeras y 2 trabajadoras sociales. De estos, 63% contaba con posgrado, la mayoría en psiquiatría (Cuadro 4)

Cuadro 4. Características sociodemográficas de los participantes

Características	N	%
	-	
	35	
Edad promedio (desviación estándar)	48 (13)	
Sexo		
Hombre	13	37
Mujer	22	63
Nivel educativo		
Licenciatura	13	37
Especialidad	10	29
Maestría y doctorado	12	34

Antigüedad en el puesto actual		
<10 años	16	46
10-24 años	10	29
25 años o más	9	26

Fuente: Elaboración propia con datos de la cédula de identificación de datos personales

5.1.3 Características de la población usuaria desde la perspectiva del personal de salud

La población que acude a las unidades de salud es, principalmente, originaria de la Ciudad de México y de la Zona Metropolitana de México, aunque también acuden personas provenientes de otros estados, pues tienen apoyo familiar para poder hospedarse y acudir a la unidad de salud. Por grupo de edad, los participantes también mencionaron que, en sus unidades, se atienden a pocas personas adultas mayores, sin importar el motivo de consulta.

De acuerdo con la experiencia de los participantes, la atención a las conductas suicidas no es la principal razón de consulta de los pacientes, ya que solicitan atención por trastornos de la conducta, de la personalidad, del estado de ánimo, o comorbilidades múltiples, y en el curso de la atención, se identifica la conducta suicida. Los pacientes presentan con mayor frecuencia ideación suicida o conductas auto lesivas, afectan principalmente a adolescentes o adultos jóvenes que sufren un periodo de crisis.

5.2 ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

5.2.1 Estrategias y programas relacionados con las conductas suicidas

Al momento de la recolección de información, no existía un estrategia nacional, estatal o institucional para la atención de las conductas suicidas, tampoco se identificó a la autoridad responsable de las actividades de salud mental. Sin embargo, dentro de las estadísticas o indicadores de seguimiento, se incluye la atención al suicidio, además de actividades de promoción de la salud que se realizan en comunidad. Para la atención, los profesionales mencionaron adherirse a las guías de práctica clínica para los distintos trastornos mentales que se atienden en las unidades, además que se realizan acciones comunitarias que se detallarán en las siguientes secciones.

5.2.2 Colaboración intersectorial

En la experiencia de los participantes, existe colaboración con instituciones del sector salud, educativo y de la sociedad civil para brindar atención a la salud mental, realizar actividades de investigación, capacitación y promoción de la salud. Cabe mencionar que los acuerdos y actividades difieren entre cada una de las unidades de salud mental.

Con el sector educativo, los participantes mencionaron que el área de Salud Mental Comunitaria apoya para agendar citas a los pacientes en riesgo. Con este fin, una persona de la escuela se desempeña como enlace institucional, se comunica con el área de Salud Mental Comunitaria para gestionar citas y dar seguimiento a los pacientes referidos mediante la asistencia a citas. Para la atención a las conductas suicidas, una de las unidades impartió un curso de prevención del suicidio a trescientos profesionales de Seguridad Pública.

5.2.3 Capacitación del personal de salud

Como parte de las actividades y derechos laborales del personal de salud, los participantes mencionaron que reciben capacitación continua. Anualmente, se realiza una encuesta con el personal para recabar sus necesidades de capacitación. También se establecen temas prioritarios de capacitación desde el órgano rector de la Secretaría de Salud. A partir de estas dos fuentes, se realiza el plan de capacitación y las actividades se evalúan trimestralmente. Dentro de los planes de capacitación, pueden incluirse temas sobre conducta suicida, sin embargo, la asistencia a estos cursos es voluntaria. Además de los cursos que ofrece el programa de capacitación de las unidades, el personal de salud puede asistir a cursos que sean de su interés y que se imparten en otras instituciones, como los hospitales psiquiátricos donde ofertan talleres y diplomados sobre la atención a la salud mental y conductas suicidas.

Las unidades también apoyan en la formación de profesionales de la salud, mediante la rotación de estudiantes de medicina y enfermería, y de prácticas de servicio social para estudiantes de psicología. Durante la rotación, los estudiantes de enfermería apoyan con el desarrollo de materiales informativos, como videos, carteles, y periódicos murales, que se presentan en la sala de espera de las unidades, además de participar en la formación de

grupos psicoeducativos. Por otro lado, los estudiantes de servicio social en psicología apoyan con labores de investigación

Por otro lado, en una de las unidades se imparten cursos trimestrales dirigidos a las personas interesadas sobre actividades de prevención en salud mental y otro sobre enfermedades mentales. En ambas capacitaciones, se abordan temas relacionados con la conducta suicida. El área de Salud Mental Comunitaria imparte una capacitación con validez curricular sobre prevención del suicidio. Dicha capacitación está dirigida a personal de salud (médicos, psicólogos y enfermeras) del servicio público y privado. El curso aborda definición de las conductas suicidas, epidemiología, factores de riesgo, entre otros. Los capacitadores son parte del personal del centro y especialistas invitados de otras instituciones.

5.2.4 Capacitación y difusión de información a pacientes y familiares

En las unidades existen talleres y grupos psicoeducativos para pacientes y sus familiares, donde se abordan temas de salud mental. Estas capacitaciones abordan el tema de suicidio, vinculado con otras patologías de relevancia como la depresión. Para apoyar el tratamiento de los pacientes con conductas suicidas, se invita a los familiares de los pacientes a acudir a un grupo psicoeducativo con el fin de orientarlos sobre las características del problema de salud y mejorar su actitud ante las situaciones de estrés o crisis que pudieran afrontar. Los participantes mencionaron que durante las consultas se realiza labor de psicoeducación sobre el padecimiento y el tratamiento con el paciente y sus familiares.

5.2.5 Actividades extramuros

Las actividades extramuros relacionadas con la atención de las conductas suicidas están dirigidas principalmente a la población adolescente, quienes cursan educación básica o media superior. A través del área de Salud Mental Comunitaria, realizan intervenciones en diversas instituciones educativas o de la sociedad civil, que consisten mayormente en charlas y la distribución de material informativo sobre temas de salud mental, conductas suicidas y los servicios que brinda el centro.

Aunque ambas unidades realizan actividades con el sector educativo, las intervenciones son diferentes. En una, se capacitaron a profesores y estudiantes de una escuela de nivel

medio superior para detectar necesidades de salud mental entre los estudiantes y referir a las autoridades las necesidades de atención. En la segunda unidad, el área de Salud Mental Comunitaria estaba en vías de diseñar un modelo de detección y atención a las conductas suicidas en conjunto con una institución de nivel medio superior y superior.

5.2.6 Disponibilidad de recursos humanos y materiales en las unidades de salud para la atención de las conductas suicidas

En las unidades laboran personal médico, de enfermería, trabajo social y psicología, que se dividen en las áreas de consulta externa, salud mental comunitaria, psicología, trabajo social y enseñanza. En ambas unidades laboran médicos psiquiatras y paidopsiquiatras, quienes se encargan de dar atención especializada a niños y adolescentes. No hay un profesional especializado en atención a las conductas suicidas, alrededor de la tercera parte de los participantes refirieron haber sido capacitados para la atención a las conductas suicidas, adicionalmente a los contenidos de su formación profesional.

5.2.7 Coordinación del personal de salud en la atención de las conductas suicidas

Para atender a los pacientes con conductas suicidas, en las unidades se integra un equipo multidisciplinario liderado por el médico psiquiatra, un psicólogo y trabajador social. El psiquiatra se encarga de realizar el diagnóstico y llevar el tratamiento farmacológico. El psicólogo se responsabiliza del tratamiento psicoterapéutico, mientras que trabajo social lleva un seguimiento y orientación con los familiares para generar los cambios necesarios en los factores que están afectando al paciente en el hogar. El personal de enfermería apoya en el seguimiento farmacológico y en la conformación del expediente de los pacientes.

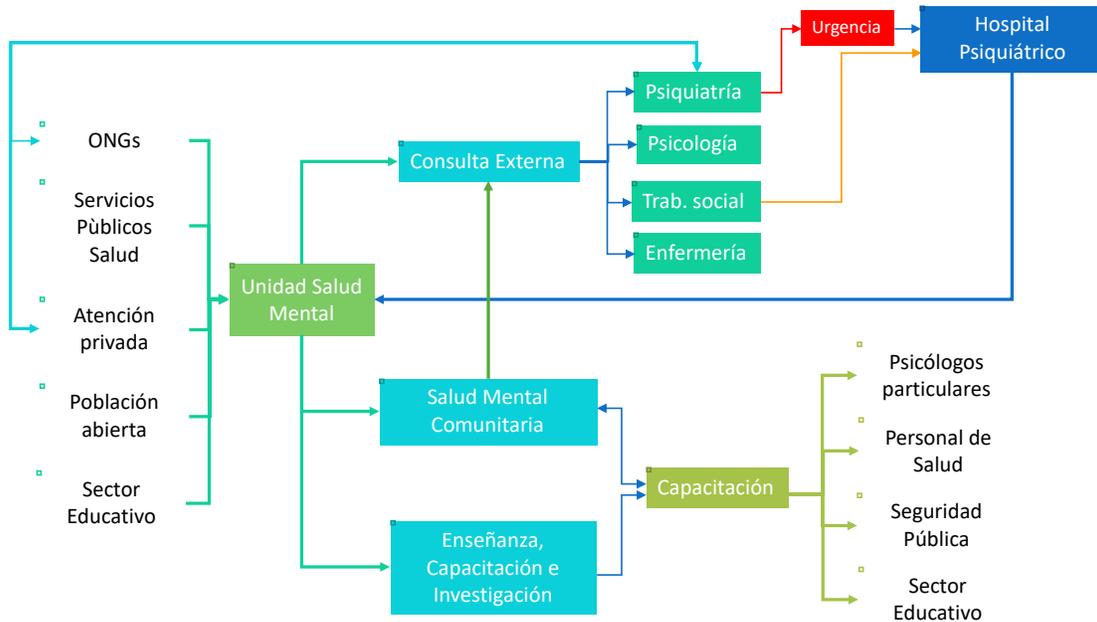
La coordinación del trabajo en equipo es una parte esencial de la atención de los pacientes con conductas suicidas. Existe una constante comunicación entre el equipo multidisciplinario sobre la evolución y las necesidades de los pacientes. Las notas de cada integrante del equipo se agregan al expediente del paciente, y todos los involucrados trabajan con el mismo documento.

5.3 PROCESO DE ATENCIÓN A LAS CONDUCTAS SUICIDAS

La atención que se brinda en la institución se guía a partir de un manual de procedimientos, donde se describen las acciones a realizar dependiendo del motivo de atención. El proceso

de atención descrito a partir de la experiencia de los participantes se muestra en la Figura 4. Cabe mencionar que, en esta sección, se describen las acciones que involucran el proceso, las falencias que se pueden generar en cada etapa se discuten en el apartado de barreras para la atención.

Figura 4: Respuesta de la Unidad de Salud Mental al intento de suicidio



Fuente: Elaboración propia con información de los participantes.

5.3.1 Contacto de los pacientes con los servicios de salud

El primer contacto de los pacientes con las unidades de salud, a decir de los participantes, se da de manera espontánea o por sugerencia de familiares. En menor proporción, los pacientes son canalizados de instituciones públicas de salud, asistencia social, Organizaciones de la Sociedad Civil, o psicólogos con práctica privada. Los pacientes también pueden ser referidos del medio escolar, por presentar alteraciones emocionales o de conducta. Para citas de primera vez, se asignan fichas de acuerdo con la disponibilidad de los médicos psiquiatras y se les solicita documentación a los pacientes. La atención comienza con una consulta de valoración, donde se elabora historia clínica y se realiza una evaluación psiquiátrica al paciente.

5.3.2 Atención a las conductas suicidas

Una vez que el médico psiquiatra elabora un diagnóstico, se integra un equipo de atención con trabajo social, psicología y enfermería para brindar psicoterapia y dar seguimiento a los pacientes. La conducta suicida se determina a través de la entrevista clínica, o en el curso del tratamiento psiquiátrico o terapéutico. También se toma en consideración la problemática en caso de que un familiar la informe a algún miembro del equipo terapéutico. Cada uno de los miembros del equipo terapéutico cumple con funciones específicas para la atención.

El médico psiquiatra se encarga del abordaje diagnóstico, del tratamiento farmacológico y manejo de factores de riesgo o protección. El área de trabajo social evalúa el entorno del paciente, si cuenta con red de apoyo, monitorea la referencia a otras instituciones, y asigna becas económicas. El área de enfermería funge como primer contacto, por lo que su intervención es clave para la detección y generar confianza con el paciente.

El personal de psicología se encarga de la intervención en crisis, manejo terapéutico y trastornos de adaptación. Los psicoterapeutas usan con mayor frecuencia el enfoque cognitivo conductual para atender conductas suicidas. Este requiere implementar una serie de acciones, como tratar el trastorno mental concomitante, psicoeducación sobre el suicidio, formación de redes de apoyo, regulación de las emociones, reducir el acceso a medios, entre otros. Sin embargo, cada psicólogo tiene la posibilidad de emplear el enfoque terapéutico en el que estén formados o tengan experiencia.

En caso de identificar conductas suicidas o intentos previos, el personal a cargo busca involucrar a los familiares como parte de la red de apoyo. A decir de los participantes, el apoyo familiar es crucial para lograr una evolución adecuada con los pacientes. En este proceso buscan mejorar la comunicación, identificar situaciones de violencia, referirlos a terapia familiar, además de la invitación a participar en un curso psicoeducativo que se describió anteriormente.

Cabe mencionar que el tratamiento ambulatorio no es viable para todos los pacientes. Cuando se detecta que existe una estructuración, es decir, el paciente considera medios para quitarse la vida; o existe una planeación, cuando ya se tiene considerado cuándo y

cómo quitarse la vida, se recomienda el internamiento en un hospital psiquiátrico. La siguiente sección detalla el proceso de referencia y contra-referencia en la atención.

5.3.3 Referencia y contra-referencia

Ya que las unidades prestan servicios en el primer nivel, no cuentan con la infraestructura para realizar atención de internamiento, cuando el paciente presenta alguna conducta suicida de alta letalidad, se elabora una hoja de referencia a un hospital psiquiátrico. En la Ciudad de México existen dos hospitales psiquiátricos generales y uno especializado en atención padosiquiátrica; la referencia a estas instituciones se realiza dependiendo de la edad del paciente. A los beneficiarios de Seguridad Social (IMSS o ISSSTE) se le recomienda acudir a la clínica que les corresponde para que se les brinde atención y sean referidos al tercer nivel.

Al llegar a los hospitales de referencia, se realiza una evaluación para determinar si es necesario el internamiento de los pacientes. Durante la estancia, a los pacientes se les da tratamiento farmacológico y terapéutico, hasta determinar que se ha superado la crisis. Al ser egresados, se realiza un resumen con el tratamiento farmacológico empleado y las condiciones en las que fue egresado para continuar con el tratamiento en la unidad de atención ambulatoria que sea más cercano al domicilio del paciente.

5.3.4 Seguimiento de pacientes

No existe una duración específica para el tratamiento psiquiátrico de los pacientes en las unidades de salud mental. La periodicidad de las citas las determina el médico tratante conforme a la evolución del paciente y la disponibilidad de espacios en su agenda. En la atención psicológica, la duración del tratamiento dependerá del programa de psicoterapia y del progreso de los pacientes.

El personal de salud mantiene un seguimiento estrecho con los pacientes con conductas suicidas. En caso de referencias o tratamiento domiciliario, piden a los familiares mantener informados a los tratantes sobre el tratamiento y evolución del paciente, además que reciben a los pacientes sin cita en caso de que se presente una crisis. Con los pacientes de alto riesgo, el área de trabajo social realiza visitas domiciliarias para verificar si se están realizando las actividades sugeridas en el hogar, con el fin de mejorar el ambiente familiar.

5.4 BARRERAS PARA LA ATENCIÓN

En esta sección se presentan las principales barreras para la atención de las conductas suicidas reportadas por el personal de salud participante. La información se organizó en cuatro temas: a) lineamientos para la atención de las conductas suicidas; b) operatividad de los servicios de salud mental; c) disponibilidad de recursos materiales y humanos, y d) experiencias de los proveedores de servicios alrededor de las conductas suicidas. El cuadro 5 resume los temas y subtemas analizados.

Cuadro 5. Barreras en el proceso de atención de la salud desde la perspectiva del prestador de servicios

Temas	Barreras en el proceso de atención
Lineamientos para la atención de las conductas suicidas	<ul style="list-style-type: none">• Ausencia de rectoría en la atención de las conductas suicidas• Falta de políticas para la prevención del suicidio• Baja priorización en la agenda de salud para atención de las conductas suicidas
Operatividad de los servicios de salud mental	<ul style="list-style-type: none">• Burocracia y trámites administrativos• Saturación de los servicios• Tiempos de espera y continuidad de la atención• Sistema de referencia y contrarreferencia
Disponibilidad de recursos materiales y humanos	<ul style="list-style-type: none">• Infraestructura insuficiente• Desabasto de medicamentos• Falta de formación y capacitación
Experiencias de los proveedores de servicios alrededor de las conductas suicidas	<ul style="list-style-type: none">• Apoyo familiar en el proceso de atención• Sobrecarga de trabajo y afectaciones personales

Fuente: Elaboración propia

5.4.1 Lineamientos para la atención de las conductas suicidas

Las conductas suicidas en la agenda de salud. Al momento del levantamiento de la información, los participantes no identificaron alguna institución o ente rector que dirija las acciones para la prevención del suicidio. Además, consideran que la detección de conductas suicidas tiene menor importancia en los servicios de salud mental, debido a que entran en competencia con otros padecimientos como los trastornos de la conducta o las adicciones.

En la experiencia de los participantes, la falta de priorización de las conductas suicidas se refleja en el presupuesto insuficiente, la falta de programas específicos o la carencia de campañas de comunicación social enfocadas a este problema de salud.

Aunque mencionaron no conocer ninguna política para el abordaje de conductas suicidas y sus consecuencias, perciben que ha habido un creciente interés de los tomadores de decisiones en este problema de salud.

“Pues no considero que lo tomen tan prioritario [al suicidio] como otras enfermedades más físicas, como podría ser cáncer, enfermedades terminales. Creo que a la psiquiatría la han relegado siempre un poco más que a las demás disciplinas del área médica o las otras especialidades, pero que sí es de mucha importancia.” (OP-19-M48)

Ausencia de protocolos institucionales. Los participantes señalaron que no cuentan con protocolos institucionales que guíen las acciones de atención de las conductas suicidas. Refieren que el único proceso establecido es la derivación de los pacientes con conductas suicidas de alto riesgo a hospitales de tercer nivel para su atención. Mencionan que se efectúan actividades de prevención a las conductas suicidas de forma esporádica, en fechas específicas como el día en conmemoración del suicidio, por lo que estas actividades no tienen continuidad.

“A nivel nacional, no [hay un programa para la prevención del suicidio]. Aquí las políticas que se usan internamente es que si lo detectamos [conductas suicidas] lo trabajemos como urgencia y lo mandemos a canalizar de manera urgente [al hospital psiquiátrico].” (OP-26-H31)

5.4.2 Operatividad de los servicios de salud mental

Trámites administrativos. La burocracia para acceder a los servicios de salud mental como la solicitud de “fichas” o turnos para la obtención de una consulta -las cuales están restringidas por día-, el pago por las consultas y la presentación de documentación (como identificación y comprobante de domicilio) son barreras para la atención de las conductas suicidas. Los participantes consideran que esto repercute en que algunas personas desistan en la búsqueda de atención, o bien, no lleguen a recibir un diagnóstico.

“[Deberíamos] Darles prioridad [a los pacientes con conductas suicidas], en el sentido de que, si nosotros los detectamos, brindar[les] una primera atención sin esperar retribución económica, nada más para ver sí se va a

poder o no se va a poder trabajar con el paciente, porque a veces estamos esperando que hagan el pago, que no trae ficha, o esto.” (OP-26-H31)

Saturación de servicios. Las unidades donde se realizó este estudio se caracterizan por la creciente demanda y saturación de los servicios que se ofertan. Estas son de referencia nacional por lo que, su población usuaria proviene de la Ciudad de México y otros estados del país.

Los participantes dijeron disponer de poco tiempo para las consultas o consejerías, debido a horarios restringidos y a que deben completar una serie de formatos relacionados con la atención, además de cumplir con actividades administrativas.

“Desgraciadamente, el espacio y los tiempos [de consulta] son muy cortos por la demanda de gente. Para asesorar [a los pacientes con conductas suicidas], tendríamos que tener [sic] todavía más tiempo para dar mayores indicaciones.” (OP-19-M48)

Tiempos de espera y continuidad de la atención. Solo una de las unidades tiene atención en el turno vespertino, por lo que la mayor parte de los horarios de consulta interfiere con actividades escolares o laborales de los pacientes; además, es poco probable que los pacientes elijan el día y la hora de consultas.

Para que los pacientes accedan a una atención psicológica o psiquiátrica, primero pasan por diversos filtros con trabajo social, enfermería o medicina general, por lo tanto, deben acudir a más de una cita antes de que se aborde el problema de la conducta suicida.

También encuentran como una limitante la falta de continuidad de la atención médica, pues el lapso entre consultas puede ser de uno a tres meses. A decir de los participantes, estos tiempos no favorecen el seguimiento a la atención de las conductas suicidas, ya que los pacientes pueden presentar un intento de suicidio antes de la siguiente cita.

“La estructura del sistema no permite que veamos a los pacientes cada ocho días, cada semana, sino es cada mes. Entonces, no hay un buen seguimiento para detectar necesidades del paciente propiamente, porque están muy desfasadas las citas. [...] O sea, se les atiende en el momento, pero durante

quince días o hasta un mes, el paciente puede volver a incurrir en el suicidio.” (OP-10-M34).

Sistema de referencia y contrarreferencia. En las unidades de salud no se cuenta con seguimiento a las referencias y contra-referencias de los pacientes con conductas suicidas. Cuando el paciente presenta conductas suicidas de alto riesgo, se refieren a un hospital psiquiátrico donde reciben tratamiento farmacológico y terapéutico hasta que se determina que el riesgo ha disminuido. Al ser egresados, son contra-referidos a la unidad de atención ambulatoria más cercana al domicilio del paciente para continuar con la atención, sin embargo, este no es un seguimiento transversal a todo el proceso de atención médica.

“A mi, en particular, me causa un poco de problema, cuando hacemos las referencias. Queda a la deriva el paciente, si lo llevaron, si no. O sea, idealmente se tendría que hacer la llamada [al hospital] o la visita [al paciente], pero muchas veces ese obstáculo es al que me enfrento. Entonces, cuando los pacientes que yo he referido regresan, me dicen el tratamiento [que recibieron] y continuamos. Pero son muchos [los pacientes] que se nos pierden. O sea, se nos han perdido, quién sabe si fue [al hospital psiquiátrico], o si allá le están dando tratamiento y por eso ya no volvió.” (OP-07-M34)

5.4.3 Disponibilidad de recursos materiales y humanos

Infraestructura y materiales. Para los entrevistados, la infraestructura resulta insuficiente para la demanda de servicios y para ampliar los servicios preventivos, promover grupos de supervivientes de suicidio o terapias grupales, entre otros. Asimismo, se menciona la poca disponibilidad de medicamentos psicotrópicos y el desabasto de estos, por lo que los pacientes deben adquirirlos por su cuenta. Esta limitación se extiende a la atención en crisis, ya que no siempre se cuentan con los recursos para manejar episodios que requieren de medicamento urgente.

“Aquí les hace una clasificación socioeconómico trabajo social [a los pacientes] y el nivel que les ponen es un número que va al frente de su carné. Entonces, si es uno, dos o tres, tienen derecho a farmacia y se los regala [el medicamento]. Claro, hay un límite de cajas que se puede dar y entonces el problema es cuando no hay .” (OP-18-M62)

Recursos humanos. Los participantes reconocen que no se aborda el tema de las conductas suicidas en los cursos de salud mental durante su formación de pregrado. Por este motivo, considera que su aprendizaje en el manejo a las conductas suicidas se da “sobre la marcha”, a partir de la experiencia acumulada en la práctica o durante los estudios de posgrado. Aunque son capacitados en sus lugares de trabajo, la oferta educativa no cuenta con cursos específicos sobre las conductas suicidas.

“Pues creo yo que buscando personal especializado para [la atención de las conductas suicidas], gente preparada para esto, porque aquí realmente nos formamos en el camino. O sea, tú sales de la carrera y en el camino te vas formando y vas especializándote de acuerdo con tus inclinaciones, tus inquietudes.” (OP-13-M)

5.4.4 Experiencias de los proveedores de servicios alrededor de las conductas suicidas

Apoyo familiar en el proceso de atención. Uno de los principales retos que los participantes enfrentan en la atención es la sensibilización de los familiares de los pacientes sobre la conducta suicida. Refieren la dificultad de abordar los prejuicios que los familiares expresan sobre las conductas suicidas y el tratamiento psiquiátrico.

Además, los familiares tienen una gran influencia en el apego terapéutico de los pacientes, ya que pueden apoyar el abandono de la medicación o de la terapia al ver posibles signos de mejoría.

“Me he dado cuenta de que sienten mejoría a los cuatro, cinco seis meses y dejan un poquito de esas ideas y [los familiares] los dejan de traer, ya no les dan el medicamento. Como ya los ven bien, los dejan de traer y entonces los pacientes vuelven a reincidir un año o dos años después. Entonces, yo creo que lo más importante es que la familia los apoye hasta el último momento, aunque vean mejorías, continúen con el apoyo hasta que el médico o el especialista determine que ya puede ir disminuyendo.” (OP-11-M37)

Sobrecarga de trabajo y afectaciones personales. El proceso de atención de los pacientes con conductas suicidas fue descrito como “cansado”, “triste”, “pesado” y “difícil”, lo cual permea el ánimo y la salud física del personal de salud.

A pesar de que los profesionales deben lidiar diariamente con situaciones sumamente complejas, por la naturaleza de los servicios, no disponen de mecanismos de contención para liberar el estrés que su actividad les produce. Aunque son conscientes de la necesidad del autocuidado, no hay apoyos institucionales para que los profesionales mantengan un proceso terapéutico.

Los participantes comentaron sentirse “frustrados” por no “poder hacer más” por las personas que acuden a la consulta con ideación suicida.

“Son pacientes [los pacientes con conducta suicida] que traen una gran carga emocional[...]. A veces, ya después de ver a un paciente quisiera tirarme a dormir, y lo vale, pero requieren mucho tiempo, para asegurar, para garantizar que no van a lastimarse. Son pacientes que tienen mucho, requieren mucho compromiso.” (OP-24-M47)

5.5 ÁREAS DE OPORTUNIDAD A LA ATENCIÓN DE CONDUCTAS SUICIDAS

Los participantes mencionan que es necesario promover la colaboración de diversos sectores como el educativo y la sociedad civil para el desarrollo de programas específicos para la atención de las conductas suicidas. Para desarrollar e implementar programas preventivos, consideran como parte esencial lograr la coordinación y el compromiso de las autoridades para implementar las intervenciones, además de un ente rector que se encargue de la supervisión y cumplimiento de estos esfuerzos. En este sentido, la colaboración entre los sectores puede favorecer la detección temprana y el acompañamiento de personas en riesgo suicida. Asimismo, mencionaron la necesidad de que las acciones sean continuas, tomando en cuenta las etapas de vida de la población.

En cuanto la atención, se requiere mejorar el acceso a los servicios y el apego al tratamiento. Para mejorar la atención en crisis, consideran necesario ampliar la atención por medio de una línea telefónica específica para la atención de padecimientos de salud mental asociados con la conducta suicida. Durante el tratamiento, puede optimizarse el seguimiento de los pacientes a través del cumplimiento de citas y el apego farmacológico.

Los participantes reconocen la falta de acciones educativas, a nivel poblacional y con personal de salud. Con la población, se precisa educación para la salud, haciendo énfasis en herramientas para la regulación de emociones, mecanismos de afrontamiento, y

fortaleciendo la autoestima desde la infancia, además del reconocimiento de signos y síntomas de alarma para las conductas suicidas. También, mencionan la posibilidad de emplear nuevas tecnologías, como redes sociales, para difundir información de manera accesible y atractiva. En cuanto al personal de salud, mencionan que es necesario reforzar los conocimientos en salud mental desde la formación de pregrado, además de la capacitación correspondiente en los lugares de trabajo.

6. DISCUSION Y CONCLUSIONES

En este estudio se evidenciaron diversas barreras para la atención de las conductas suicidas que experimentan los prestadores de servicios de salud mental en dos centros de referencia nacional ubicados en la Ciudad de México. Estas barreras abarcan aspectos estructurales, como el contexto preponderante de pobreza, violencia y disrupción familiar de la población, así como la ausencia de directrices nacionales. A su vez, la organización y funcionamiento de los centros de salud, junto con las limitaciones de infraestructura y disponibilidad de recursos humanos capacitados fueron referidos como limitantes para un adecuado abordaje de los trastornos asociados con las conductas suicidas. En el nivel individual, los profesionales de salud mental señalaron tener que lidiar con la carga que implica el acompañamiento de pacientes con padecimientos mentales, sin que existan medios de contención para liberar el estrés que esto les ocasiona.

Las conductas suicidas son un fenómeno multicausal, donde intervienen factores biopsicosociales, económicos y culturales. A partir de la experiencia de los participantes, se reconocen al contexto social y familiar de la población usuaria como factores de riesgo para el desarrollo de conductas suicidas. En este sentido, el bajo nivel educativo, vivir en zonas urbanas, el desempleo, estrés financiero, y la disfunción familiar son factores sociales que incrementan la ideación suicida.^{128,129} Para que una estrategia de prevención del suicidio sea integral, deben considerarse estos factores sociales, además de la integración de la perspectiva de salud en los programas pertinentes para la prevención del suicidio, como la educación, la protección social, el combate a la pobreza, entre otros.⁴

Entre las barreras que han dificultado la atención a las conductas suicidas se encuentran la ausencia de un órgano rector, la carencia de recursos y la falta de lineamientos en los servicios de salud, tal como ha sido señalado en otras investigaciones.^{46,83,130} La falta de priorización a la salud mental se ha observado en los recursos asignados. En México, del total del presupuesto en salud, solo el 2% es para la salud mental, y de este, 80% se destina a la atención psiquiátrica.¹³⁰ Aunque los suicidios son una de las principales causas de mortalidad en el país, estos tienen una baja prioridad en el campo de la salud pública. Además, los pocos servicios disponibles se encuentran fragmentados, segmentados, desarticulados y se concentran, principalmente, en áreas urbanas, dificultando el acceso a la atención de grupos vulnerables.^{46,130}

La falta de una estrategia nacional para la prevención del suicidio es la principal limitación que refirieron los participantes, lo cual es un aspecto fundamental para guiar la atención. Al respecto, en Noruega, se encontró que los profesionales de salud mental afirman que las guías nacionales permiten colocar la prevención del suicidio en la agenda de salud,¹³¹ además reflejan el compromiso de las autoridades con la problemática y facilitan la asignación de recursos.⁴ En México, las normativas para la atención de las conductas suicidas se definían a nivel subnacional; esta situación provocó la aplicación de intervenciones dispersas, sin presupuesto fijo y limitando la posibilidad de evaluar el impacto de estas acciones.¹³⁰

En este estudio se constató que no hay un seguimiento de los pacientes después de la remisión a hospitales psiquiátricos. La atención a las conductas suicidas en México se ha dado de manera reactiva, es decir, cuando las personas se encuentran inmersas en crisis aguda y requieren de atención psiquiátrica especializada,^{46,130} Aunque en México se desconocen las cifras del seguimiento de los pacientes conductas suicidas, en Estados Unidos se estima que alrededor de la mitad de los pacientes con aseguramiento privado y un tercio de aquellos con aseguramiento público, se les da seguimiento después del internamiento psiquiátrico.¹³² A partir de un metaanálisis, se observó que los pacientes egresados de instituciones psiquiátricas tienen mayor riesgo de morir por suicidio en el corto plazo, en comparación con la población general,¹³² generando un mayor costo para las familias y el sistema de salud.⁴

Por otro lado, la atención a la salud mental durante la semana posterior al alta de los hospitales psiquiátricos se ha asociado con un menor riesgo de suicidio en los seis meses después del egreso. Además, la atención ambulatoria y el monitoreo previo a la atención hospitalaria se asocia con el correcto seguimiento de los pacientes.¹³³ En este sentido, es necesario reforzar la comunicación y los mecanismos de referencia y contra-referencia entre los distintos niveles de atención.

La operación de los servicios también ha representado limitaciones para la atención de las conductas suicidas, siendo la burocracia, la saturación de los servicios y el seguimiento de pacientes los principales problemas identificados por los participantes. Respecto a la disponibilidad de recursos, los profesionales de la salud nombraron la insuficiencia de insumos y de las unidades destinadas a la salud mental en México. A pesar de las

recomendaciones internacionales para que la atención primaria sea el eje de atención de la salud mental, aún es necesario ampliar los establecimientos y la capacidad humana en este nivel.¹³⁴

Los participantes también señalaron la falta de entrenamiento para la atención de las conductas suicidas, tanto en su formación de pregrado como en sus centros de trabajo. En países de ingresos altos, como Estados Unidos, la proporción de quienes mencionan haber recibido entrenamiento para el abordaje de las conductas suicidas durante su formación de pregrado es menor del 50%,¹³⁵ mientras que en países de ingresos medios y bajos no se tiene información puntual sobre este aspecto. El entrenamiento para la atención a la salud mental en las primeras etapas de la formación médica puede dar mayores oportunidades para que los estudiantes interactúen con pacientes psiquiátricos, facilitando el desarrollo de empatía por estos pacientes.¹³⁶ Se ha demostrado que la capacitación contribuye a mejorar la confianza de los profesionales para identificar y tratar las conductas suicidas.¹³⁷

La atención de los pacientes con conductas suicidas requiere, por parte de los profesionales de la salud de habilidades específicas, como el manejo de las propias emociones, el balance entre la relación con los pacientes y la distancia profesional, además de habilidades empíricas, como el reconocimiento de señales de alerta que indican algunas conductas suicidas o intención de autolesión de los pacientes.¹³⁸ La capacitación contribuye a mejorar la confianza de los profesionales para identificar, tratar y discutir las conductas suicidas con los pacientes.¹³⁵ El efecto positivo se ha observado incluso en capacitaciones breves, de un día o menos, por lo que aun en escenarios de recursos limitados se puede implementar este tipo de acciones.¹³⁵ Sobre este punto, se ha demostrado que, tanto la disponibilidad de servicios de salud mental, como el tratamiento farmacológico y la psicoterapia, son intervenciones efectivas para reducir las conductas suicidas a nivel poblacional.¹³⁹

Adicionalmente, los participantes mencionaron la carga emocional que representa atender a los pacientes con conductas suicidas, aunado a la falta de programas de autocuidado dirigido al personal de salud. La respuesta de los profesionales es similar a los hallazgos de estudios realizados en Nicaragua y Noruega, donde estos reportan malestar emocional posterior a la atención de un intento suicida, muchas veces asociado con un sentimiento de fracaso en la atención de los pacientes.^{87,138} Se ha observado que compartir con colegas de trabajo la experiencia de la atención de los pacientes con intento suicida ha sido de

ayuda para los profesionales, en conjunto con la capacitación para la atención de las conductas suicidas.¹⁴⁰

Asimismo, alrededor del 60 % de los estudiantes de Psiquiatría y psiquiatras en México reportan algún problema de salud mental; entre los más frecuentemente mencionados están el desgaste profesional, la ansiedad y la depresión.¹⁴¹ En países de ingresos altos, se ha encontrado mayor prevalencia de problemas de salud mental con los profesionales de salud mental que atienden a los pacientes con conductas suicidas,¹⁴² por lo que es necesario que las estrategias de prevención de suicidio consideren el bienestar de estos profesionales de salud.

Finalmente, esta investigación se desarrolló al inicio de la pandemia por COVID-19. Esta emergencia sanitaria ha puesto de relieve la necesidad de incluir y analizar los escenarios de emergencia en las políticas de prevención del suicidio, para continuar con la atención de la salud mental, y dar seguimiento a los datos epidemiológicos y estadísticos referentes a las conductas suicidas.¹⁴³ Existe evidencia que la prevalencia de ideación e intento suicida se incrementaron durante el periodo de cuarentena establecido en diversos países, afectando principalmente a mujeres y población joven.¹⁴⁴ Particularmente, en México se observó un aumento no significativo en la prevalencia de intento de suicidio en población de 10 a 19 años. Sin embargo, se identificaron factores económicos y sociales que aumentaron el riesgo de intento de suicidio.¹⁴⁵

Por otro lado, los profesionales de la salud también se han considerado como un grupo de riesgo durante esta emergencia, debido al incremento del estrés y al trauma psicológico que implica la labor en la primera línea de atención.¹⁴⁶ Además, se enfrentaron a episodios de discriminación en México y países de Latinoamérica. En Colombia, esta discriminación se asoció con síntomas depresivos y riesgo suicida en asistentes de enfermería y médicos.¹⁴⁷ Por tanto, habrá de indagarse acerca de cómo la situación sanitaria en tiempo de pandemia afectó la salud mental de la población, las conductas suicidas y la respuesta de los servicios de salud.

6.1 LIMITACIONES

El presente estudio no está exento de limitaciones. La selección de las unidades de salud y la ciudad de estudio suponen condiciones únicas, así que los resultados no pueden ser

generalizados a otras regiones del país. Sin embargo, la metodología empleada puede ser replicada en diversos contextos, con el fin de ampliar la comprensión del problema. Se debe tener en consideración que, algunas de las barreras asociadas con las características de la población usuaria, se identificaron con base en las opiniones de los prestadores de servicio, por lo que es posible que difieran con la percepción de los pacientes. Por otro lado, las restricciones derivadas del confinamiento por la COVID 19 significaron una restricción de tiempo para el levantamiento de la información.

La Secretaría de Salud propuso, a finales del 2020, la creación de la Comisión de Salud Mental y Adicciones, con el objetivo de unificar la rectoría de la atención de la salud mental y las adicciones, además de implementar un modelo de atención de la salud mental basado en la atención primaria de salud integral.⁶⁶ La reforma incluye la creación de una estrategia nacional para la prevención del suicidio, que comprende la vigilancia epidemiológica, el diseño de intervenciones a nivel de atención primaria, la capacitación de diversos sectores y la investigación.⁶⁶ Por ende, es necesario evaluar, posteriormente, el efecto de estos cambios en el primer nivel de atención.

La población objetivo de este estudio se centró en personal del primer nivel de atención, por lo que se sugiere que futuras investigaciones abarquen la perspectiva de las personas que toman las decisiones, tanto en el nivel nacional como en el local, del personal del segundo y tercer nivel de atención, y de los pacientes, quienes posiblemente enfrenten otros tipos de barreras que aquí no se identificaron.

Algunas de las entrevistas mencionaron las complicaciones en la relación proveedor-paciente. Durante el curso de atención, los profesionales de la salud pueden emitir juicios de valor sobre el contexto en el que se desenvuelven los pacientes. Estudios previos han documentado que las actitudes negativas del personal son un problema común en varias regiones del mundo, principalmente entre personal no especializado en salud mental y en salas de urgencias de hospitales generales.¹⁴⁸ Estas actitudes además impactan la experiencia de atención de los usuarios de los servicios. Desde el punto de vista de los pacientes, las interacciones negativas con el personal de salud contribuyen y refuerzan la vergüenza y el prejuicio personal sobre las conductas suicidas.¹⁴⁹ En futuras investigaciones, se sugiere ahondar sobre la relación proveedor-paciente y en las actitudes referentes a las conductas suicidas del personal de salud.

6.2 CONCLUSIÓN

En conclusión, este estudio evidenció algunas de las barreras en la atención para las conductas suicidas en la Ciudad de México. La ausencia de una institución rectora y programas a nivel nacional que orienten las acciones para la prevención y atención de las conductas suicidas. Estos programas, además de ser multisectoriales, deben considerar las limitaciones estructurales y las necesidades de los prestadores de servicio. La falta de comunicación entre los niveles de atención apunta a la necesidad de integrar el sistema de salud mental. Por otro lado, se requiere reforzar la capacitación del personal de salud mental en la detección y el tratamiento de la conducta suicida para mejorar la calidad de la atención. Además, es necesario proporcionar a los profesionales apoyo emocional para contender las situaciones que confrontan cada día en los servicios de salud.

6.3 RECOMENDACIONES

Con base en los resultados obtenidos, se presentan algunas propuestas para disminuir las barreras en la atención de las conductas suicidas, algunas rescatadas desde la experiencia de los profesionales que participaron en el estudio.

1. Fortalecer la gobernanza del sector salud en la prevención del suicidio, además de lograr el compromiso de actores clave para la implementación de acciones intersectoriales.
2. Diseño de políticas que aborden los principales factores de riesgo psicosocial, asimismo, que las políticas sociales tomen en consideración los impactos en salud mental de las mismas.
3. Implementación de intervenciones educativas que favorezcan el desarrollo de habilidades para la vida, consideren el ciclo de vida de la población, además de ser sensibles a la capacidad y necesidades de los servicios de salud.
4. Simplificar los trámites burocráticos para la obtención de citas de primera vez y subsecuentes.
5. Reforzar el seguimiento de los pacientes, a partir de la cooperación interinstitucional y la mejora en los procesos de referencia y contra referencia de pacientes.
6. Mejorar la capacitación del personal de salud, incluyendo en la curricula de las escuelas de pregrado el tema de las conductas suicidas y salud mental, de acuerdo

con el perfil profesional. También es necesario fortalecer los cursos en las áreas de trabajo de los profesionales.

7. Proporcionar apoyo terapéutico e institucional a los profesionales de la salud, con el fin de preservar la salud mental de los prestadores de servicio.

7. REFERENCIAS

1. Crosby A, Ortega L, Melanson C. *Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 1.0*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.
2. Hermosillo-de-la-Torre AE, Arteaga-de-Luna SM, Acevedo-Rojas DL, et al. Psychosocial Correlates of Suicidal Behavior among Adolescents under Confinement Due to the COVID-19 Pandemic in Aguascalientes, Mexico: A Cross-Sectional Population Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(9):4977.
3. Valdez-Santiago R, Villalobos A, Arenas-Monreal L, et al. Comparative Analysis of Lifetime Suicide Attempts among Mexican Adolescents, over the Past 12 Years. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(10):5419.
4. Organización Panamericana de la Salud. *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC: OPS; 2014.
5. *Mental health atlas 2020*. Geneva: World Health Organization; 2021.
6. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare. University of Washington. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Published 2016. Accessed Octubre, 2017.
7. Organización Panamericana de la Salud. *Mortalidad por suicidio en las Américas: informe regional*. Washington, DC: OPS; 2014.
8. González Forteza CF, Jiménez, Tapia JA. Develar la problemática suicida: un compromiso para su prevención. Cédula de indicadores de riesgo suicida como instrumento de detección. In: Morfín Lòpez T, Ibarra Lòpez AM, eds. *Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar*. México: El Manual Moderno; 2015.
9. World Health Organization. *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Geneva, Switzerland: WHO;2012.
10. Pitman A, Kryszynska K, Osborn D, King M. Suicide in young men. *Lancet*. 2012;379(9834):2383-2392.
11. Quinlan-Davidson M, Sanhueza A, Espinosa I, Escamilla-Cejudo JA, Maddaleno M. Suicide among young people in the Americas. *J Adolesc Health*. 2014;54(3):262-268.
12. Qiao N, Bell TM. Indigenous Adolescents' Suicidal Behaviors and Risk Factors: Evidence from the National Youth Risk Behavior Survey. *J Immigr Minor Health*. 2017;19(3):590-597.
13. Egbe CO, Dakum PS, Ekong E, Kohrt BA, Minto JG, Ticao CJ. Depression, suicidality, and alcohol use disorder among people living with HIV/AIDS in Nigeria. *BMC Public Health*. 2017;17(1):542.
14. Coentre R, Talina MC, Gois C, Figueira ML. Depressive symptoms and suicidal behavior after first-episode psychosis: A comprehensive systematic review. *Psychiatry Res*. 2017;253:240-248.

15. Kelleher I, Ramsay H, DeVlyder J. Psychotic experiences and suicide attempt risk in common mental disorders and borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;135(3):212-218.
16. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*. 2008;192(2):98-105.
17. Xiao Y, Cerel J, Mann JJ. Temporal Trends in Suicidal Ideation and Attempts Among US Adolescents by Sex and Race/Ethnicity, 1991-2019. *JAMA Netw Open*. 2021;4(6):e2113513.
18. Ivey-Stephenson AZ, Crosby AE, Hoenig JM, Gyawali S, Park-Lee E, Hedden SL. Suicidal Thoughts and Behaviors Among Adults Aged ≥ 18 Years - United States, 2015-2019. *MMWR Surveill Summ*. 2022;71(1):1-19.
19. Zakhour M, Haddad C, Sacre H, et al. Suicidal ideation among Lebanese adults: scale validation and correlates. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):100.
20. Pengpid S, Peltzer K. Prevalence and correlates of suicidal behaviour among adults in Malawi: a nationally representative cross-sectional survey in 2017. *Int J Ment Health Syst*. 2021;15(1):57.
21. Shan JC, Chen IM, Lin PH, et al. Prevalence and correlates of suicidal behaviors in the Taiwan Psychiatric Morbidity Survey. *J Formos Med Assoc*. 2021.
22. Arenas A, Gomez-Restrepo C, Rondon M. [Suicidal Behaviour and Associated Factors in Colombia. Results from the 2015 National Mental Health Survey]. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45 Suppl 1:68-75.
23. Peltzer K, Pengpid S. Health risk behaviours among adolescents in Argentina: trends between 2007, 2012 and 2018 national cross-sectional school surveys. *BMC Pediatr*. 2021;21(1):464.
24. Olfson M, Blanco C, Wall M, et al. National Trends in Suicide Attempts Among Adults in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(11):1095-1103.
25. Zwald ML, Annor FB, Wilkinson A, et al. Suicidal Ideation and Attempts Among Students in Grades 8, 10, and 12 - Utah, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2018;67(15):451-454.
26. Zhang W, Ding H, Su P, et al. Prevalence and risk factors for attempted suicide in the elderly: a cross-sectional study in Shanghai, China. *Int Psychogeriatr*. 2017;29(5):709-715.
27. Zaborskis A, Sirvyte D, Zemaitiene N. Prevalence and familial predictors of suicidal behaviour among adolescents in Lithuania: a cross-sectional survey 2014. *BMC Public Health*. 2016;16:554.
28. Cabello-Rangel H, Marquez-Caraveo ME, Diaz-Castro L. Suicide Rate, Depression and the Human Development Index: An Ecological Study From Mexico. *Front Public Health*. 2020;8:561966.
29. Hernández-Bringas HH, Flores-Arenales R. El suicidio en México. *Pap poblac*. 2011;17(68):69-101.

30. Davila-Cervantes CA, Pardo-Montano AM. The burden of injuries in Mexico: Secondary data analysis from the Global Burden of Disease Study, 1990 to 2019. *Injury*. 2021;52(3):467-477.
31. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadística de mortalidad 2012-2020. México. <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/registros/vitales/mortalidad/default.html?init=2>. Published 2021. Accessed enero, 2022.
32. World Health Organization. *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*. Geneva: World Health Organization; 2014.
33. Dávila Cervantes CA, Pardo AM. Mortalidad por suicidios en Colombia y México: tendencias e impacto entre 2000 y 2013. *Biomedica*. 2016;36(3):415-422.
34. Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Cubos Dinámicos-Egresos Hospitalarios 2010-2015. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_egresoshosp_gobmx.html. Published 2017. Accessed Septiembre, 2017.
35. Borges G, Orozco R, Medina Mora ME. Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud publica de Mexico*. 2012;54(6):595-606.
36. Borges G, Nock MK, Medina-Mora ME, Hwang I, Kessler RC. Psychiatric disorders, comorbidity, and suicidality in Mexico. *J Affect Disord*. 2010;124(1-2):98-107.
37. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud publica de Mexico*. 2010;52(4):292-304.
38. Valdez-Santiago R, Hidalgo-Solorzano E, Mojarro-Iniguez M, Avila-Burgos L, Gomez-Hernandez H, Martinez-Gonzalez A. Attempted suicide among adolescents in Mexico: prevalence and associated factors at the national level. *Inj Prev*. 2017.
39. Cerecero-García D, Macías-González F, Arámburo-Muro T, Bautista-Arredondo S. Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud publica de Mexico*. 2020;62(6, Nov-Dic):840-850.
40. Rivera-Rivera L, Fonseca-Pedrero E, Sérís-Martínez M, Vázquez-Salas A, Reynales-Shigematsu LM. Prevalencia y factores psicológicos asociados con conducta suicida en adolescentes. Ensanut 2018-19. *Salud publica de Mexico*. 2020;62(6, Nov-Dic):672-681.
41. Perez-Amezcu B, Rivera-Rivera L, Atienzo EE, Castro F, Leyva-Lopez A, Chavez-Ayala R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud publica de Mexico*. 2010;52(4):324-333.
42. Ortiz-Hernandez L, Valencia-Valero RG. Disparidades en salud mental asociadas a la orientación sexual en adolescentes mexicanos. *Cadernos de saude publica*. 2015;31(2):417-430.
43. Fresan A, Gonzalez-Castro TB, Peralta-Jimenez Y, et al. Gender differences in socio-demographic, clinical characteristics and psychiatric diagnosis in/of suicide attempters in a Mexican population. *Acta Neuropsychiatr*. 2015;27(3):182-188.

44. Valdez-Santiago R, Cruz-Banares AL, Rojas-Carmona A, Arenas-Monreal L. Living Conditions of Adolescents Who Have Attempted Suicide in Mexico. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(16).
45. Asamblea Legislativa del Distrito Federal. *Ley de Salud Mental del Distrito Federal*. Ciudad de México: Gaceta Oficial del Distrito Federal No.1039; 2011.
46. Vargas Terrez BE, Villamil Salcedo V. La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud mental*. 2016;39:3-9.
47. Díaz-Castro L, Cabello-Rangel H, Medina-Mora ME, Berenzon-Gorn S, Robles-García R, Madrigal-de León EÁ. Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud publica de Mexico*. 2019;62(1, ene-feb):72-79.
48. Dávila-Cervantes CA, Pardo-Montaño AM. Study of suicide burden of mortality in Mexico 1990-2017. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23:e200069.
49. Dávila-Cervantes CA, Luna-Contreras M. Suicide attempt in teenagers: Associated factors. *Rev Chil Pediatr*. 2019;90(6):606-616.
50. Miller M, Borges G, Orozco R, et al. Exposure to alcohol, drugs and tobacco and the risk of subsequent suicidality: findings from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Drug and alcohol dependence*. 2011;113(2-3):110-117.
51. Borges G, Benjet C, Orozco R, Medina-Mora ME, Menendez D. Alcohol, cannabis and other drugs and subsequent suicide ideation and attempt among young Mexicans. *J Psychiatr Res*. 2017;91:74-82.
52. Borges G, Benjet C, Orozco R, Medina-Mora ME, Mendez E, Molnar BE. Traumatic life-events and suicidality among Mexican adolescents as they grow up: A longitudinal community survey. *J Psychiatr Res*. 2021;142:171-178.
53. Organización Mundial de la Salud. *Política, planes y programas de Salud Mental - Edición Revisada*. OMS;2005.
54. Organización Mundial de la Salud. *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: OMS;2013.
55. Asamblea General de las Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. In: ONU; 2015.
56. World Health Organization. *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. France: WHO;2016.
57. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza: OMS;2001.
58. World Health Organization. Preventing Suicide: a resource series. http://www.who.int/mental_health/resources/preventingsuicide/en/. Accessed Abril, 2018.

59. Mental and Behavioural Disorders, Department of Mental Health, World Health Organization. *Preventing Suicide: a resource for general physicians*. Geneva: World Health Organization;2000.
60. Mental and Behavioural Disorders, Department of Mental Health, World Health Organization. *Preventing Suicide: a resource for primary health care workers*. Geneva: World Health Organization;2000.
61. Organización Mundial de la Salud. *mhGAP: Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. Ginebra, Suiza: OMS; 2008.
62. Organización Panamericana de la Salud. *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0*. Washington, D.C: OPS; 2017.
63. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. In: Secretaría de Salud, ed. México: IEPSA; 2013.
64. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2020-2024. In. México: Diario Oficial de la Federación; 17/08/2020.
65. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones 2020-2024. In: México: Secretaría de Salud; 2021:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/626039/PAE_CONASAMA_26_3_21.pdf?fbclid=IwAR2ulji-I3h-jgHjmDhIKopRwNitgSkhcmAZVEdh2Vc0WPcNw3UBh-i9T50.
66. Programa de Acción Específico salud mental. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. In: Secretaría de Salud, ed. México: IEPSA; 2013.
67. Secretaría de Comercio y Fomento Industrial. Ley Federal sobre Metrología y Normalización. In: Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, ed. *Tomo CDLXVI No. 1*. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación; 1992.
68. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. In. *Tomo DCCXLIV No. 4*. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación; 2015.
69. Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. In: Secretaría de Salud, ed2015.
70. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar. In. *Tomo DCCXXIII No. 6*. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación 2013.
71. World Health Organization. *Mental health atlas 2014*. France: WHO;2015.
72. Gobierno de México. Conferencia de Prensa COVID19. https://youtu.be/q-jEbU_8jks. Published 2020. Accessed 10 de septiembre del 2020.
73. Ibarra López AM, Sánchez Loyo LM, Sainz Márquez A, Echeveste García de Alba BG. Prevención y atención a los comportamientos suicidas: programas y estrategias de

- prevención del suicidio. In: Morfin López T, Ibarra López AM, eds. *Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar*. México: El Manual Moderno; 2015:29-45.
74. Dey M, Jorm AF. Reluctance to seek professional help among suicidal people: results from the Swiss Health Survey. *Int J Public Health*. 2016;61(4):495-504.
 75. Spittal MJ, Shand F, Christensen H, Brophy L, Pirkis J. Community mental health care after self-harm: A retrospective cohort study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2017;51(7):727-735.
 76. Fortune S, Sinclair J, Hawton K. Help-seeking before and after episodes of self-harm: a descriptive study in school pupils in England. *BMC Public Health*. 2008;8:369.
 77. Fennell K, Hull M, Jones M, Dollman J. A comparison of barriers to accessing services for mental and physical health conditions in a sample of rural Australian adults. *Rural Remote Health*. 2018;18(1):4155.
 78. McAndrew S, Warne T. Hearing the voices of young people who self-harm: implications for service providers. *International journal of mental health nursing*. 2014;23(6):570-579.
 79. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Hwang I, et al. Treatment of suicidal people around the world. *Br J Psychiatry*. 2011;199(1):64-70.
 80. Frost M, Casey L, Rando N. Self-Injury, Help-Seeking, and the Internet: Informing Online Service Provision for Young People. *Crisis*. 2016;37(1):68-76.
 81. Goldstone D, Bantjes J. Mental health care providers' perceptions of the barriers to suicide prevention amongst people with substance use disorders in South Africa: a qualitative study. *Int J Ment Health Syst*. 2017;11:46.
 82. Anjum A, Saeed Ali T, Akber Pradhan N, Khan M, Karmaliani R. Perceptions of stakeholders about the role of health system in suicide prevention in Ghizer, Gilgit-Baltistan, Pakistan. *BMC Public Health*. 2020;20(1):991.
 83. Saini P, Chantler K, Kapur N. General practitioners' perspectives on primary care consultations for suicidal patients. *Health Soc Care Community*. 2016;24(3):260-269.
 84. Diamond GS, O'Malley A, Wintersteen MB, et al. Attitudes, practices, and barriers to adolescent suicide and mental health screening: a survey of pennsylvania primary care providers. *Journal of primary care & community health*. 2012;3(1):29-35.
 85. Maheux B, Gilbert A, Haley N, Frappier JY. Adolescent care. Part 2: communication and referral practices of family physicians caring for adolescents with mental health problems. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*. 2006;52(11):1442-1443.
 86. Obando Medina C, Kullgren G, Dahlblom K. A qualitative study on primary health care professionals' perceptions of mental health, suicidal problems and help-seeking among young people in Nicaragua. *BMC Fam Pract*. 2014;15:129.
 87. de Almeida AS, Silva AC, Almeida de Moura A, Miasso AI, Graziani Giacchero Vedana K. Meanings of suicidal behavior from the perspective of primary care professionals. *Public Health Nurs*. 2021.

88. Siau CS, Wee LH, Yacob S, et al. The Attitude of Psychiatric and Non-psychiatric Health-care Workers Toward Suicide in Malaysian Hospitals and Its Implications for Training. *Acad Psychiatry*. 2017;41(4):503-509.
89. Silva C, Smith AR, Dodd DR, Covington DW, Joiner TE. Suicide-Related Knowledge and Confidence Among Behavioral Health Care Staff in Seven States. *Psychiatr Serv*. 2016;67(11):1240-1245.
90. van Landschoot R, Portzky G, van Heeringen K. Knowledge, Self-Confidence and Attitudes towards Suicidal Patients at Emergency and Psychiatric Departments: A Randomised Controlled Trial of the Effects of an Educational Poster Campaign. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(3).
91. Ramberg IL, Di Lucca MA, Hadlaczky G. The Impact of Knowledge of Suicide Prevention and Work Experience among Clinical Staff on Attitudes towards Working with Suicidal Patients and Suicide Prevention. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(2):195.
92. Borges G, Wilcox HC, Medina-Mora ME, Zambrano J, Blanco J, Walters E. Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental*. 2005;28(2):40-47.
93. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Ensanut. In:2019.
94. Galvan J, Saavedra N, Bartolo F, Berenzon S. Perceptions of Mexican women regarding barriers in mental Health Services in primary care. *BMC Womens Health*. 2017;17(1):70.
95. Saavedra Solano N, Berenzon Gorn S, Galvan Reyes J. Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. *Aten Primaria*. 2016;48(4):258-264.
96. Martinez W, Galvan J, Saavedra N, Berenzon S. Barriers to Integrating Mental Health Services in Community-Based Primary Care Settings in Mexico City: A Qualitative Analysis. *Psychiatr Serv*. 2017;68(5):497-502.
97. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Violencia. <http://www.who.int/topics/violence/es/>. Published 2018. Accessed Mayo, 2018.
98. Silverman MM. The language of suicidology. *Suicide Life Threat Behav*. 2006;36(5):519-532.
99. Orlando CM, Broman-Fulks JJ, Whitlock JL, Curtin L, Michael KD. Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Self-Injury: A Taxometric Investigation. *Behav Ther*. 2015;46(6):824-833.
100. Donavedian A. *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México: Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Fondo de Cultura Económica; 1988.
101. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127-140.
102. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12:18.

103. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974;9(3):208-220.
104. Arrivillaga M, Borrero YE. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cadernos de saude publica.* 2016;32(5):e00111415.
105. Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepulveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;33(3):223-229.
106. O'Connell T, Sharkey A. *Reaching Universal Health Coverage through District Health System Strengthening: Using a modified Tanahashi model sub-nationally to attain equitable and effective coverage.* 2013.
107. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud publica de Mexico.* 1985;27(5):438-453.
108. Reid PP, Compton WD, Grossman JH, Fanjiang G, eds. *Building a Better Delivery System: A New Engineering/Health Care Partnership.* Washington, DC: The National Academies Press; 2001.
109. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.* Ginebra, Suiza: OMS; 2000.
110. Jinich H. Algunas notas sobre el discurso médico. *Med Int Mex.* 2013;29:121-127.
111. Schrewe B, Bates J, Pratt D, Ruitenberg CW, McKellin WH. The Big D(eal): professional identity through discursive constructions of 'patient'. *Med Educ.* 2017;51(6):656-668.
112. Srivastava M, Tiwari R. A Comparative Study of Attitude of Mental Health Versus Nonmental Professionals toward Suicide. *Indian J Psychol Med.* 2012;34(1):66-69.
113. Ajzen I. Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In: Kuhl J, Beckmann J, eds. *Action Control.* Berlin: SSSP Springer Series in Social Psychology. Springer; 1985.
114. Baeta S. MF. Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud-enfermedad. *Comunidad y Salud.* 2015;13(2):81-83.
115. Castro R. *Teoría social y salud.* México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2011.
116. Liliana MB, Miguel Ángel CG. Del sujeto que ha intentado suicidarse y el Otro: la Institución Psiquiátrica. *Rev Obs Filos.* 2008;7:<http://www.observacionesfilosoficas.net/delsujetoquehaintentadosuicidarse.htm>.
117. García-Haro J, García-Pascual H, González González M. Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.* 2018;38:381-400.
118. Lupton D. Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. *Int J Health Serv.* 1993;23(3):425-435.

119. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ.* 1978;56(2):295-303.
120. Ritchie J, Lewis J. *Qualitative research practice : a guide for social science students and researchers.* London : Sage Publications; 2003.
121. Ritchie J, Spencer L, O'Connor W. Carrying out Qualitative Analysis. In: Ritchie J, Lewis J, eds. *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers* London: Sage Publications; 2003:219–262.
122. Ward DJ, Furber C, Tierney S, Swallow V. Using Framework Analysis in nursing research: a worked example. *Journal of advanced nursing.* 2013;69(11):2423-2431.
123. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology.* 2013;13(1):117.
124. Kiernan MD, Hill M. Framework analysis: a whole paradigm approach. *Qualitative Research Journal.* 2018;18(3):248-261.
125. Zimmerman C, Watts C. *WHO ethical and safety recommendations for interviewing trafficked women.* United Kingdom: World Health Organization; 2003.
126. Medición de la Pobreza. Pobreza municipal 2010-2015. CONEVAL; 2015. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobrezalnicio.aspx>. Accessed mayo 2021.
127. Borges G, Medina-Mora ME, Orozco R, Ouéda C, Villatoro J, Fleiz C. Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud mental.* 2009;32:413-425.
128. Dávila-Cervantes CA, Pardo-Montaña AM. Impacto de factores socioeconómicos en la mortalidad por suicidios en Colombia, 2000-2013. *Gerencia y Políticas de Salud.* 2017;16(33):36-51.
129. Valdez-Santiago R, Marín-Mendoza E, Gómez-García L, Godínez-Alejandre J, Híjar M. Respuesta del sector salud a la conducta suicida de adolescentes en cinco estados de México: entre el desbordamiento y la precariedad. In: Valdez Santiago R, Arenas Monreal L, eds. *Simplemente quería desaparecer... Aproximaciones a la conducta suicida de adolescentes en México.* Cuernavaca, Morelos: Insituto Nacional de Salud Pública; 2019:15-50.
130. Espeland K, Hjelmeland H, Loa Knizek B. A call for change from impersonal risk assessment to a relational approach: professionals' reflections on the national guidelines for suicide prevention in mental health care in Norway. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2021;16(1):1868737-1868737.
131. Chung D, Hadzi-Pavlovic D, Wang M, Swaraj S, Olfson M, Large M. Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ Open.* 2019;9(3):e023883.
132. Fontanella CA, Warner LA, Steelesmith DL, Brock G, Bridge JA, Campo JV. Association of Timely Outpatient Mental Health Services for Youths After Psychiatric Hospitalization With Risk of Death by Suicide. *JAMA Netw Open.* 2020;3(8):e2012887.

133. Berenzon Gorn S, Saavedra Solano N, Medina-Mora Icaza ME, Aparicio Basauri V, Galvan Reyes J. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(4):252-258.
134. Wakai S, Schilling EA, Asetline RH, et al. Suicide prevention skills, confidence and training: Results from the Zero Suicide Workforce Survey of behavioral health care professionals. *SAGE Open Medicine*. 2020;8:2050312120933152.
135. Patel S, Batterham PJ, Calear AL, Cryer R. Predictors of Comfort and Confidence Among Medical Students in Providing Care to Patients at Risk of Suicide. *Acad Psychiatry*. 2016;40(6):919-922.
136. Oordt MS, Jobes DA, Fonseca VP, Schmidt SM. Training mental health professionals to assess and manage suicidal behavior: can provider confidence and practice behaviors be altered? *Suicide Life Threat Behav*. 2009;39(1):21-32.
137. Hagen J, Knizek BL, Hjelmeland H. Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017;31(1):31-37.
138. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(7):646-659.
139. Alhamidi SA, Alyousef SM. Perceptions of mental health nurses toward caring for suicidal hospital inpatients in Saudi Arabia. *Death Stud*. 2020:1-10.
140. Fresan A, Guizar-Sanchez D, Yoldi-Negrete M, et al. Identifying Risk Factors for Self-reported Mental Health Problems in Psychiatry Trainees and Psychiatrists in Mexico. *Acad Psychiatry*. 2021.
141. Johnson J, Hall LH, Berzins K, Baker J, Melling K, Thompson C. Mental healthcare staff well-being and burnout: A narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions. *International journal of mental health nursing*. 2018;27(1):20-32.
142. Ivbijaro G, Kolkiewicz L, Goldberg D, et al. Suicide prevention and COVID-19. *Asia Pac Psychiatry*. 2021:e12482.
143. Dube JP, Smith MM, Sherry SB, Hewitt PL, Stewart SH. Suicide behaviors during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis of 54 studies. *Psychiatry Res*. 2021;301:113998.
144. Valdez-Santiago R, Villalobos A, Arenas-Monreal L, et al. Comparison of suicide attempts among nationally representative samples of Mexican adolescents 12 months before and after the outbreak of the Covid-19 pandemic. *J Affect Disord*. 2021;298(Pt A):65-68.
145. Abi Zeid Daou M, Rached G, Geller J. COVID-19 and Suicide: A Deadly Association. *J Nerv Ment Dis*. 2021;209(5):311-319.
146. Campo-Arias A, Jimenez-Villamizar MP, Caballero-Dominguez CC. Healthcare Worker's Distress and Perceived Discrimination Related to COVID-19 in Colombia. *Nurs Health Sci*. 2021.

147. Saunders KE, Hawton K, Fortune S, Farrell S. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *J Affect Disord.* 2012;139(3):205-216.
148. Quinlivan LM, Gorman L, Littlewood DL, et al. 'Relieved to be seen'-patient and carer experiences of psychosocial assessment in the emergency department following self-harm: qualitative analysis of 102 free-text survey responses. *BMJ Open.* 2021;11(5):e044434.

8. ANEXOS

8.1 Guía de entrevista



PROGRAMA DE DOCTORADO EN GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

BARRERAS PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO EN MÉXICO: LA PERSPECTIVA DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Guía de entrevista

Objetivo: Analizar las barreras para la atención de pacientes que intentaron suicidarse, desde la perspectiva del personal de salud, que labora en el primer nivel de atención de la Ciudad de México.

Criterios de inclusión: personal directivo y médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y terapeutas ocupacionales que brindan atención a la salud mental ambulatoria y se encuentren adscritos al programa de salud mental en el primer nivel de atención y que tengan experiencia en la atención a pacientes que intentaron suicidarse.

Tema 1: Políticas y programas en prevención y atención del suicidio

- ¿Cuáles son las políticas, programas, normas, recomendaciones o estrategias nacionales o locales para la prevención y atención del intento de suicidio en la población en general?
 - ¿En qué consisten estas regulaciones?
 - ¿Qué opina sobre estas regulaciones?
 - ¿Cómo sabe usted sobre estas regulaciones?
 - ¿Cómo se integran las recomendaciones sobre mejores prácticas o evidencia en las acciones para la atención de la conducta suicida?
 - ¿Considera que estas regulaciones responden a las necesidades reales de la población?
 - ¿Cómo se evalúa el cumplimiento de estas acciones?
- Si no conoce los lineamientos: ¿Por qué considera usted que no existen o no se han comunicado?
- Desde su conocimiento ¿Qué institución o sector está al mando de los programas de prevención y atención a las conductas suicidas a nivel nacional o local?
 - ¿Qué sectores o instituciones participan?
 - ¿Cómo se coordinan?
 - ¿Qué piensa sobre el liderazgo de la institución o sector salud de la CDMX?
- ¿Qué tan importante considera la vinculación del sector salud con otros sectores para la prevención y atención de la conducta suicida? ¿Por qué?
 - ¿De qué manera puede aportar cada sector a la prevención y atención de la conducta suicida?
- ¿Qué opinión tiene sobre la relevancia que se le da al problema del suicidio en función de otros problemas de salud pública?
 - ¿Cómo impacta esto a la población que requiere atención por conductas suicidas?
 - ¿Cómo impacta el apoyo en las unidades de salud y el personal?
- ¿Cuentan con presupuesto asignado para el desarrollo de actividades de prevención y atención a la conducta suicida?
 - ¿De dónde provienen esos recursos?
 - ¿Cómo son asignados?

- ¿Qué opinión tiene sobre el presupuesto asignado al programa? (Explorar si es suficiente para cubrir las necesidades del servicio y los pacientes)

Tema 2. Organización y provisión de los servicios de salud

- ¿Cuáles son las acciones o normativas institucionales para la prevención y atención del suicido?
 - ¿En qué consisten estas acciones?
 - ¿Qué opinión tiene sobre estas acciones?
 - ¿Considera que las acciones responden a las necesidades de la población? ¿por qué?
 - ¿Cómo se evalúa el cumplimiento de estas acciones?
- Si no conoce los lineamientos: ¿Por qué considera usted que no existen o no se le han comunicado?
- ¿Con qué frecuencia las personas solicitan servicios para la atención de conductas suicidas?
 - ¿Cómo se identifica a una persona con intento suicida que viene a los servicios de salud de esta unidad?
 - ¿Qué criterios clínicos o de tamizaje emplea para diagnosticar la conducta suicida?
 - ¿Cómo se realiza el registro epidemiológico o base de datos de las personas con intento suicida?
- ¿Qué tipo de atención a la población con intento suicida se lleva a cabo en esta institución (tanto al interior como actividades extramuros)?
 - ¿Quiénes son los profesionales encargados de proveer atención a la población con intento de suicidio?
 - ¿Qué opinión tiene sobre el servicio que ofrecen? (explorar si es suficiente o qué más podría hacerse)
- ¿Cuál es la población objetivo y por qué?
 - ¿Cuál considera es la población más difícil de atender y por qué?
- ¿Cómo considera usted que se encuentran las instalaciones (consultorios, salas de espera, etc.) para la atención de la conducta suicida?
 - ¿Cómo le parecen estos espacios? (explorar si hay privacidad)
 - ¿Qué haría falta?
- ¿Qué capacitación ha recibido para la prevención y atención de la conducta suicida?
 - ¿Dónde recibió esta capacitación?
 - ¿Para qué le ha servido?
 - ¿Qué piensa sobre esta capacitación?
 - ¿En qué temas en particular le interesaría capacitarse?
- ¿Qué seguimiento se le da una persona con intento de suicidio que se atiende en este lugar? (tanto al interior del hospital como con otras instituciones de salud. Referencia-contrareferencia).
 - En caso de requerir atención en otra unidad ¿a dónde se refiere?
 - ¿Por qué motivos se envía al paciente a otra unidad?
- ¿Quién/quienes debería(n) tener la mayor responsabilidad en la prevención y atención de conductas suicidas? ¿Por qué?
- Para usted, ¿Qué es lo más difícil en la atención de personas con intento de suicidio? ¿Por qué?
 - ¿Podría hablarme de alguna experiencia reciente?
- ¿Qué piensa usted sobre este problema en general?
- ¿Qué piensa de las personas con conductas suicidas?
 - ¿Cómo lo afecta a usted atender este tipo de pacientes?

Tema 3. Percepción de la población y las personas con conductas suicidas

- ¿Qué características tiene la población que acude a este hospital/centro de salud?

- ¿Cuáles considera usted son los principales factores de riesgo en relación con el suicidio en la población que atiende?
 - ¿Qué problemáticas individuales, familiares o sociales identifica que puedan incidir en la conducta suicida?
 - ¿Cómo se identifican estos factores de riesgo o problemáticas asociadas?
 - ¿Considera que hay algún factor de riesgo que requiera especial atención de los profesionales de la salud?
- ¿Qué dificultades o situaciones identifica usted que puedan afectar la búsqueda de atención de personas con intento suicida por parte de los usuarios/pacientes?
- ¿Cuáles son las principales creencias, mitos, estigmas u opiniones alrededor de la conducta suicida?
 - ¿Cómo afectan estos la adecuada atención de las conductas suicidas?
 - ¿En quiénes prevalecen en mayor medida estas creencias, mitos y estigmas?
- ¿En su opinión, qué factores facilitan la recuperación de los pacientes con intentos de suicidio?
 - ¿Qué acciones se implementan o se podrían implementar para facilitar la recuperación de los pacientes?

Tema 4. Áreas de oportunidad para la prevención y atención de las conductas suicidas

- ¿Cómo se podrían mitigar o eliminar las barreras (institucionales, sociales, individuales) para la prevención y atención de conductas suicidas?
- ¿Quiénes deberían ser los grupos prioritarios? ¿Por qué?
- ¿Qué áreas de oportunidad identifica a nivel de políticas públicas?
- ¿Qué áreas de mejora identifica para el hospital/centro de salud?
- ¿Qué áreas de mejora identifica para el personal de salud?
- ¿Qué áreas de oportunidad identifica a nivel personal?

8.2 Cédula de datos sociodemográficos



DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **Nombre:** _____

2. **Código de identificación:** _____

3. **Sexo:** () Hombre () Mujer

4. **Edad:** _____ años

5. **Licenciatura:** _____

Institución: () Pública () Privada Ambas ()

6. () **Especialidad:** _____

Institución: () Pública () Privada Ambas ()

7. () **Maestría:** _____

Institución: () Pública () Privada Ambas ()

8. () **Doctorado:** _____

Institución: () Pública () Privada Ambas ()

9. **Puesto:** _____

10. **Tiempo en el puesto:** _____

11. **Experiencia profesional:** _____

Institución: () Pública () Privada Ambas ()

12. **Tiempo de experiencia profesional:** _____

13. **Capacitaciones recibidas en salud mental/suicidio:** _____

14. **Lugar de la entrevista:** _____

15. **Fecha:** _____

8.3 Carta de consentimiento informado



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADO
PROGRAMA DE DOCTORADO EN GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del protocolo: Barreras para la atención de pacientes con intento de suicidio en México: la perspectiva de los prestadores de servicios de salud.

Investigadora principal: Lourdes Gómez García.

Sede donde se realizará el estudio: _____

Nombre del participante: _____

Estimado Dr./Dra.:

Mi nombre es Lourdes Gómez García, soy estudiante del Programa de Doctorado de Gestión y Políticas de Salud en la Universidad Nacional Autónoma de México y como parte de mi tesis doctoral estoy realizando este estudio al cual usted ha sido invitado a participar. El estudio se está realizando en diversas unidades del primer nivel de atención de la Ciudad de México.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

1. Justificación del estudio: Los prestadores de servicios son actores clave para la atención de la salud de la población. A pesar de su importancia, buena parte de los estudios que refieren a las barreras de acceso toman la perspectiva del paciente o usuario. Con el presente estudio se busca generar evidencia que, desde la perspectiva de la salud pública, contribuya con la mejora de la atención de los pacientes con intento de suicidio, así como en el diseño de estrategias que promuevan la atención integral a la salud.

2. Objetivo del estudio: El propósito del estudio es analizar las principales dificultades que enfrenta el personal de salud para brindar atención a pacientes con intento de suicidio.

Le pedimos participar porque usted forma parte del personal directivo u operativo del programa de salud mental estatal o del primer nivel de atención y cuenta con experiencia en la atención a personas que intentaron suicidarse.

3. Beneficios del estudio: No hay un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando con la Universidad Nacional Autónoma de México para generar información sobre las áreas de oportunidad que existen en los servicios de salud para mejorar la atención a las personas que intentaron suicidarse.

4. Procedimientos del estudio: En caso de aceptar, su participación consistirá en:

- Responder a una entrevista que explora algunos puntos clave en su experiencia laboral en la atención de personas que intentaron suicidarse.
- La entrevista durará alrededor de 45 minutos y abarcará varias preguntas sobre su experiencia en la atención a personas que intentaron suicidarse.

- La entrevista será realizada en el lugar, día y hora determinada por Usted o la dirección del servicio de salud donde labora.
- Si usted está de acuerdo y para facilitar el análisis, la entrevista se audio grabará. En cualquier caso, usted podrá interrumpir la grabación en cualquier momento y retomarla cuando quiera.

5. Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son de riesgo mínimo. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir incómodo(a), tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio y tampoco implicará algún costo para Usted.

6. Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

7. Participación Voluntaria/Retiro: Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera su puesto en los servicios de salud.

8. Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario respecto al proyecto o requiere información actualizada sobre el mismo, por favor comuníquese con la directora de tesis, Dra. Marcela Agudelo Botero, quien es investigadora en el Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud de la Facultad de Medicina, al siguiente número 55-22-15-99 en un horario de 9 a 16 horas o al correo electrónico magudelo@comunidad.unam.mx.

Usted también tiene acceso a las Comisiones de Investigación y de Ética de la Facultad de Medicina de la UNAM en caso de que tenga dudas sobre sus derechos como participante del estudio: Teléfono: 56-23-21-36.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

9. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

Testigo 1

Fecha

Testigo 2

Fecha

He explicado al Dr./Dra. _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

8.4 Carta de revocación del consentimiento



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADO
PROGRAMA DE DOCTORADO EN GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**

CARTA DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo _____, participante en el proyecto de investigación “Barreras para la atención de pacientes con intento de suicidio en México: la perspectiva de los prestadores de servicios de salud” deseo manifestar mi decisión de retirarme del mismo.

Para el caso someto las siguientes razones: (opcional) _____

Lugar y fecha: _____

Nombre y firma del participante: _____

Nombre y firma de quien recibe la revocación del consentimiento: _____

8.5 Aprobación del Comité de Ética e Investigación



PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO
EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS
Y DE LA SALUD



PMDCMOS/CEI/006/2019

Dra. Marcela Agudelo Botero

Tutora del PMDCMOS

Lourdes Gómez García

Alumna del Doctorado

Por medio de la presente, me permito informarle que el Comité de Ética e Investigación del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, en su sexta sesión ordinaria, celebrada el pasado miércoles 17 de junio del presente año, con respecto a su solicitud de evaluación del proyecto "Barreras de acceso a la atención de la salud: la conducta suicida en jóvenes adolescentes en México", dictaminó:

ACEPTAR

Este Comité considera que el proyecto cubre con los aspectos éticos necesarios para su desarrollo.

En lo que respecta al desarrollo del proyecto, se sugiere:

- Ampliar y mejorar la carta de consentimiento informado.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

Ciudad Universitaria, Cd. Mx a 31 de julio de 2019.

Dra. Teresa Imelda Fortoul van der Goes

Representante del Comité de Ética e Investigación



TIFVDG/AMV

La página web del programa es www.pmdcmos.unam.mx

Unidad de Posgrado, Edificio "A" Primer Piso, Ciudad Universitaria, Del. Coyoacán, C.P. 04510 México, D.F., Tel.: 5623-7009
www.jmvertiz.posgrado.unam.mx

8.6 Definición de temas y familias de códigos para el estudio de barreras para la atención al intento de suicidio en México

- 1. Contexto y población de estudio:** Características individuales y laborales de los profesionales de la salud participantes. Incluye al contexto social o poblacional en el que laboran los servicios de salud.
 - 1.1. Características del personal de salud participante:** Profesionales en la institución de salud que intervienen en la atención de los pacientes con conducta suicida o intento de suicidio características sociodemográficas
 - 1.2. Características de la población usuaria desde la perspectiva del personal de salud:** Conjunto de propiedades biológicas, sociales, económicas y culturales de los pacientes que acuden al servicio por motivos de conducta suicida u otros padecimientos.
- 2. Organización de los servicios de salud:** Comprende el modo de operar los servicios de salud, cómo emplea los recursos humanos, materiales y financieros para generar servicios dirigidos a la atención de conductas suicidas.
 - 2.1. Estrategias y programas relacionados con las conductas suicidas:** Lineamientos y acciones específicas al interior de los servicios de salud para la prevención, detección o atención de la conducta suicida.
 - 2.2. Colaboración intersectorial:** Acciones de cooperación que se realizan con instituciones de distintos sectores (educativo, seguridad pública, etcétera) con quienes se establecen acuerdos (formales o tácitos) para el análisis, detección, prevención o atención de las conductas suicidas y el seguimiento a los casos.
 - 2.3. Capacitación del personal de salud:** Programas de instrucción relacionados con el análisis, prevención, detección o atención de la conducta suicida a los que asiste el personal de salud, ya sea de forma presencial o virtual en instituciones educativas u organizaciones no gubernamentales (como, por ejemplo, la OMS).
 - 2.4. Capacitación auto dirigida:** proceso en el que el personal de salud identifica sus propias necesidades de aprendizaje e implementa estrategias para acceder a la información para cubrir sus vacíos de conocimiento.
 - 2.5. Capacitación y difusión de información a pacientes y familiares:** Acciones enfocadas en la instrucción de los pacientes y familiares sobre temas de salud mental, prevención y atención a las conductas suicidas en contextos fuera de los servicios de salud, como el hogar, la escuela o el ámbito comunitario.
 - 2.6. Actividades extramuros:** Labores relacionadas con la prevención, detección o atención a las conductas suicidas que realizan los prestadores de los servicios en la comunidad donde

se encuentran o en instituciones (escuelas, lugares de trabajo, entre otros) con las que colaboran.

- 2.7. Disponibilidad de recursos humanos y materiales en las unidades de salud para la atención de las conductas suicidas:** Refiere al personal capacitado o espacios específicos para la atención de conducta suicida en los servicios de salud.
- 2.8. Coordinación del personal de salud en la atención de las conductas suicidas:** Refiere a las acciones que realiza el personal de salud para brindar la atención dentro del servicio de salud, como la formación de equipos de trabajo, comunicación, entre otras.
- 3. Proceso de atención a las conductas suicidas:** Curso de acciones que se implementan desde el sistema de atención en salud para responder a las necesidades de salud mental y física de los pacientes con intento de suicidio o conductas suicidas.
 - 3.1. Contacto de los pacientes con los servicios de salud:** Razones por las cuales los pacientes acuden al servicio a solicitar atención. Se consideran también las indicaciones o referencia de otras instituciones ajenas a salud, como escuelas.
 - 3.2. Atención a las conductas suicidas:** Acciones o actividades que los prestadores de servicios de salud realizan para abordar la población con conductas suicidas. Por ejemplo, identificación de población en riesgo, diagnóstico, atención psicológica, etc.
 - 3.3. Referencia y contra-referencia:** Proceso por el que un paciente es enviado a otra unidad de salud para resolver un problema de salud o es regresado a la unidad de primer contacto para continuar con su atención, así como los pacientes que son referidos por otras unidades de salud a la unidad en la que trabaja el participante.
 - 3.4. Seguimiento de pacientes:** Acciones para identificar, dar continuidad a la atención y vigilar la evolución de los pacientes que presentan conductas suicidas, después de ser atendidos en una unidad de salud.
- 4. Barreras para la atención:** Obstáculos que enfrentan o perciben los prestadores de servicios de salud para la atención de las conductas suicidas.
 - 4.1. Lineamientos para la atención a las conductas suicidas:** Obstáculos relacionados con la incongruencia o ausencia de reglamentos, leyes, políticas y programas de salud dirigidos a la atención de la salud mental o la conducta suicida. Se considera también la falta de comunicación de estas políticas a los prestadores de servicios de salud. Estas barreras pueden presentarse a nivel general en el sistema de salud o al interior de los servicios de salud.
 - 4.2. Disponibilidad recursos materiales y humanos:** Obstáculos relacionados con los recursos materiales, financieros y humanos, y la distribución geográfica de los servicios que dificultan la atención a la salud mental o conductas suicidas.

- 4.3. Operatividad de los servicios de salud mental:** Obstáculos relacionados con las reglas de operación y el funcionamiento de los servicios como el sistema de citas, falta de comunicación, dificultades en el seguimiento de pacientes, entre otras.
- 4.4. Percepciones alrededor de las conductas suicidas:** Percepción del personal de salud sobre las conductas suicidas, sobre los pacientes y sus condiciones de vida (tabúes, miedo, depresión, culpa, disfunción familiar, etc.), actitudes, percepciones y acciones de los profesionales involucrados en la promoción, protección y atención de la salud de las personas con conductas suicidas.
- 5. Áreas de oportunidad a la atención de conductas suicidas:** Acciones que podrían fortalecerse o implementarse para mejorar la operación de los servicios de salud para la atención al intento de suicidio y otras conductas suicidas.

8.7 Artículo: Barreras para la atención de las conductas suicidas en Ciudad de México: experiencias del personal de salud en el primer nivel de atención

Investigación

Servicios de salud

Barreras para la atención de las conductas suicidas en Ciudad de México: experiencias del personal de salud en el primer nivel de atención

Barriers to Care of Suicidal Behavior in Mexico City: Health Personnel Experiences at the First Level of Care

Barreiras para a atenção das condutas suicidas na Cidade do México: experiências dos profissionais de saúde na atenção básica

Lourdes Gómez-García¹; Luz Arenas-Monreal²; Rosario Valdez-Santiago³; Mario Rojas-Russell⁴; Claudia Iveth Astudillo-García⁵; Marcela Agudelo-Botero⁶

¹ Candidata a Doctora en Ciencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México. lougomezg@gmail.com. [orcid: https://orcid.org/0000-0003-4579-0010](https://orcid.org/0000-0003-4579-0010)

² Doctora en Antropología Médica. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México. luz.arenas@insp.mx. [orcid: https://orcid.org/0000-0001-5071-1124](https://orcid.org/0000-0001-5071-1124)

³ Doctora en Ciencias en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México. rosario.valdez@insp.mx. [orcid: https://orcid.org/0000-0001-8434-9805](https://orcid.org/0000-0001-8434-9805)

⁴ Doctor en Ciencias de la Salud en Epidemiología. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México. merr@unam.mx. [orcid: https://orcid.org/0000-0001-6644-1384](https://orcid.org/0000-0001-6644-1384)

⁵ Doctora en Ciencias de la Salud en Epidemiología. Secretaría de Salud, Ciudad de México, México. claudiaiveth.astudillo@gmail.com. [orcid: https://orcid.org/0000-0002-0895-5747](https://orcid.org/0000-0002-0895-5747)

⁶ Doctora en Estudios de Población. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México. magudelo@unam.mx. [orcid: https://orcid.org/0000-0002-4489-4224](https://orcid.org/0000-0002-4489-4224)

Recibido: 16/06/2021. Aprobado: 08/11/2021. Publicado: 21/12/2021

Gómez-García L, Arenas-Monreal L, Valdez-Santiago R, Rojas-Russell M, Astudillo-García CI, Agudelo-Botero M. Barreras para la atención de las conductas suicidas en Ciudad de México: experiencias del personal de salud en el primer nivel de atención. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2022;40(1):e346540. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e346540>

Resumen

Objetivo: Identificar las barreras que existen para la atención de las conductas suicidas, desde la perspectiva de las/los profesionales de la salud mental del primer nivel de atención de la Ciudad de México. **Metodología:** Estudio cualitativo exploratorio, basado en 35 entrevistas semiestructuradas, dirigidas a personal de salud de dos unidades de salud mental de referencia nacional. El análisis de la información se hizo mediante el *Framework Analysis*. **Resultados:** Las/los

participantes consideraron que las conductas suicidas no han sido definidas como una prioridad dentro de los trastornos de salud mental. La ausencia de políticas públicas, la sobrecarga de trabajo, la falta de seguimiento a las/los pacientes, entre otras, fueron identificadas como barreras para una atención adecuada y oportuna. **Conclusiones:** Los programas de prevención de las conductas suicidas deben tomar en cuenta el contexto socioeconómico de la población y las características

de los servicios de salud, así como las necesidades de las personas prestadoras de servicios de salud. Se requiere ampliar el entrenamiento profesional y mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención.

-----*Palabras clave:* acceso a los servicios de salud, Ciudad de México, primer nivel de atención, proveedores de servicios de salud, salud mental, suicidios.

Abstract

Objective: To identify the existing barriers to the care of suicidal behavior from the perspective of mental health professionals at the first level of care in Mexico City. **Methodology:** Qualitative exploratory study based on 35 semi-structured interviews conducted on health personnel from two national reference mental health facilities. The data were analyzed with Framework Analysis. **Results:** The participants considered that suicidal behavior has not been prioritized among mental health disorders. The absence of public policies, work overload, lack of patient follow-up, among others, were identified as barriers

to adequate and timely care. **Conclusions:** Suicidal behavior prevention programs should consider the socioeconomic context of the population, the characteristics of health services, and the needs of health care providers. Professional training should be enhanced, and the referral and counter-referral system across levels of care should be improved.

-----*Keywords:* access to health services, Mexico City, first level of care, health care providers, mental health, suicides

Resumo

Objetivo: Identificar as barreiras existentes para a atenção das condutas suicidas, desde a perspectiva dos profissionais de saúde mental de atenção básica da Cidade do México. **Metodologia:** Estudo qualitativo exploratório, baseado em 35 entrevistas semiestruturadas, dirigidas a profissionais de saúde de duas unidades de saúde mental de referência nacional. A análise da informação foi feita através do Framework Analysis. **Resultados:** Os participantes consideraram que as condutas suicidas não têm sido definidas como uma prioridade dentro dos transtornos de saúde mental. A ausência de políticas públicas, a sobrecarga de trabalho, a falta de seguimento aos

pacientes, entre outras, foram identificadas como barreiras para uma atenção adequada e oportuna. **Conclusões:** Os programas de prevenção das condutas suicidas devem considerar o contexto socioeconômico da população e as características dos serviços de saúde, além das necessidades dos profissionais de saúde. É necessário ampliar o treinamento profissional e melhorar o sistema de referência e contrarreferência entre os diferentes níveis de atenção.

-----*Palavras-chave:* Acesso aos serviços de saúde; Cidade do México; Atenção básica de saúde; Profissionais de saúde; Saúde mental; Suicídios

Introducción

Las conductas suicidas se definen como “el comportamiento que deliberadamente causa lesiones o posibles lesiones a quien ejecuta la acción” [1, p. 21]; incluyen la ideación, la planeación y el intento suicida [1]. Entre 1990 y 2019, en el mundo, la tasa de mortalidad —para todas las edades— por suicidios disminuyó en 29 %, mientras que, en México, dicha tasa aumentó 97,6 %, pasando de 3,2 a 6,3 suicidios por cada 100 000 habitantes en el mismo periodo [2].

En México, el suicidio es la principal causa de muerte en las personas entre 15 y 49 años [2]. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019 (ENSANut), se estimó una prevalencia de intento e ideación suicida en adolescentes de 3,9 y 5,1 %,

respectivamente [3]. Por otro lado, se ha documentado que entre los factores de riesgo para presentar conductas suicidas en esta población se encuentran el consumo de sustancias, el ser víctima de violencia, la depresión y los trastornos de la conducta [4].

Las conductas suicidas no solo son un problema social; también involucran a los servicios de salud. Se sabe que la atención de la salud mental en los servicios de atención primaria ofrece una oportunidad para la intervención temprana de las conductas suicidas [5]; sin embargo, en el país se han identificado obstáculos para prestar estos servicios en unidades del primer nivel de atención [6-8]. Algunas de las barreras más frecuentes son la deficiente conducción y función de la Secretaría de Salud en salud mental, la falta de una estrategia nacional, el escaso presupuesto y la ausencia de sistematización de casos para su detección y tratamiento [9].

Asimismo, se ha evidenciado que la mayoría de los intentos de suicidio ocurre antes de contactar con algún proveedor de servicios de salud [10]. Los datos de encuestas de salud mental muestran que alrededor del 41 % de los adultos y el 17 % de los adolescentes en México buscaron tratamiento en los 12 meses previos a un evento suicida [11]. En cambio, a nivel nacional, tan solo 8,8 % de los adolescentes que intentaron suicidarse alguna vez en la vida recibieron posteriormente atención médica o psiquiátrica [12]. De ahí que las/los profesionales de la salud en el primer nivel de atención son actores clave para efectuar estrategias de promoción, prevención y tratamiento de las conductas suicidas [13].

Aunque en México las conductas suicidas se han estudiado ampliamente desde un punto de vista epidemiológico [14], pocos estudios se han centrado en conocer el rol de los servicios de salud en el abordaje del suicidio y, en particular, sobre los obstáculos que enfrenta el personal de salud para la atención de las conductas suicidas [15]. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue identificar las barreras que existen para la atención de las conductas suicidas, desde la perspectiva del personal de salud mental del primer nivel de atención de la Ciudad de México.

Metodología

Racionalidad del estudio

El interés por analizar las barreras que existen para la atención de las conductas suicidas en el primer nivel de atención surgió de los hallazgos de un estudio previo, realizado en el país, donde se encontró que los adolescentes con conductas suicidas enfrentan obstáculos para acceder a los servicios de salud del primer nivel de atención. Entre estos obstáculos se describieron, por ejemplo, el poco tiempo destinado a las consultas, los horarios de atención disponibles que se traslapan con los horarios escolares, así como la alta rotación del personal de salud [16]. Este análisis, además, planteó la necesidad de explorar con mayor profundidad estas barreras, considerando distintos actores, entre ellos, los prestadores de servicios de salud. A partir de esto, la autora principal, Lourdes Gómez-García, decidió desarrollar su tesis doctoral sobre este último punto.

El equipo de investigación involucrado en este estudio tiene una formación multidisciplinaria, a nivel de posgrado, en áreas relacionadas con la salud, como epidemiología, sistemas de salud, antropología médica, estudios de población y salud pública, lo cual permitió abordar el tema desde distintas perspectivas que enriquecieron el análisis.

Para la estructuración de este artículo se siguieron los criterios indicados en los *Standards for reporting*

qualitative research (Estándares para el reporte de investigación cualitativa) [17].

Diseño de estudio

Estudio cualitativo, de tipo exploratorio. Las *barreras para la atención de las conductas suicidas* se definieron como los obstáculos que enfrenta el personal de salud para la provisión de servicios, los cuales pueden ser de estructura normativa y legislativa, de organización de los servicios de salud y de características individuales/profesionales. La presencia de obstáculos, en cualquiera de estas dimensiones, limita la posibilidad de lograr cobertura efectiva de los servicios de salud, además de impactar la calidad de la atención [18-20].

El estudio se realizó en la Ciudad de México, ya que ahí se concentra la mayor oferta de servicios de salud mental del país [21]. En el primer nivel de atención se cuenta con cuatro unidades especializadas en salud mental de referencia nacional, tres de ellas con enfoque de atención comunitaria. Para el presente estudio, se eligieron dos de estas unidades por conveniencia, con el apoyo de la Secretaría de Salud, las cuales se encuentran ubicadas en zonas caracterizadas por tener niveles de pobreza elevados [22].

La población de estudio incluyó al personal de salud, directivo y operativo, adscrito a las unidades —médicos/as, psiquiatras, psicólogos/as, enfermeros/ras y trabajadores/as sociales—; se procuró variabilidad en el perfil profesional, para incluir diferentes perspectivas de la atención de las conductas suicidas. La selección de las/los participantes se efectuó por muestreo selectivo y, para su inclusión, se buscó que las/los participantes tuvieran experiencia en la atención de las/los pacientes con conductas suicidas; se excluyó a personal de salud en formación.

La invitación a participar se hizo cara a cara, con apoyo de las/los coordinadoras/es de área y la dirección de enseñanza de cada unidad. Se obtuvieron 35 entrevistas, mientras que cuatro profesionales de la salud decidieron no participar en el estudio.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, empleando una guía de entrevista que se diseñó con el objetivo de identificar las barreras sobre la estructura normativa, la organización de los servicios y la experiencia de las personas vinculadas con la atención de las conductas suicidas. Todas las entrevistas se llevaron a cabo en el lugar de trabajo de las personas participantes, en el horario elegido por ellas y manteniendo la confidencialidad. La recolección de información se hizo entre enero y marzo del 2020 —previo a declararse las medidas de confinamiento por la pandemia por el virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2) en México—. La duración promedio de las entrevistas fue de 30 a 45 minutos.

Análisis

Las entrevistas fueron audiograbadas digitalmente y se transcribieron literalmente en Word. Se realizó un análisis temático, empleando la metodología del *Framework Analysis*. Esta metodología permite identificar puntos en común y relaciones entre los diferentes datos estudiados, con lo que se puede concluir, describir o explicar un fenómeno, agrupando la información en función de temas [23].

El método siguió las siguientes etapas:

1. Se definieron temas y códigos con base en la revisión de la literatura sobre el proceso de atención de la salud y las barreras sobre conductas suicidas [18-20,24-26] desde la perspectiva del personal de salud.
2. Mediante una primera lectura de las entrevistas, las autoras y el autor eligieron aleatoriamente cinco entrevistas para, de manera independiente, identificar temas, subtemas y códigos.
3. El equipo de investigación definió los temas, subtemas y códigos finales, incluyendo códigos emergentes. La información se organizó en cuatro ejes: a) lineamientos para la atención de las conductas suicidas; b) operatividad de los servicios de salud mental; c) disponibilidad de recursos materiales y humanos, y d) experiencias de las/los proveedoras/res de servicios alrededor de las conductas suicidas.
4. Finalmente, el equipo de investigación consensuó la información de cada tema y subtema, siguiendo un análisis iterativo de datos, tanto de modo inductivo como deductivo, hasta encontrar el punto de saturación teórica, es decir, cuando la información com-

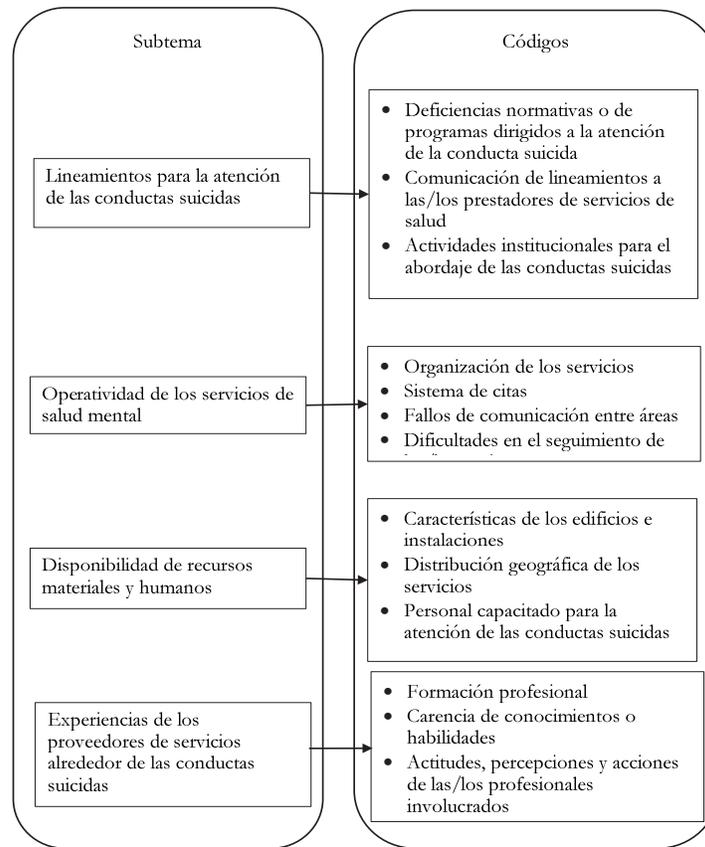


Figura 1. Árbol de codificación de las entrevistas

Fuente: Elaboración propia, con base en datos de campo.

pilada no agregó información nueva de los temas y subtemas. Después de acordar la asignación de códigos colectivamente, se codificó la información con el apoyo del *software Atlas-ti*[®] 8.4.3 [27]. La Figura 1 presenta, de manera esquemática, un ejemplo de cómo se llevó a cabo la codificación de las entrevistas.

Consideraciones éticas

El proyecto fue revisado y aprobado por la Comisión de Ética e Investigación del Programa de Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México (oficio de aprobación PMDCMOS/CEI/006/2019).

La participación fue voluntaria y se solicitó la firma de un consentimiento informado escrito, previo a cada entrevista.

Para garantizar la privacidad y la confidencialidad de la información aquí presentada, a cada participante se le asignó un registro alfanumérico.

Resultados

Los datos sociodemográficos y profesionales de la población de estudio se muestran en la Tabla 1.

Los resultados se ordenaron en torno a cuatro temas, cada uno con sus respectivos subtemas, los cuales son presentados a continuación.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las/los participantes

Características		N	%
		35	
Edad promedio (desviación estándar)		48	13
Sexo	Hombres	13	37
	Mujeres	22	63
Nivel educativo	Licenciatura	13	37
	Especialidad	10	29
	Maestría y doctorado	12	34
Antigüedad en el puesto actual	< 10 años	16	45
	10-24 años	10	29
	25 años o más	9	26

Fuente: elaboración propia, con base en datos de campo.

Tema 1. Lineamientos para la atención de las conductas suicidas

Las conductas suicidas en la agenda de salud. Las/los participantes no identificaron alguna institución o ente rector que dirija las acciones para la prevención del suicidio. Además, consideraron que la detección de conductas suicidas tiene menor importancia en los servicios de salud mental, debido a que entran en competencia con otros padecimientos como los trastornos de la conducta o las adicciones.

En la experiencia de las/los participantes, la falta de priorización de las conductas suicidas se refleja en el presupuesto insuficiente, la falta de programas específicos o la carencia de campañas de comunicación social enfocadas a este problema de salud.

Aunque mencionaron no conocer ninguna política para el abordaje de conductas suicidas y sus consecuencias, perciben que ha habido un creciente interés de las/los tomadores de decisiones por este tema en particular.

[...] Pues, no considero que lo tomen tan prioritario [al suicidio] como otras enfermedades más físicas, como podría ser cáncer, enfermedades terminales. Creo que a la psiquiatría la han relegado siempre un poco más que a las demás disciplinas del área médica o las otras especialidades, pero que sí es de mucha importancia (OP-19-M48).

Ausencia de protocolos institucionales. Las/los participantes señalaron que no cuentan con protocolos institucionales que guíen las acciones de atención de las conductas suicidas. Indican que el único proceso establecido es la derivación de las/los pacientes con conductas suicidas de alto riesgo a hospitales de tercer nivel para su atención. Mencionan que se efectúan actividades de prevención a las conductas suicidas de forma esporádica, en fechas específicas como, por ejemplo, el Día Mundial de la Prevención del Suicidio, que se celebra cada 10 de septiembre, por lo que estas actividades no tienen continuidad.

A nivel nacional, no [hay un programa para la prevención del suicidio]. Aquí las políticas que se usan internamente es que si lo detectamos [conductas suicidas], lo trabajemos como urgencia y lo mandemos a canalizar de manera urgente [al hospital psiquiátrico] (OP-26-H31).

Tema 2. Operatividad de los servicios de salud mental

Trámites administrativos. La burocracia para acceder a los servicios de salud mental, como la solicitud de “fichas” o turnos para la obtención de una consulta —las cuales están restringidas por día—, el pago por las consultas y la presentación de documentación (como identificación y comprobante de domicilio) son barreras para la atención de las conductas suicidas. Las/los participantes sostienen que esto repercute en que algunas personas desistan en la búsqueda de atención, o que no lleguen a recibir un diagnóstico.

[Deberíamos] darles prioridad [a los pacientes con conductas suicidas], en el sentido de que si nosotros los detectamos, brindar[les] una primera atención sin esperar retribución económica, nada más para ver si se va a poder o no se va a poder trabajar con el paciente, porque a veces estamos esperando que hagan el pago, que no trae ficha, o esto (OP-26-H31).

Saturación de servicios. Las unidades donde se realizó este estudio se caracterizan por la creciente demanda y saturación de los servicios que se ofertan. Estas son de referencia nacional, por lo que su población usuaria proviene de la Ciudad de México y otros estados del país.

Las/los participantes dijeron disponer de poco tiempo para las consultas o las consejerías, debido a horarios restringidos y a que deben completar una serie de formatos relacionados con la atención, además de cumplir con actividades administrativas.

Desgraciadamente, el espacio y los tiempos [de consulta] son muy cortos, por la demanda de gente. Para asesorar [a los pacientes con conductas suicidas], tendríamos que tener todavía más tiempo para dar mayores indicaciones (OP-19-M48).

Tiempos de espera y continuidad de la atención. Solo una de las unidades tiene atención en el turno vespertino, por lo que la mayor parte de los horarios de consulta interfiere con actividades escolares o laborales de las/los pacientes; además, es poco probable que estas/os puedan elegir el día y la hora de las consultas.

Para que las/los pacientes accedan a una atención psicológica o psiquiátrica, primero pasan por diversos filtros, con trabajo social, enfermería o medicina general; por lo tanto, deben acudir a más de una cita antes de que se aborde la necesidad relacionada con las conductas suicidas.

También encuentran como una limitante la falta de continuidad de la atención médica, pues el lapso entre consultas puede ser de 1 a 3 meses. Según las/los participantes, estos tiempos no favorecen el seguimiento a la atención de las conductas suicidas, ya que las/los pacientes pueden presentar un intento de suicidio antes de la siguiente cita.

La estructura del sistema no permite que veamos a los pacientes cada ocho días, cada semana, sino es cada mes. Entonces, no hay un buen seguimiento para detectar necesidades del paciente propiamente, porque están muy desfasadas las citas. [...] O sea, se les atiende en el momento, pero durante quince días o hasta un mes, el paciente puede volver a incurrir en el suicidio (OP-10-M34).

Sistema de referencia y contrarreferencia. En las unidades de salud no se cuenta con seguimiento a las referencias y contrarreferencias de los pacientes con conductas suicidas a otros niveles de atención. Cuando las/los pacientes presentan conductas suicidas de alto riesgo, se remiten a un hospital psiquiátrico, donde reciben tratamiento farmacológico y terapéutico hasta que se determina que el riesgo ha disminuido. Al ser egresados, son contrarreferidos a la unidad de atención ambulatoria más cercana al domicilio de la/el paciente, para continuar con la atención; sin embargo, este no es un seguimiento transversal a todo el proceso de atención médica.

En la atención, sabemos que llega un paciente aquí con intento suicida; bueno, los médicos valoran si todavía pueden estar en casa, bajo monitoreo y supervisión. Pero si su intento fue letal, lo canalizan al hospital y ya el hospital lo ve; pero cuando ellos regresan para su seguimiento, ahí es donde nos ha faltado tener ese monitoreo, cuántos pacientes de seguimiento por suicidio tenemos, por ejemplo (OP-21-M49).

Tema 3. Disponibilidad de recursos materiales y humanos

Infraestructura y materiales. Para las/los entrevistados, la infraestructura resulta insuficiente para la demanda de servicios y para ampliar los servicios preventivos, promover grupos de supervivientes de suicidio o terapias grupales, entre otros. Asimismo, se menciona la poca disponibilidad de medicamentos psicotrópicos y el desabasto de estos, por lo que las/los pacientes deben adquirirlos por su cuenta. Esta limitación se extiende a la atención en crisis, ya que no siempre se cuentan con los recursos para manejar episodios que requieren de medicamento urgente.

Aquí, [a los pacientes] les hace una clasificación socioeconómica [por parte de] trabajo social y el nivel que les ponen es un número que va al frente de su carné. Entonces, si es uno, dos o tres, tienen derecho a farmacia y se los regala [el medicamento]. Claro,

hay un límite de cajas que se puede dar y entonces el problema es cuando no hay (OP-18-M62).

Recursos humanos. Las/los participantes reconocieron que no se aborda el tema de las conductas suicidas en los cursos de salud mental durante su formación de posgrado. Por este motivo, afirman que su aprendizaje en el manejo a las conductas suicidas se da “sobre la marcha”, a partir de la experiencia acumulada en la práctica o durante los estudios de posgrado. Aunque se capaciten en sus lugares de trabajo, la oferta educativa no cuenta con cursos específicos sobre las conductas suicidas.

[...] pues, creo yo que buscando personal especializado para [la atención de las conductas suicidas], gente preparada para esto, porque aquí realmente nos formamos en el camino. O sea, tú sales de la carrera y en el camino te vas formando y vas especializándote de acuerdo con tus inclinaciones, tus inquietudes (OP-13-M).

Tema 4. Experiencias de los proveedores de servicios alrededor de las conductas suicidas

Apoyo familiar en el proceso de atención. Uno de los principales retos que las personas participantes enfrentan en la atención es la sensibilización de familiares de las/los pacientes sobre las conductas suicidas. Aluden la dificultad de abordar los prejuicios que familiares expresan sobre las conductas suicidas y acerca del tratamiento psiquiátrico.

Además, los familiares tienen gran influencia en el apego terapéutico de las/los pacientes, ya que pueden apoyar el abandono de la medicación o de la terapia, al ver posibles signos de mejoría.

Me he dado cuenta de que sienten mejoría a los cuatro, cinco, seis meses y dejan un poquito de esas ideas y [los familiares] los dejan de traer, ya no les dan el medicamento. Como ya los ven bien, los dejan de traer, y entonces, los pacientes vuelven a reincidir un año o dos años después. Entonces, yo creo que lo más importante es que la familia los apoye hasta el último momento; aunque vean mejorías, continúen con el apoyo hasta que el médico o el especialista determine que ya puede ir disminuyendo (OP-11-M37).

Sobrecarga de trabajo y afectaciones personales. El proceso de atención de las personas con conductas suicidas fue descrito como “cansado”, “triste”, “pesado” y “difícil”, lo cual permea el ánimo y la salud física del personal de salud.

A pesar de que el personal de salud debe lidiar diariamente con situaciones complejas, por la naturaleza de los servicios, no disponen de mecanismos de contención para liberar el estrés que su actividad les produce. Aunque son conscientes de la necesidad del autocuidado, no hay apoyos institucionales para que el personal de salud cuente con un proceso terapéutico.

Las/los participantes comentaron sentirse “frustrados” por no “poder hacer más” por las personas que acuden a la consulta con conductas suicidas.

Son pacientes [con conductas suicidas] que traen una gran carga emocional [...]. A veces, ya después de ver a un paciente, quisiera tirarme a dormir, y lo vale, pero requieren mucho tiempo, para asegurar, para garantizar que no van a lastimarse. Son pacientes que tienen mucho, requieren mucho compromiso (OP-24-M47).

Discusión

En este estudio se evidenciaron diversas barreras para la atención de las conductas suicidas que experimentan las/los prestadores de servicios de salud mental en dos centros de primer nivel ubicados en la Ciudad de México.

La falta de una estrategia nacional para la prevención del suicidio es la principal limitación que indicaron las personas participantes en el estudio, lo cual es un aspecto fundamental para guiar la atención. Al respecto, en Noruega se encontró que las/los profesionales de salud mental afirman que las guías nacionales permiten colocar la prevención del suicidio en la agenda de salud [28]; además, reflejan el compromiso de las autoridades con la problemática y facilitan la asignación de recursos [29]. En México, las normativas para la atención de las conductas suicidas se definen a nivel subnacional, lo que ha provocado la aplicación de intervenciones dispersas y sin presupuesto fijo, dificultando también la evaluación del impacto en salud de estas acciones [9,30].

En este estudio se constató que no hay un seguimiento de las/los pacientes después de la remisión a hospitales psiquiátricos. Aunque en México se desconocen las cifras del seguimiento de las/los pacientes con conductas suicidas, en países como Estados Unidos se estima que un tercio se les da seguimiento después del internamiento psiquiátrico [31]. A partir de un metaanálisis, se observó que las/los pacientes egresados de instituciones psiquiátricas tienen mayor riesgo de morir por suicidio en el corto plazo, en comparación con la población general [31].

Por otro lado, la atención de la salud mental durante la semana posterior al alta de los hospitales psiquiátricos se ha asociado con un menor riesgo de suicidio en comparación con 6 meses después del egreso. Además, la atención ambulatoria y el monitoreo previo a la atención hospitalaria se vincula con el correcto seguimiento de las/los pacientes [32]. En este sentido, es necesario reforzar la comunicación y los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención.

Respecto a la disponibilidad de recursos, las/los profesionales de la salud nombraron la insuficiencia de insumos y de las unidades destinadas a la salud mental

en México. A pesar de las recomendaciones internacionales para que la atención primaria sea el eje de atención de la salud mental, aún es necesario ampliar los establecimientos y la capacidad humana en este nivel [33]. Las/los participantes también señalaron la falta de entrenamiento para la atención de las conductas suicidas, tanto en su formación de pregrado como en sus centros de trabajo. En países de ingresos altos, como Estados Unidos, la proporción de quienes mencionan haber recibido entrenamiento para el abordaje de las conductas suicidas durante su formación de pregrado es menor del 50 %, [34], mientras que en países de ingresos medios y bajos no se tiene información puntual sobre este aspecto.

La atención de las/los pacientes con conductas suicidas requiere, por parte de las/los profesionales de la salud, de habilidades específicas, como el manejo de las propias emociones, el balance entre la relación con las/los pacientes y la distancia profesional, además de habilidades empíricas, como el reconocimiento de señales de alerta que indican algunas conductas suicidas o intención de autolesión de las/los pacientes [35]. La capacitación contribuye a mejorar la confianza de las/los profesionales para identificar, tratar y discutir las conductas suicidas con las/los pacientes [34]. El efecto positivo se ha observado incluso en capacitaciones breves, de un día o menos, por lo que aun en escenarios de recursos limitados se puede implementar este tipo de acciones [34]. Sobre este punto, se ha demostrado que tanto la disponibilidad de servicios de salud mental como el tratamiento farmacológico y la psicoterapia son intervenciones efectivas para reducir las conductas suicidas a nivel poblacional [36].

Adicionalmente, las/los participantes mencionaron la carga emocional que representa atender a las/los pacientes con conductas suicidas, aunado a la falta que hay, en las instituciones, de programas de autocuidado dirigido al personal de salud.

La respuesta de las/los profesionales es similar a los hallazgos de estudios realizados en Nicaragua y Noruega, donde estos reportan malestar emocional posterior a la atención de un intento suicida, muchas veces asociado con un sentimiento de fracaso en la atención de las/los pacientes [35,37]. Se ha observado que compartir con colegas de trabajo la experiencia de la atención de las/los pacientes con intento suicida ha sido de ayuda para las/los profesionales, junto con la capacitación para la atención de las conductas suicidas [38].

Asimismo, alrededor del 60 % de las/los estudiantes de Psiquiatría y psiquiatras en México reportan algún problema de salud mental; entre los más frecuentemente mencionados están el desgaste profesional, la ansiedad y la depresión [39]. En países de ingresos altos, se ha encontrado mayor prevalencia de problemas de salud mental con las/los profesionales de salud mental que atienden a las/los pacientes con conductas suicidas, [40] por lo que

es necesario que las estrategias de prevención de suicidio consideren el bienestar de estos profesionales de salud.

El presente estudio no está exento de limitaciones. El objetivo principal se centró en la experiencia del personal del primer nivel de atención; por tanto, no fue posible conocer la experiencia de las/los usuarios. Del mismo modo, la selección de las unidades de salud y la ciudad de estudio suponen condiciones únicas, así que los resultados no pueden ser generalizados a otras regiones del país. Sin embargo, la metodología empleada puede ser replicada en diversos contextos, con el fin de ampliar la comprensión del problema.

Pasos por seguir

La Secretaría de Salud propuso, a finales del 2020, la creación de la Comisión de Salud Mental y Adicciones, con el objetivo de unificar el manejo de la atención de la salud mental y las adicciones, además de implementar un modelo de atención de la salud mental basado en la atención primaria de salud integral [41]. La reforma incluye la creación de una estrategia nacional para la prevención del suicidio, que comprende la vigilancia epidemiológica, el diseño de intervenciones a nivel de atención primaria, la capacitación de diversos sectores y la investigación [41]. Por ende, es necesario evaluar, posteriormente, el efecto de estos cambios en el primer nivel de atención.

La población objetivo de este estudio se centró en personal del primer nivel de atención, por lo que se sugiere que futuras investigaciones abarquen la perspectiva de las personas que toman las decisiones, tanto en lo nacional como en lo local, del personal del segundo y tercer nivel de atención, y de las/los pacientes, quienes posiblemente enfrenten otros tipos de barreras que aquí no se identificaron.

Finalmente, esta investigación se desarrolló al inicio de la pandemia por COVID-19. Esta emergencia sanitaria ha puesto de relieve la necesidad de incluir y analizar los escenarios de emergencia en las políticas de prevención del suicidio, para continuar con la atención de la salud mental, y dar seguimiento a los datos epidemiológicos y estadísticos referentes a las conductas suicidas [42]. Por tanto, habrá de indagarse acerca de cómo la situación sanitaria en tiempo de pandemia afectó la salud mental de la población, las conductas suicidas y la respuesta de los servicios de salud.

Conclusión

Este estudio evidenció la ausencia de una institución rectora y programas a nivel nacional que orienten las acciones para la prevención y la atención de las conductas suicidas. Estos programas deben considerar las limitaciones del entorno y las características de los servicios

de salud, así como las necesidades de las/los profesionales de salud. La falta de comunicación entre los niveles de atención apunta a la necesidad de integrar el sistema de salud mental.

Por otro lado, se requiere reforzar la capacitación y el entrenamiento del personal de salud mental en la detección y el tratamiento de las conductas suicidas, para mejorar la calidad de la atención, así como mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención. Además, es indispensable proporcionar apoyo emocional al personal a cargo de estos servicios, para contender las situaciones que confrontan cada día en la atención.

Agradecimientos

Las autoras y el autor de este trabajo agradecen las facilidades prestadas en las dos unidades de salud para la realización de este estudio, así como al personal de salud que aceptó participar desinteresadamente.

Financiación

Este trabajo fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México, a través del programa de Becas Nacionales (# 480539).

Conflicto de interés

Las investigadoras y el investigador declaran no tener conflicto de intereses en la presente investigación.

Declaración de responsabilidad

Lo expresado en el documento es responsabilidad de los autores y no de la Universidad de Antioquia ni de la *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*.

Declaración de autoría

L. Gómez-García participó del diseño del estudio, análisis de datos, redacción del primer borrador, aprobación de la versión final. M. Agudelo-Botero, M. L. Arenas-Monreal, M. Rojas-Russell y R. Valdez-Santiago colaboraron en el diseño del estudio, el análisis y la interpretación de los datos, la revisión crítica y la aprobación del artículo. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del artículo.

Referencias

- Crosby A, Ortega L, Melanson C. Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Seattle, WA [internet]; 2019 [citado 2021 may. 11]. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
- Rivera-Rivera L, Fonseca-Pedrero E, Séris-Martínez M, et al. Prevalencia y factores psicológicos asociados con conducta suicida en adolescentes. *Ensanut 2018-19. Salud Pública Mex.* 2020;62(6):672-81. doi: <https://doi.org/10.21149/11555>
- Valdez-Santiago R, Hidalgo-Solorzano E, Mojarro-Iñiguez M, et al. Attempted suicide among adolescents in Mexico: Prevalence and associated factors at the national level. *Inj Prev.* 2017;24(4):256-61. doi: <https://doi.org/10.1136/injury-prev-2016-042197>
- Robinson J, Bailey E, Witt K, et al. What works in youth suicide prevention? A systematic review and meta-analysis. *EclinicalMedicine.* 2018;4-5:52-91. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2018.10.004>
- Díaz-Castro L, Cabello-Rangel H, Medina-Mora ME, et al. Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud Pública Mex.* 2019;62(1):72-79. doi: <https://doi.org/10.21149/10323>
- Martínez W, Galván J, et al. Barriers to integrating mental health services in community-based primary care settings in Mexico City: A qualitative analysis. *Psychiatr Serv.* 2017;68(5):497-502. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600141>
- Saavedra Solano N, Berenson Gorn S, Galván Reyes J. Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. *Aten Primaria.* 2016;48(4):258-64. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.05.005>
- Valdez-Santiago R, Marín-Mendoza E, Gómez-García L, et al. Respuesta del sector salud a la conducta suicida de adolescentes en cinco estados de México: entre el desbordamiento y la precariedad. En: Valdez Santiago R, Arenas Monreal L, editores. *Simplemente quería desaparecer... Aproximaciones a la conducta suicida de adolescentes en México.* Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública; 2019 [citado 2021 may. 4]. pp. 15-50. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/2019/Docs/190731_Conducta_suicida.pdf
- Borges G, Wilcox HC, Medina-Mora ME, et al. Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental [internet].* 2005 [citado 2021 may. 4]; 28(2):40-47. Disponible en: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1042/1040
- Borges G, Orozco R, et al. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública Mex [internet].* 2010 [citado 2021 may. 4]; 52(4):292-304. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6979/8934>
- Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Cuestionario de Salud de Adolescentes (10 a 19 años) [base de datos electrónica]. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Instituto Nacional de Salud Pública. 2020 [citado 2021 may. 11]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/descargas.php>
- Hooper LM, Epstein SA, Weinfurt KP, et al. Predictors of primary care physicians' self-reported intention to conduct suicide risk assessments. *J Behav Health Serv Res.* 2012;39(2):103-15. doi: <https://doi.org/10.1007/s11414-011-9268-5>
- Valdez-Santiago R, Villalobos A, Arenas-Monreal L, et al. Comparative analysis of lifetime suicide attempts among Mexican adolescents, over the past 12 years. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(10):1-13. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18105419>
- Ibarra López AM, Sánchez Loyo LM, et al. Prevención y atención a los comportamientos suicidas: programas y estrategias de

- prevención del suicidio. En: Morfin López T, Ibarra López AM, editores. Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar. México: El Manual Moderno; 2015. pp. 29-45.
16. Valdez-Santiago R, Cruz-Bañares AL, et al. Living conditions of adolescents who have attempted suicide in Mexico. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(16):1-12. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17165990>
 17. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, et al. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-51. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
 18. Donabedian A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de Cultura Económica; 1988.
 19. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública Mex* [internet]. 1985 [citado 2021 may. 4]; 27(5):438-5. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422>
 20. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ* [internet]. 1978 [citado 2021 may. 4]; 56(2):295-303. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/261736>
 21. Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) [internet]. Secretaría de Salud; 2011 [citado 2021 may. 4]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf
 22. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Medición de la pobreza. Pobreza municipal 2010-2015 [internet]. CONEVAL. 2015 [citado 2021 jul. 27]. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>
 23. Ritchie J, Spencer L, O'Connor W. Carrying out qualitative analysis. In: Ritchie J, Lewis J, editors. *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. London: Sage Publications; 2003. pp. 219-62.
 24. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* [internet]. 1974 [citado 2021 may. 4]; 9(3):208-20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4436074/>
 25. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12:18. doi: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
 26. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127-40. doi: <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
 27. ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH. ATLAS.ti. *Qualitative Data Analysis*. 8.4.3 ed. Berlin; 2019.
 28. Espeland K, Hjelmeland H, Loa Knizek B. A call for change from impersonal risk assessment to a relational approach: Professionals' reflections on the national guidelines for suicide prevention in mental health care in Norway. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2021;16(1):1868737. doi: <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1868737>
 29. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Prevención del suicidio: un imperativo global. ops [internet]; 2014 [citado 2021 may. 11]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>
 30. Valdez-Santiago R, Marín-Mendoza E, Torres-Falcón M. Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. *Salud Pública Mex*. 2021;63(4):554-64. doi: <https://doi.org/10.21149/12310>
 31. Chung D, Hadzi-Pavlovic D, Wang M, et al. Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ Open*. 2019;9(3):e023883. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023883>
 32. Fontanella CA, Warner LA, Steelesmith DL, et al. Association of timely outpatient mental health services for youths after psychiatric hospitalization with risk of death by suicide. *JAMA Netw Open*. 2020;3(8):e2012887. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12887>
 33. Berenzon Gorn S, Saavedra Solano N, Medina-Mora Icaza ME, et al. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Rev Panam Salud Pública*. 2013;33(4):252-8. doi: <https://doi.org/10.1590/s1020-49892013000400003>
 34. Wakai S, Schilling EA, Aseltine RH, et al. Suicide prevention skills, confidence and training: Results from the Zero Suicide Workforce Survey of behavioral health care professionals. *SAGE Open Medicine*. 2020;8:2050312120933152. doi: <https://doi.org/10.1177/2050312120933152>
 35. Hagen J, Knizek BL, Hjelmeland H. Mental health nurses' experiences of caring for suicidal patients in psychiatric wards: An emotional endeavor. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017;31(1):31-37. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.018>
 36. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(7):646-59. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
 37. Obando Medina C, Kullgren G, Dahlblom K. A qualitative study on primary health care professionals' perceptions of mental health, suicidal problems and help-seeking among young people in Nicaragua. *BMC Fam Pract*. 2014;15:129. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-129>
 38. Alhamidi SA, Alyousef SM. Perceptions of mental health nurses toward caring for suicidal hospital inpatients in Saudi Arabia. *Death Stud*. 2020;1-10. doi: <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1801894>
 39. Fresán A, Guizar-Sánchez D, Yoldi-Negrete M, et al. Identifying risk factors for self-reported mental health problems in psychiatry trainees and psychiatrists in Mexico. *Acad Psychiatry*. 2021. doi: <https://doi.org/10.1007/s40596-021-01506-y>
 40. Johnson J, Hall LH, Berzins K, et al. Mental healthcare staff well-being and burnout: A narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(1):20-32. doi: <https://doi.org/10.1111/inm.12416>
 41. México, Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico. Salud Mental y Adicciones 2020-2024. México: Secretaría de Salud [internet]; 2021 [citado 2021 jul. 27]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/626039/PAE_CONASAMA_26_3_21.pdf?fbclid=IwAR2uljl-13h-jgHjmDh1KopRw-NitgSkhemAZVEdh2Vc0WPcNw3UBh-i9T50
 42. Ivbijaro G, Kolkiewicz L, Goldberg D, et al. Suicide prevention and COVID-19. *Asia Pac Psychiatry*. 2021;(13)3:e12482. doi: <https://doi.org/10.1111/appy.12482>



Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional
 Más información: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>