



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DESAFIOS EN EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO PARA LA
ATENCIÓN DE PERSONAS EN RIESGO DE SUICIDIO**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
CARREÓN MARTÍNEZ ALFREDO EMMANUEL**

**DIRECTORA: DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE
REVISORA: DRA. ANGÉLICA JUÁREZ LOYA
MIEMBROS DEL COMITÉ: MTRA. ALEJANDRA LÓPEZ MONTOYA
DRA. ALICIA ELVIRA VÉLEZ GARCIA
DR. CARLOS OMAR SÁNCHEZ XICOTECATL**



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 2023



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.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México y la Facultad de Psicología, por brindarme el espacio, oportunidad y recursos para desarrollar los conocimientos, aptitudes y habilidades profesionales, inherentes a la ciencia de la psicología. Así como una formación trascendente del espacio académico, que influyó en gran medida, mi entendimiento y manejo de la realidad.

A mi mentora Paulina Arenas Landgrave, Licenciada y Doctora en Psicología por la UNAM. Cuyo apoyo primeramente de contenido teórico-metodológico promovió en mí una gran seguridad, así como motivación para iniciar y mantener el desarrollo de un proyecto de investigación de Tesis, opción que distancié de mis capacidades. Pero gracias a una supervisión paciente, empática, así como constante y precisa, en la construcción integral de este trabajo, me permitió llevarlo a término; usted fue un pilar fundamental para consolidar las capacidades desarrolladas a lo largo de mi trayectoria académico-profesional, plasmadas en un proyecto formativo en el que invertí los últimos años de mi vida. Siempre le estaré agradecido, por cada orientación, consejo, palabras de aliento y constancia de apoyo, brindada en el momento que más lo necesité.

Al proyecto PAPIME “Desarrollo y evaluación de competencias clínicas para el manejo de autolesiones y comportamiento suicida con base en las listas de cotejo fundamentadas en la GI-mhGAP” con clave PE309420 por el cual me fue posible concretar de esta investigación. Así como al Centro Comunitario de Atención Psicológica los Volcanes, por brindarme tanto el ambiente como los elementos críticos para mi formación especializada en la psicología clínica.

Índice

Resumen.....	6
Introducción.....	7
Capítulo 1. Suicidio	8
Un término modificable.....	9
Antecedentes históricos	10
Aproximaciones desde la Psicología	12
Teoría Cognitiva de Beck	13
Escala de riesgo suicida de Pierce	14
Edwin Schneidman y la Suicidología	14
Teoría del comportamiento suicida de Linehan.....	17
Epidemiología mundial del suicidio	19
Conceptos Clave del Suicidio en la Guía mhGap.....	20
Señales de alerta, factores de riesgo y protección	21
Investigación genética.....	24
Vulnerabilidad	24
Distinción entre Autolesiones e intentos suicidas.....	25
El suicidio como problemática de salud en México	27
Suicidio en la niñez y adolescencia mexicana	30
Capítulo 2. Sistema de Salud Mexicano	32
Trayectoria histórica	32

Panorama contemporáneo del sistema nacional de salud	33
Estructura del sistema de salud mexicano	34
Estatutos y disposición sobre salud mental.....	36
Capítulo 3. Desafíos del Sistema de Salud Mexicano	40
Panorama actual.....	40
Desafíos de cobertura y acceso	41
Brecha en salud mental	43
Modificaciones a la Ley General de Salud en materia de salud mental	45
Estigma hacia la salud mental en México.....	46
Invertir en salud mental	47
Procurar una atención de calidad	49
Capítulo 4. Herramientas especializadas en la evaluación y manejo del suicidio	51
Manejo actual de casos en riesgo de suicidio a nivel institucional.....	52
Guía de intervención mhGAP	53
Implementación en México	57
Capacitación a profesionales de la salud del primer nivel de atención	58
Adopción de un Sistema de Gestión de Calidad.....	60
Trabajo colaborativo	63
Marco CAMS un tratamiento escalonado.....	64
Promover una capacitación continua	66
Modelo de órdenes de riesgo de suicidio.....	67
Justificación y Planteamiento del Problema	68

Pregunta de Investigación	69
Objetivo	69
General.....	69
Objetivos específicos	69
Participantes.....	72
Unidad de análisis.....	73
Técnicas de recolección de datos.....	74
Softwares utilizados.....	75
Procedimiento	76
Fase 1. Vinculación con el curso/ diplomado de la Secretaría de Salud.	76
Fase 2. Análisis de información.....	77
Triangulación teórica	77
Consideraciones éticas	78
Resultados	79
Población Participante	79
Experiencias focalizadas.....	83
Codificación.....	84
Categoría de Indagación adicional: Propuestas del personal de salud.....	91
Discusión y Conclusiones.....	94
Referencias.....	98
Anexo 1.....	109

Resumen

El suicidio es un acto que ha elegido el ser humano desde tiempos inmemoriales y como resultado ya no habrá más elecciones posteriores (González, 2018, pág. 16) La presente investigación comparte los resultados de un cuestionario semiabierto de opinión, dirigido al personal de salud tanto especializado como no especializado en salud mental, para describir los desafíos percibidos dentro del sistema de salud mexicano para la atención y manejo de personas con riesgo de suicidio. Se encontró que los profesionales de la salud perciben desafíos relacionados con: la calidad en la atención, la necesidad de capacitación especializada y la presencia de mitos sobre esta problemática dentro del personal de atención. Se concluye que frente a un sistema de salud desarticulado y con necesidades, la adquisición de herramientas de diagnóstico especializadas como: la guía de intervención mhGAP, el Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo y el marco clínico CAMS son alternativas útiles frente a los desafíos identificados. La realización de esta investigación pretende describir las necesidades actuales del sistema de salud mexicano ante una problemática de gran incidencia a nivel nacional, con el fin de vincular el apoyo de herramientas de diagnóstico especializado en una nueva alternativa de atención preventiva del riesgo de suicidio.

Palabras clave: suicidio, autolesión, riesgo de suicidio, sistema de salud mexicano, calidad en la atención, mitos del suicidio, evaluación del suicidio.

Introducción

El suicidio es un fenómeno global que afecta a muchas regiones del planeta y no distingue entre la posición socioeconómica, escolaridad, género o edad. Es importante comprender este fenómeno como una conducta, un acto voluntario que arrastra un dolor emocional insoportable, que, en conjunto con otros factores, llevan al individuo a tomar la decisión deliberada de quitarse la vida.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019) el suicidio se posiciona como un problema de salud pública, que en el 2017 se encontró entre las principales causas de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años; con la tasa más alta en el grupo de 20 a 24 años, destacando a los hombres con mayor riesgo de consumir el acto. Sin embargo, es una problemática que resulta prevenible si se toman esfuerzos para identificar sus manifestaciones de manera temprana y remitirlos en forma oportuna a su atención.

Meta que muchas veces se ve limitada por el estado de los medios de atención, que, a pesar de contar con la capacitación de intervenir esta problemática, muchas veces se ven rebasados. Por ello es importante mostrar la magnitud de esta problemática y el cómo se atiende dentro de nuestro sistema de salud, para visibilizar los obstáculos percibidos a través de perspectivas tanto de los profesionales de la salud especializados como de los no especializados en la atención de la salud mental, conformando así una perspectiva que integre nuevas herramientas o modelos de atención que apoyen la atención y manejo de casos en riesgo suicidio.

Capítulo 1. Suicidio

El suicidio, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2016) en su guía mhGAP de intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias se define como el acto deliberado de quitarse la vida con la presencia de pensamientos, planes y actos de autolesión.

Según Reyes y Rizo (2016) es un fenómeno en el que se encuentran implicados un conjunto de factores biológicos, genéticos, psicológicos y socioculturales que, a diferencia de otras causas de muerte resulta prevenible, pero depende principalmente de una apropiada identificación para la detección del riesgo individual. Acorde con la OMS (2021) el suicidio es un fenómeno que no solo ocurre en países de altos ingresos, sino que afecta a todas las regiones del mundo, tratándose de un grave problema de salud pública, ya que todos los casos son una tragedia que afecta a familias y comunidades dado que sus efectos son duraderos para los allegados de quien lo comete.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2014) no existe una única explicación de por qué se suicidan las personas, son el conjunto de factores sociales, psicológicos y culturales los que interactúan para conducir a una persona a quitarse la vida. Pero debido a la estigmatización de esta problemática, al igual que con otros temas en salud mental, las personas se sienten incapaces de pedir ayuda además de ser un tema de escasa prioridad para los gobiernos.

Un término modificable

“Lo que hoy conocemos como suicidio, fue objeto de encuadres muy variados en distintas culturas, fuera como crimen, pecado, sacrificio, o enfermedad” (López, 2020, pág. 465). A lo largo de los siglos, se aludió a la muerte voluntaria con numerosos términos. Es un concepto que ha cambiado en el transcurso del tiempo, sujeto a las influencias socioculturales de cada contexto histórico; conformando un cúmulo de conocimientos complementado por estudios desde múltiples disciplinas como la medicina, psicología, filosofía, ética, antropología y sociología, que en su conjunto establecen una comprensión integral de este fenómeno (Guerrero, 2019).

Tomando en cuenta esta diversidad, nos enfrentamos a un tema de gran complejidad, sin embargo, es necesario mostrar que la comprensión del suicidio puede encontrarse al alcance de todos. Tal como lo menciona Ortega (2018) el entendimiento de este comportamiento no es exclusivo de aquellos intelectuales que la estudian o solo de las personas que han intentado terminar con su vida. El suicidio es un asunto de constante discusión, generando múltiples reflexiones a lo largo del tiempo. Y como cualquier otro comportamiento debe estudiarse y analizarse esclareciendo los conceptos utilizados al describirlo y desde una perspectiva tanto estructurada como coherente para su explicación.

A manera de ejemplo:

El suicidio es una urgencia ubicada no sólo en un contexto de pérdida de la salud mental, sino en conjunto al debilitamiento de las redes afectivas y sociales. Por lo que es importante entender que aquellas personas que intentan terminar con su vida están desbordadas por el sufrimiento y sin la más mínima esperanza en el futuro (Echeburúa, 2015).

Antecedentes históricos

Guerrero (2019) describe que las motivaciones del suicidio siguen siendo las mismas que hace 4000 años, para terminar o librarse del sufrimiento insoportable, dejar de percibirse como una carga, terminar con la soledad, el sentimiento de culpa, vergüenza o injusticia, o la fantasía de reunirse con un ser querido fallecido. Tolerado por la mayor parte de civilizaciones de la antigüedad, ya que la muerte no implicaba el fin de la existencia sino una transición a otra vida, su problematización comienza con las reflexiones de las escuelas de filosofía griega, considerada como un acto impío hacia los dioses, ya que solo ellos podían disponer de la vida de los hombres con posturas que iban del rechazo, hasta su total justificación (véase Figura 1), este era un delito contra la comunidad puesto que privaba a la polis de la contribución de uno de sus miembros.

Figura 1.

Primeras posturas históricas sobre el suicidio



Nota. Elaboración propia, información adaptada de Guerrero (2019) Reflexiones sobre el suicidio desde la mirada histórica.

Perspectiva que se mantuvo a lo largo del imperio Romano, como lo menciona Amador (2015) siguiendo los pensamientos de Platón y Aristóteles, pero variando sobre su concepto y penalización; llegando a tomar medidas preventivas sumamente estrictas (véase Figura 2), como las impuestas por el emperador Constantino; al confiscar los bienes de la familia del fallecido tras el acto, como compensación ante la pérdida de un ciudadano. Estableciendo la figura legal de nombre *Non Compos Mentis* que significa: sin control de su mente, utilizada para aquellas personas cuya muerte voluntaria ocurriera debido a una enfermedad, y que representa la primera interpretación legal de una conducta causada por un estado mental alterado.

Figura 2.

Problematización y primeros estudios



Nota. Elaboración propia, información adaptada de Guerrero (2019) Reflexiones sobre el suicidio desde la mirada histórica.

En contraste a estas posturas Amador (2015) también comparte que en la Biblia se relatan hasta nueve suicidios, sin condena, por lo que, para las primeras comunidades cristianas, la muerte voluntaria no obtuvo un estigma inmediato, surgiendo, por el contrario, un fenómeno conocido como el martirio voluntario, con el objetivo de obtener los beneficios de quien daba su vida por Dios. Un fenómeno tan alarmante que necesito de un relato teológico para frenar estos actos, siendo posturas como las de San Agustín de Hipona (354-430 d.C.) quien, condenando el acto, equiparándolo con un homicidio, iniciando uno de los momentos de mayor crudeza y rechazo ante este fenómeno; estableciendo condenas que iban desde la excomunión hasta la prohibición del rito funerario.

Aproximaciones desde la Psicología

Ortega (2018) expone un dilema dentro del contexto actual de la psicología a partir de dos posturas sobre su concepción. La primera comprende a esta ciencia como un marco unificador, enriquecido de teorías para explicar una amplia gama de fenómenos psicológicos en forma armoniosa y coherente, que permite relacionarse con otros campos de conocimiento. Por otro lado, este autor inclina su postura en la necesidad de formar acuerdos sobre los objetos de estudio, para superar las posibles confusiones al momento de indagar en el mismo fenómeno, desde áreas diferentes, tales como con: la inteligencia, la memoria, el aprendizaje, la sensopercepción o los trastornos mentales y por supuesto, el fenómeno del suicidio.

Para la presente investigación, un vínculo entre ambas posturas resultaría óptimo en términos de contar con un acervo de conocimientos, orientados por un acuerdo en el objeto de estudio. En este sentido, vale la pena revisar las posturas más relevantes desde la psicología sobre el suicidio, concluyendo en su concepción actual.

Teoría Cognitiva de Beck

Para el doctor, Aaron T. Beck, reconocido mundialmente como el padre de la terapia cognitiva conductual y uno de los principales investigadores a nivel mundial en psicopatología. El suicidio amplía el contexto de la depresión, acorde con Ortega (2018) debido a la distorsión de categorías mentales, que ayudan a percibir, estructurar e interpretar la realidad, lo que llevado al extremo conduce a la conducta suicida, generando pensamientos negativos y distorsiones como: la abstracción selectiva, el pensamiento dicotómico, o sentimientos de culpa.

A manera de ejemplo el instituto BECK de Terapia Cognitivo Conductual comparte el caso de un estudiante de 25 años con depresión quien descubre haber reprobado sus exámenes finales. Describiéndolo de la siguiente manera:

“Cognitivamente, se activan sus creencias fundamentales de ser inútil y fracasar. En términos afectivos, la aparición de emociones de: vergüenza, preocupación y odio hacia uno mismo. Dentro del comportamiento, se aísla de sus amigos y familiares obsesionándose con los comentarios de felicitación para aquellos que han aprobado publicados en redes sociales finalmente planeando beber en exceso y chocar su automóvil” (Ghahramanlou., s.f.; Beck Institute, s.f.)

Con la Escala de Ideación Suicida como una de las pruebas psicológicas producidas por esta postura según Ortega (2018) para cuantificar la intencionalidad suicida, desde la intensidad de los pensamientos evaluando elementos cognitivos como: los pensamientos, planes expectativos y deseos de morir. De manera similar, la teoría de los constructos personales de Kelly (1961) citado en Ortega (2018) entiende al suicidio como una expresión intensa de la depresión, con una construcción de la realidad distorsionada; debido a la falta de motivación en el futuro o percibirse como alguien innecesario.

Escala de riesgo suicida de Pierce

Las posturas anteriores arrojaron componentes y elementos esenciales para describir y comprender el fenómeno del suicidio, mismo que han derivado en la creación de escalas de evaluación, en este sentido, otro instrumento comparable es la Escala de Intencionalidad Suicida (PSIS) de Pierce (1977) diseñada con la intención de construir una escala más objetiva para la medición del intento suicida, según Sisask et al. (2009) dirigido a la intención, como componente esencial, porque permite trazar una línea que distinga entre los casos accidentales de los intentos voluntarios. En este sentido, la intencionalidad suicida ha sido definida como la seriedad o intensidad en el deseo de una persona para terminar con su vida. Revisada posteriormente por la OMS en el año 2000, dentro de su estudio de intervención múltiple sobre comportamientos suicidas (SUPRE-MISS), para reducir la mortalidad y morbilidad del comportamiento suicida, desde una versión revisada de la escala de Pierce.

Edwin Schneidman y la Suicidología

De acuerdo con (Altavilla, 2017) Edwin Schneidman es considerado como el precursor de la investigación y prevención del suicidio, a tal grado que su visión pasó a tener una propia identidad bajo el nombre de Suicidología. A partir de sus propuestas, se mostró la necesidad de comprender que su estudio no debía centrarse solamente en la muerte del individuo sino también en el momento de su planeación y en los rastros materiales y textuales que este dejaba para comprenderlo y prevenirlo.

Según Chávez y Leenaars (2010) Schneidman comprendió al suicidio como una crisis psicológica, un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución, realizando estudios que iban en contra de algunas creencias ampliamente difundidas como el pensamiento de que solo se presentaba en enfermos mentales, sosteniendo que el fuerte dolor psicológico resultaba ser el elemento más común para este comportamiento, más que una enfermedad mental.

Para los sociólogos, las tasas de suicidio van de acuerdo con factores como la guerra o el desempleo, para los psicoanalistas se detona de la ira hacia un ser querido y se redirige a la misma persona, mientras que los psiquiatras lo conciben como un desequilibrio bioquímico. Desde estas perspectivas y con la idea de hacer algo al respecto, como investigador, teórico, conferencista y autor, Schneidman ayudó a establecer el estudio del suicidio como campo interdisciplinario; nombrado como suicidiología para estudiar los comportamientos, pensamientos y sentimientos autodestructivos divididos en: a) la evaluación del comportamiento suicida, b) evaluación de notas póstumas, c) los aspectos clínicos y de comunidad, d) la autopsia psicológica y e) posvención, es decir, el trabajo con los allegados del individuo que termina con su vida (Chávez y Leenaars, 2010).

Para este último Altavilla (2017) señala el valor de la contención para los allegados, por lo que Schneidman estructuró un modelo de abordaje grupal de acompañamiento. Que actualmente se considera con un mínimo de 2 años, posterior al deceso como un periodo de vulnerabilidad psicológica para la familia.

Por otra parte, Schneidman aprovechó la oportunidad de escribir un artículo sobre el suicidio, tras ser solicitado por la Enciclopedia Británica para introducir sus nuevas ideas; contribuyendo a que se modificara su enfoque de estudio, para avanzar más allá de los cuadros estadísticos, identificando diez características comunes del suicidio, como se muestra en la Tabla 1 con la intención de llevarlo a la comprensión popular, facilitando su detección y prevención (Chávez y Leenaars, 2010).

Tabla 1.

Diez características comunes del suicidio

1	El propósito común del suicidio es buscar una solución.
2	El objetivo común es el cese de la conciencia.
3	El estímulo común es el dolor psicológico insoportable.
4	El estresor común son las necesidades psicológicas insatisfechas.
5	La emoción común es la desesperanza y desesperación.
6	El estado cognoscitivo común es la ambivalencia.
7	El estado perceptual común es la constricción (visión de túnel).
8	La acción común es escapar.
9	El acto interpersonal común es la comunicación de la intención suicida.
10	La consistencia permanente de los estilos de vida.

Nota. Elaboración propia, información adaptada de Chávez y Leenaars (2010) Edwin S Schneidman y la suicidología moderna.

Finalmente, otra de sus principales aportaciones es el descubrimiento de la ambivalencia con la muerte, otro pensamiento revolucionario que observó al suicidio como una reacción más que una decisión. Lo que permitía establecer una alternativa de acción al comprender lo que esta relación significaba, como oportunidad de interrumpir el impulso de quitarse la vida, transformándose en su enfoque para resguardar la vida del paciente (Chávez y Leenaars, 2010).

Teoría del comportamiento suicida de Linehan

Linehan (1993) concibe al comportamiento suicida como una alternativa aprendida para lidiar con el sufrimiento emocional, de acuerdo con Ortega (2018) debido a la carencia de habilidades para solucionar los problemas. Donde la cognición actúa como principal causa de este comportamiento, dado que en ella se regula el comportamiento más no en todos los contextos; con los estímulos ambientales como reguladores o detonantes de emociones y problemáticas. Así mismo, afirma que algunos casos con conductas suicidas son resultado de la vulnerabilidad biológica vinculando esta problemática a dificultades económicas, pérdidas o separaciones interpersonales.

También desarrollando un protocolo de evaluación del riesgo suicida acorde con Altamirano et al. (2020) por sus siglas en inglés L-RAMP en la Universidad de Washington, que permite evaluar el nivel de riesgo, incluyendo factores protectores y guías de acción para el terapeuta. Adherido a múltiples principios desarrollados en el manual de Terapia Dialéctico Conductual de 1993. Asimismo, puede ser utilizado por fuera de este tratamiento y también por personas que no sean específicamente el terapeuta del consultante. Implementado en los siguientes casos:

- I. “Si durante la entrevista de admisión un consultante revela conductas suicidas, ideas suicidas o conducta autolesivas sin intencionalidad suicida en el pasado” (Altamirano et al., 2020, pág. 10)
- II. “Cuando el consultante realizó una conducta suicida durante un tratamiento ya que es necesario recordar que más del 50% de las personas que cometen suicidio han estado o están actualmente en tratamiento” (Altamirano et al., 2020, pág. 10)

III. Durante la entrevista en la que existe riesgo inminente y el consultante refiere ideas, e impulso de suicidio en sesión o, responde afirmativamente la pregunta del terapeuta sobre este asunto. A su vez, cuando el consultante hace alusión directa o indirecta (Altamirano et al., 2020)

De igual manera Altamirano et al. (2020) señalan que para evaluar el riesgo se puede indagar en factores ambientales como: la disponibilidad de medios letales, patrones de suicidio (en la familia, o las relaciones interpersonales), experiencias estresantes (pérdidas, violación, agresión sexual, encarcelamiento o internación psiquiátrica) y factores sociales como el desempleo, tener una familia hostil, aislamiento o carecer de apoyo social.

Para la evaluación del riesgo inminente concurren factores como:

- a) “Directos: ideación suicida, comunicación de la intención, planeación, preparación y ensayos en el último año” (Altamirano et al., 2020, pág. 10-11)
- b) “Indirectos: entenderse como una carga para los demás, manifestar severa desesperanza, anhedonia, inquietud, indecisión, insomnio o hipersomnia, aumento del consumo de sustancias” (Altamirano et al., 2020, pág. 11)

Concluyo esta revisión histórica y de exponentes con esta postura ya que me resulta la más adecuada para conceptualizar al comportamiento suicida, una reacción de factores acumulativos relacionados con un sufrimiento insoportable. Y que persiste como problemática de salud pública tanto a nivel mundial como en México como se revisará a continuación.

Epidemiología mundial del suicidio

La OMS (2021) señala al suicidio como un fenómeno rodeado de estigmas, prejuicios, creencias y mitos, una tragedia que repercute tanto de forma individual como social y que a pesar de su gravedad en términos de salud pública a menudo es un tema descuidado. Cerca de 700.000 personas se quitan la vida anualmente y por cada suicidio consumado hay muchas tentativas de la misma conducta. Que sumado al malestar, estrés y pérdidas de toda índole a causa de la pandemia por COVID-19, se incrementa la importancia de enfocarse en su prevención, dada la posibilidad de anticiparse con el apoyo de intervenciones oportunas basadas en evidencia. Acorde con la OPS (2021) este sigue siendo un problema de salud pública en la región de las Américas, notificando un promedio de 98.000 decesos por suicidio al año entre 2015 y 2019, con unos 79% ocurridos en hombres y como la tercera causa de muerte entre jóvenes de 20 a 24 años, como se muestra en la figura 2.

Las tasas de suicidio han disminuido en los 20 años comprendidos entre el 2000 y 2019, presentando una reducción del 36% a nivel mundial, con descensos que oscilaron el 17% en la región del Mediterráneo Oriental al 47% en la región de Europa, así como del 49% en el Pacífico Occidental. En cambio, en la región de las Américas, las tasas se incrementaron en un 17% durante este mismo periodo. Actualmente solo 38 países tienen una estrategia nacional de prevención del suicidio, por lo que es necesario impulsar de forma considerable las medidas para cumplir la meta de la reducción de la tasa mundial de suicidios para 2030. En este sentido se han publicado las siguientes 4 estrategias como se muestra en la Tabla 2 para aplicar un enfoque preventivo para el suicidio. (OMS, 2021)

Tabla 2.

Cuatro Principales Estrategias para la prevención del suicidio según la OMS

1	Limitar el acceso a medios, como plaguicidas o armas de fuego
2	Formar a los medios de comunicación para la difusión responsable de noticias relacionadas al suicidio.
3	Fomentar competencias socioemocionales para la vida en adolescentes. Detectar, evaluar, gestionar y realizar un seguimiento oportuno de las personas con
4	pensamientos y comportamientos suicidas.

Nota. Elaboración propia adaptado de OMS, (2021) Una de cada 100 muertes es por suicidio (<https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>)

Conceptos Clave del Suicidio en la Guía mhGap

Dentro de la guía de intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias de la OMS (2016) en su módulo de autolesión/suicidio describe a este mismo como el acto de quitarse la vida deliberadamente, marcando una importante distinción, que será profundizada más adelante, con la autolesión como un término más amplio referido a la lesión autoinfligida de manera intencional, que puede contar o no con una intención fatal. En este sentido, la guía enfatiza analizar la presencia de: pensamientos, planes y actos de autolesión durante una evaluación, atendiendo el estado mental y malestar emocional de la persona. Con el fin de llegar a un análisis del comportamiento que, en conjunto con la identificación de los factores de riesgo, así como el diagnóstico de trastornos mentales subyacentes, se clasifique el riesgo en términos de su gravedad, comprendidos en 3 niveles como se representa en la Tabla 3.

Tabla 3.

Nivel de riesgo según la OMS en la guía mhGAP

1-Leve	Hay ideación suicida limitada, sin planes ni preparativos concretos para hacerse daño con pocos factores de riesgo conocidos, la intención de suicidarse no es evidente, aunque se presenta ideación suicida; el individuo no presenta un plan concreto ni ha presentado intentos de suicidio en el pasado.
2-Moderado	El individuo es firme en planes y preparaciones evidentes con una

	<p>ideación perceptible, posiblemente con antecedentes de intentos previos y dos factores de riesgo por lo menos. O con más de un factor de riesgo que, aunque presente ideación e intención, no existe un plan claro; el individuo está motivado para mejorar su estado emocional y psicológico actual.</p>
3-Grave	<p>Se presentan planes y preparaciones concretas para hacerse daño, o la persona cuenta con un historial de intentos de suicidio junto a dos o más factores de riesgo. Su ideación e intención suicida se expresan junto con un plan cuidadoso y medios para llevarlo a cabo, esta persona muestra inflexibilidad cognitiva, así como desesperanza sobre el futuro, rechazando el apoyo social disponible y con la presencia de intentos previos de suicidio.</p>

Nota. Elaboración propia adaptado de OMS (2016) Guía mhGAP para la intervención de trastornos mentales neurológicos y por consumo de sustancias.

Señales de alerta, factores de riesgo y protección

Para (Gasteiz, 2019) las señales de alerta indican la posibilidad de que una persona se encuentre en un mayor riesgo de suicidio, considerando su presencia a lo largo de la vida de algunas personas, la vigilancia se vuelve necesaria para aquellas que cuentan con factores de riesgo, señales que pueden manifestarse en el comportamiento, ser expresadas verbalmente como: la pérdida de autocuidado, el aislamiento socio-familiar, conductas temerarias o impulsivas, o anticipatorias al deshacerse de pertenencias valiosas, cumplir deseos u ocupaciones significativas, despedirse como si no se volviera a ver a la persona.

Siguiendo el interés por identificar las causas de este fenómeno, autores como Benítez (2021) han concluido un origen multifactorial, de la combinación tanto de elementos, neurobiológicos, cognitivos, así como de las experiencias traumáticas o situaciones estresantes, a lo largo de la vida del individuo, lo que se conjunta para desencadenar el comportamiento suicida. Elementos, como experiencias traumáticas desde la infancia y/o adolescencia, violencia familiar, comunicación fracturada, o abuso, físico, psicológico o sexual, desesperanza, disminución del sentido de vida, vacío existencial y falta de un apoyo social. Son percibidos como elementos de riesgo para el comportamiento suicida.

Por otro lado, Benítez (2021) también señala los trastornos mentales, primordialmente subyacentes a la conducta suicida, como la depresión, el trastorno de estrés postraumático, los trastornos de ansiedad, que incluyen tanto a la ansiedad generalizada, la fobia social y el trastorno de pánico, trastornos por consumo de sustancias y de personalidad. Como aquellos involucrados con la conducta suicida, no solo debido a la sintomatología propia, sino por la comorbilidad que puede existir entre dos o más trastornos mentales.

Sin embargo, acorde con la OPS (2021) aunque exista una relación entre el suicidio y los trastornos mentales, esto no excluye la presencia de casos provocados de manera impulsiva en momentos de crisis. En este sentido, podemos organizar a los elementos antes mencionados en 2 categorías, aquellos que actúan o repercuten a nivel interno del individuo y aquellos que se relacionan con el ambiente externo. Por otro lado, es posible identificar a las relaciones personales, las creencias religiosas o espirituales, así como las estrategias de afrontamiento como algunos factores protectores, al enmarcarse tanto de forma individual como a nivel comunitario.

Con base en Gasteiz (2019) la conducta suicida se asocia con múltiples factores: biológico psicológico, socioeconómico y cultural, que se pueden comprender desde dos niveles individual y contextual, como se observa en la Tabla 4, abarcando desde el acceso a sistemas sanitarios, la presencia de trastornos mentales y hasta las relaciones del individuo; componentes que de forma acumulativa, actúan sobre la vulnerabilidad del individuo volviéndolo más propenso a presentar un comportamiento suicida.

Tabla 4.

Factores de Riesgo de la Conducta Suicida

	Problemas de Salud Mental	<ul style="list-style-type: none">▪ Trastorno depresivo▪ Trastorno bipolar▪ Esquizofrenia▪ Trastorno de la conducta alimentaria▪ Abuso de sustancias
Individuales	Factores Psicológicos y Rasgos de Personalidad	<ul style="list-style-type: none">➤ Desesperanza➤ Perfeccionismo➤ Impulsividad
Factores de Riesgo	<ul style="list-style-type: none">● Intentos de suicidio previo e ideación suicida● Enfermedad física, dolor crónico o discapacidad● Factores genéticos● Edad (adolescencia y edad avanzada) y Sexo	
Socio-Familiares y Contextuales	<ul style="list-style-type: none">○ Historial familiar de suicidio○ Falta de apoyo socio-familiar y discriminación○ Nivel socioeconómico y situación laboral○ Facilidad de acceso a medios letales○ Exposición a violencia, situaciones traumáticas o abuso○ Estigma o barreras culturales que dificultan la búsqueda de ayuda○ Falta de acceso al sistema de salud	

Nota. Adaptada de Factores de Riesgo de la Conducta Suicida, de Gobierno Vasco, 2019.

Con base en estos indicadores (Gasteiz, 2019) señala de forma más específica, a eventos o experiencias provocadoras de un estrés agudo en un momento específico del individuo, como precipitantes del comportamiento suicida. Para los hombres: los conflictos interpersonales, problemas financieros, desempleo o de salud, mientras que para las mujeres: conflictos interpersonales, pérdidas cercanas, el desahucio, así como conflictos interpersonales relacionados con un incremento en el número de suicidios.

Investigación genética

Ante la problemática que representa el suicidio en México, tras registrar cerca de cinco mil muertes bajo esta causa, el instituto Nacional de Medicina Genómica, desarrolló un estudio donde se identificaron 536 genes relacionados con el suicidio. Investigación encabezada por el doctor Humberto Nicolini Sánchez. Un estudio único en su tipo, siendo el primero dentro del país que analiza los aspectos hereditarios de esta problemática. Apuntando a los sectores del grupo de 15 a 24 años de edad, así como a los mayores de 60 como la población en mayor riesgo de cometer este acto, señalando al consumo de sustancias como el alcohol, como factores de riesgo que elevan su presencia. (Gobierno de México, 2017)

De forma similar Benítez (2021) menciona que, desde el ámbito de la genética y neurobiología, la investigación ha resaltado el metabolismo de la serotonina; con la posible identificación de genes específicos asociados a la conducta suicida, así como las áreas cerebrales vinculadas con el procesamiento emocional, la percepción real o imaginaria del dolor.

Vulnerabilidad

Gutiérrez et al. (2006) mencionan que una persona en riesgo de suicidio es alguien con un sufrimiento intenso y que, por su desesperanza, sus expectativas del futuro no superan al presente doloroso. Siendo importante entonces, que para la prevención de este fenómeno sea necesario identificar a la población vulnerable.

Según Benítez (2021) la muerte recuerda la fragilidad del ser humano y cuando esta se observa a gran escala, como al afrontar un suceso de tal magnitud como una pandemia global; también despierta un sentimiento de vulnerabilidad, que sumado a la pobreza y el acceso limitado a medios de atención sanitaria, un aspecto muy presente en México, al existir deficiencias relevantes y un desacato al principio de justicia distributiva, por la cantidad de grupos vulnerables sin acceso a una atención de calidad en resguardo de su salud, no es de extrañarse el incremento en las cifras de incidencia del suicidio.

En este sentido, la atención de elementos que aumenten la vulnerabilidad de la persona contribuye al generar un plan preventivo para mitigar los factores de riesgo y potenciar los factores de protección, para reducir de manera eficaz las tasas de suicidio. Restringir los medios letales, por ejemplo, puede prevenir el suicidio impulsivo. (OMS, 2021)

Sin embargo, este carácter preventivo no se ha tomado en cuenta adecuadamente a causa de la falta de concientización sobre esta problemática, lo que limita que la gente acuda a buscar ayuda. Y que problemas como el subregistro o la errónea clasificación aumentan la gravedad de esta problemática, siendo un reto real y sobre el cual se deben tomar medidas. (OMS, 2021)

Distinción entre Autolesiones e intentos suicidas

Al hablar de riesgo de suicidio, debemos considerar todos los factores de riesgo asociados, entre los que se encuentran las autolesiones y los intentos de suicidio, estos últimos el principal predictor de las muertes por suicidio.

Las personas que presentan autolesiones, por lo general se siente triste, vacío, con dificultades para identificar sentimientos y expresarlos, se invade con estas dudas y comienza a buscar una forma de manejarlo, un método que le permita hacerle frente al sufrimiento. Debido a esto las autolesiones son para muchos pacientes una salida inmediata a una carga emocional demasiado intensa para tolerarse. (Mosquera, 2008)

Y lo que en un principio puede resultar en un comportamiento extraño, cobra sentido al observarse como una conducta aprendida. Para Mosquera (2008) una manera de regular las propias emociones. Independientemente de si el objetivo es fatal, castigarse o sentir alivio; en todos los casos existe un componente emocional significativo sobre el cual intervenir para regular o detenerlo. En este sentido, al no contar con habilidades de afrontamiento adaptativos que permitan tranquilizarse y regular el malestar o la emoción presente, la persona que llega a autolesionarse recurre a la acción más accesible y que difícilmente será modificada, si no se cuenta con la claridad de lo que ocurre en su interior ni su intensidad.

De esta forma Mosquera (2008) describe que la meta es terminar con el sufrimiento, detener el dolor presente en su interior, suprimir los pensamientos dolorosos, la incertidumbre o confusión, donde cualquier otra forma de expresión emocional se transforma en algo impensable para el individuo, quien, tras no haber desarrollado los recursos necesarios, tenderá a repetir este comportamiento. Convirtiéndose en el recurso que mejor le funciona, por lo que la probabilidad de que acuda o imagine a otras alternativas será pequeña sin la intervención de un profesional que apoye la comprensión de su comportamiento, así como el pensar en nuevas alternativas.

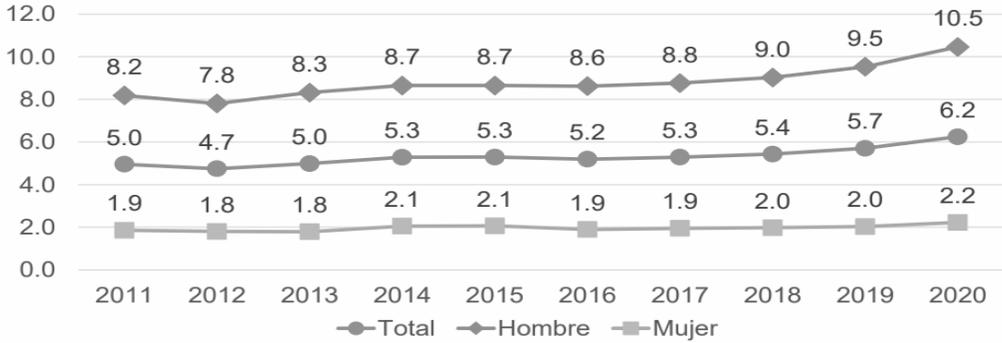
Por lo que respecta a los intentos de suicidio, son lesiones que van de leves a graves y se realizan de manera propositiva con la intención de concluir con la propia vida, siendo la principal diferencia con las autolesiones el propósito de muerte (comunicación oral Arenas 2023), sin embargo, ambos deben de considerarse como un factores centrales en la evaluación del riesgo suicida.

El suicidio como problemática de salud en México

En México acorde con el INEGI (2021) en su informe preliminar sobre las defunciones registradas, se contabilizan alrededor de 7.896 suicidios, de ellos 1 439 (18.2%) corresponden a mujeres y 6 449 (81.7%) a hombres, como se observa en la Figura 3. Con estados con mayores tasas de suicidio como: Chihuahua, Aguascalientes y Yucatán con. En contraste, las que presentan las tasas más bajas fueron, Guerrero, seguida de Baja California y Veracruz.

Figura 3.

Tasas de Defunciones Registradas por Suicidio por cada 10,000 Habitantes.



Nota. Reproducida de Tasa de Defunciones Registradas por Suicidio por cada 10,000 habitantes, de INEGI (2021).

Información recabada a partir de los certificados de defunción suministrados por las oficinas del Registro Civil, los Servicios Médicos Forenses, así como los cuadernos estadísticos proporcionados por las Agencias del Ministerio Público. Del total de defunciones ocurridas, el 7.6% fueron por causas externas, principalmente accidentes, homicidios y suicidios. Con el suicidio manteniéndose dentro de las 10 principales causas de muerte por grupos de edad (véase Tabla 5) siendo la tercera causa en el grupo de 10 a 24 años, la sexta causa para el grupo de 25 a 34 y la novena en el rango de 35 a 44 años.

Tabla 5.

Diez principales causas de muerte por grupo de edad

	De 10 a 14 años	De 15 a 24 años	De 25 a 34 años	De 35 a 44
1	Accidentes 523	Agresiones (homicidios) 7406	Agresiones (homicidios) 10556	COVID-19 13574
2	Tumores malignos 494	Accidentes 5232	Accidentes 5667	Agresiones (homicidios) 7725
3	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) 278	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) 2024	COVID-19 4579	Enfermedades del corazón 6417
4	Malformaciones y anomalías cromosómicas 221	Tumores malignos 1750	Enfermedades del corazón 2856	Diabetes mellitus 5585
5	Agresiones (homicidios) 212	Enfermedades del corazón 1012	Tumores malignos 2576	Tumores malignos 5443
6	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos 127	COVID-19 942	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) 2042	Accidentes 4643
7	Enfermedades del corazón 99	Eventos de intención no determinada 786	Influenza y neumonía 1643	Enfermedades del hígado 4503
8	Influenza y	Influenza y	Diabetes mellitus	Influenza y

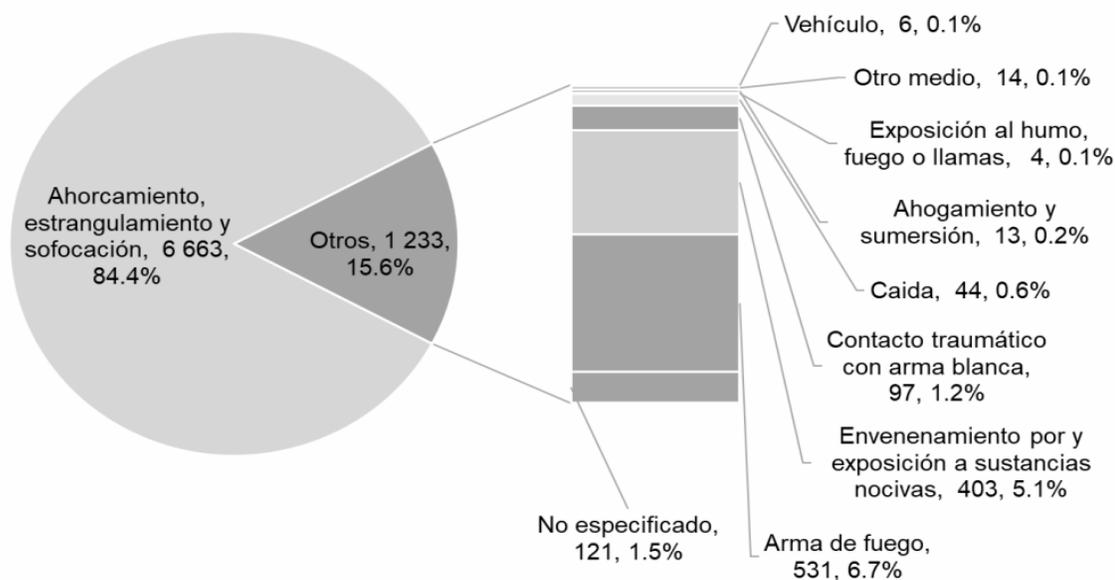
	neumonía 97	neumonía 572	1548	neumonía 3407
9	COVID-19 92	Malformaciones y anomalías cromosómicas 564	Enfermedades del hígado 1426	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) 1484
10	Eventos de intención no determinada 72	Diabetes mellitus 386	VIH 1385	VIH 1289

Nota. Reproducida de: tasa de defunciones registradas por suicidio por cada 10,000 habitantes, de INEGI (2021)

Que, del total de 7896 casos registrados, el INEGI (2021) señala 6663 decesos provocados por sofocación (véase Figura 4), conformando el 84.4% del total, seguidos por aquellos provocados por armas de fuego con 531 casos, representando el 6.7%.

Figura 4.

Defunciones por presunto suicidio según tipo de lesión



Nota. Reproducida de Defunciones por presunto suicidio según tipo de lesión, de Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021 (<https://www.inegi.org.mx/>).

Suicidio en la niñez y adolescencia mexicana

Para el gobierno de México (2021) El suicidio es una problemática de debe visibilizarse para ser prevenida. Desde la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) se estimó que mil 150 niñas, niños y adolescentes en México decidieron terminar con su vida durante el 2020, superando los decesos registrados por COVID-19, que escalaron a 392 muertes durante el mismo año. Dada la normalización de problemáticas como: el estrés, la ansiedad, o el distanciamiento social se puede llegar a desconocer la presencia de pensamientos suicidas en estos grupos de edad, con la idea de que nada ocurre ya que no se pueden plasmar en una radiografía o pruebas de laboratorio, sin embargo, existen, por lo cual es necesario que tanto madres, padres y cuidadores sepa identificar los factores de riesgo y protectores (véase Tabla 6) al igual que ubicar los medios especializados para solicitar ayuda.

Tabla 6.

10 señales de alerta para anticipar un intento de suicidio y factores protectores

Señales de Alerta-Factores de Riesgo	Factores protectores para prevenir el suicidio infantil y adolescente
1.- Problemas emocionales: miedo extremo, ansiedad, baja autoestima, culpa o autolesiones como cortes con navajas o inicio en el consumo o abuso de sustancias.	1.- Dialoga. Escucha atentamente y sin reprimir sus emociones y sentimientos. Validando lo que siente, pero no las acciones que le hagan daño.
2.- Problemas de relación social: disminución en la cantidad de amistades, aislamiento y sentimientos de falta de apoyo.	2.- Acompaña. Da seguimiento a lo que sucede en su escuela, redes sociales e internet, interésate en tus actividades y personas que frecuentan.
3.- Problemas cognitivos: hiperactividad, riesgo físico innecesario, problemas de atención y concentración, bajo rendimiento académico.	3.- Permite. Expresar sus emociones, sentimientos, así como los propios, creando un ambiente de confianza y respeto mutuo.
4.- Trastorno de conducta alimentaria: anorexia, bulimia, o trastorno por atracón.	4.- Empatiza. Ayúdales a entender que los problemas se pueden resolver con apoyo. Utilizando frases como “¿qué es lo que te preocupa?”, “entiendo lo doloroso que

5.- Antecedentes de familiares o personas cercanas con tentativas o intentos de suicidio.

puede ser” o “cómo puedo ayudarte”

5.- Demuestra tu amor. Muéstrales desde el ejemplo que sin importar su rendimiento escolar, vestimenta, orientación sexual o gustos son personas valiosas dignas de afecto, cariño y apoyo.

Nota. Elaboración propia, información adaptada de: gobierno de México (2021) Suicidio infantil y adolescente (<https://www.gob.mx/sipinna/articulos/suicidio-infantil-y-adolescente-factores-de-riesgo-y-factores-protectores>).

El Gobierno de México (2021) señala la importancia de considerar que pueden presentarse más de una señal al mismo tiempo, manifestadas particularmente en cada niña, niño o adolescente variando en su intensidad y expresión desde su rango de edad, sexo, situación o contexto; por lo mismo, comparte alternativas para poder prevenirlos desde una escucha activa, muestras de empatía, afecto y acompañamiento. Toda esta información da cuenta del impacto de la problemática del suicidio en la población mexicana, sin embargo, frente a esta y otras dificultades para la salud, existe un macrosistema de atención que se revisará en el siguiente capítulo.

Capítulo 2. Sistema de Salud Mexicano

El proceso de transformación de los servicios médicos en México evoluciona en paralelo a los cambios en las condiciones epidemiológicas, morbilidad y la pirámide poblacional del país. Ejemplo de esto, es el incremento demográfico posrevolucionario, con enfermedades infecciosas y la escalada de nacimientos como razones principales de la construcción de una red de hospitales, estableciendo el surgimiento de hospitales generales a finales de los años cincuenta del siglo XX. Hoy en día, se desarrollan esquemas de atención primaria de la salud, con la prevención como uno de sus componentes, frente a la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas; con el fin de anticipar otros problemas de salud y evitar que los sistemas de salud pública se vean desbordados a causa del incremento en los costos y la demanda de atención. (Secretaría de Salud, 2016)

Trayectoria histórica

Según Ruiz et al. (2017) el Consejo Superior de Salubridad, es el antecedente directo de lo que conocemos actualmente como Secretaría de Salud, responsable de la redacción del primer Código de Leyes Sanitarias en México. No fue sino hasta 1909 que surgiría la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México el 15 de diciembre, gracias a las necesidades sanitarias de aquella época incrementando su organización y liderando los servicios médicos a lo largo del desarrollo del país. (Secretaría de Salud, 2016)

Actualmente, la Ley General de Salud comprende 18 títulos como: la protección social de la salud, difusión de información para la promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, cuidados paliativos, asistencia social, desarrollar programas contra adicciones, trasplante de órganos y por supuesto, la salud mental en su capítulo VII que se profundizará más adelante. (Gobierno de México, 2022)

Panorama contemporáneo del sistema nacional de salud

Acorde con Gómez et al. (2011) el Sistema Nacional de Salud se compone, por un lado, de la Secretaría de Salud Federal y los Servicios Estatales de Salud y, por los servicios médicos de los institutos de seguridad social. Estructura que se ha desarrollado a lo largo de las múltiples reformas y transiciones de la nación mexicana, de la cual podemos resaltar diez sucesos recogidos en la Tabla 7 que recaban desde la inauguración de la primera institución de atención médica hasta la conformación de la asistencia popular para la población no afiliada.

Tabla 7.

Diez Hitos en la Historia del Sistema Mexicano de Salud.

1905	Inauguración del Hospital General de México.
1917	Creación del Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública.
1937	Creación de la Secretaría de Asistencia Pública.
1943	Fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud, y creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el primero de los Institutos nacionales de salud, el Hospital Infantil de México.
1953	Creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
1960	Creación del Programa IMSS-COPLAMAR, hoy IMSS-BIENESTAR programa que atiende a comunidades Rurales e Indígenas del país sin seguridad social.
1979	Inicio de la descentralización de los servicios de salud para población no asegurada, concluida en el 2000.
1985	Creación del Instituto Nacional de Salud Pública.
1987	Creación del Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular.
2003	Creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Nota. Adaptada de “Diez Hitos en la Historia del Sistema Mexicano de Salud. De: Gómez et al. (2011) Sistema de Salud de México.

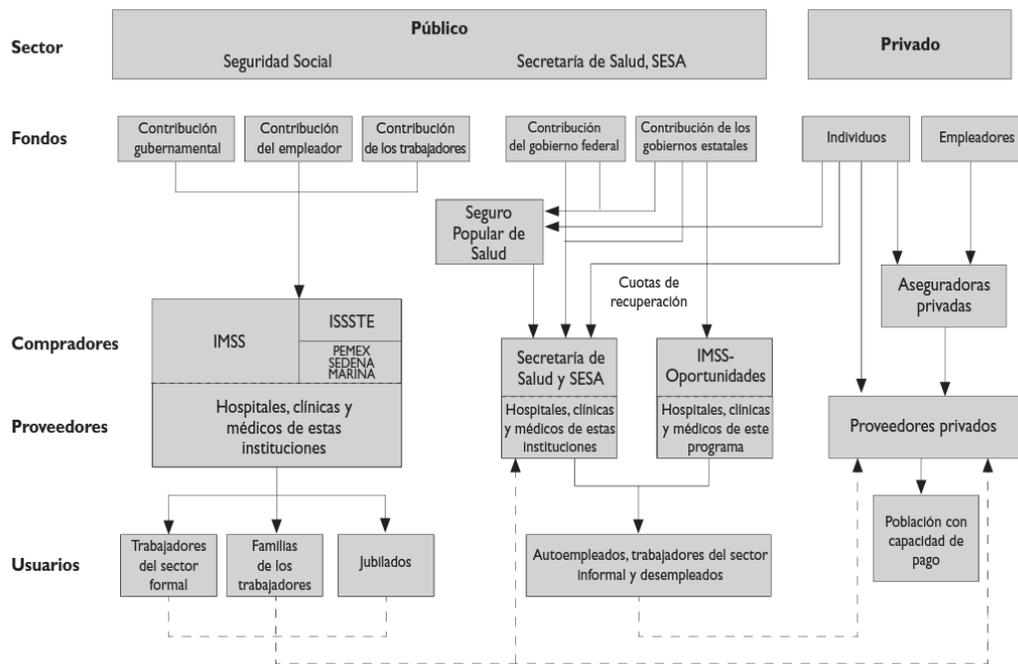
Estructura del sistema de salud mexicano

Gómez et al. (2011) señalan las transiciones epidemiológicas de México del predominio de las enfermedades por lesiones y no transmisibles a aquellas crónicas, degenerativas o incapacitantes. Con el aumento en la esperanza de vida y la exposición recurrente a factores de riesgo, vinculados mayormente a estilos de vida poco saludables, lo que ha modificado las principales causas de muerte en el país.

De forma más específica Gómez et al. (2011) señalan que el sistema de salud mexicano comienza por dividirse en dos sectores: público y privado (véase Figura 5), con el primero comprendiendo a las instituciones de seguridad social como: el IMSS, ISSSTE, petróleos mexicanos, SEDENA y SEMAR que atienden a los trabajadores del sector formal de la economía, así como a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social. Para esta población no asegurada existen órganos como: el Seguro Popular de Salud, los Servicios Estatales de Salud y el Programa IMSS-Oportunidades. Finalmente el sector privado atiende a la población con capacidad de pago, con el financiamiento de instituciones de seguridad provenientes de fuentes como: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador y de los empleados.

Figura 5.

Estructura y disposición del sistema mexicano de salud



Nota. Adaptada de “Composición y estructura del Sistema Mexicano de Salud. De Gómez et al. (2011) Sistema de Salud de México.

Con la desaparición de la comisión Nacional de Protección Social en Salud, encargada de dirigir el Seguro Popular acorde con la Cámara de Diputados (2019) cómo la modificación más reciente entrada en vigor el 1 de enero del 2020. Con el surgimiento del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI) para proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás recursos asociados a todas las personas sin seguridad social e impulsar, en conjunto con la Secretaría de Salud, la integración de instituciones públicas.

Estatutos y disposición sobre salud mental

Acorde con los principios establecidos en la Constitución de la OMS (2006) “el goce del grado máximo de salud que puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”

Objetivo similar al establecido en la Constitución Política de los estados Unidos Mexicanos acorde con la Cámara de Diputados (2022) donde: “toda persona tiene derecho a la protección de la salud, siendo la ley quien defina las modalidades para su acceso, la ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas” *Diario oficial de la Federación 03-02. 1983. Reformado el 08-05-2020.*

Sin embargo, para Murayama et al. (2016) el sistema de salud en México presenta resultados contrastantes en términos de sus condiciones, acceso, cobertura y calidad, señalando su segmentación y dificultades frente al impacto social concluyendo que el establecimiento constitucional es indispensable para asegurar este derecho humano, pero no suficiente.

La OMS (2017) también señala que el derecho a la salud incluye el acceso a un sistema de protección que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar. Un supuesto que se ve restringido en México, pues el acceso a una mayor protección se da como resultado de: una prestación laboral o un mayor nivel económico, como ocurre dentro de las afiliaciones en sectores de atención médica particular. (Murayama et al. 2016)

Murayama et al. (2016) refiere que el Sistema de salud mexicano se norma por un conjunto de leyes de orden federal y reglamentaciones propias de cada una de las 32 entidades federativas que conforman el país. Que entre las principales se pueden destacar, desde la ley general de salud hasta la ley la ley del instituto de seguridad y servicios sociales, como se describe en la Tabla 8.

Tabla 8.

Principales leyes y fracciones orientadas al resguardo de la salud en México.

Ley General de Salud de 1984.	El derecho a la protección de la salud y las bases-modalidades de acceso a servicios.
Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (Fracciones VI-IX).	Confiere a la Secretaría de Salud la competencia de establecer y conducir la asistencia social, servicios médicos y salubridad general.
Ley de Seguro Social de 1995	Reglamenta las funciones y actividades del IMSS: específica prestaciones, quienes pueden ser derechohabientes, así como los derechos y obligaciones de los afiliados.
La Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	Establece las prestaciones y servicios que brinda la institución, las modalidades y funcionamiento del seguro de salud, componentes y mecanismos de financiamiento.

Nota. Elaboración propia, información adaptada de: Gobierno de México, (2021) Leyes y Reglamentos Federales (<http://www.ordenjuridico.gob.mx/leyes.php>).

En México existe un marco jurídico orientado a la protección de la salud en general. Acorde con Becerra (2014) la atención a la salud mental en México, tiene su antecedentes en las políticas públicas para el control social, recabando sucesos como: la construcción del manicomio general de la Castañeda en 1910 y el palacio negro de Lecumberri, órganos que dieron entrada a la implementación de la higiene mental desde la década del 30 en el siglo XX, asumiendo el modelo de salud mental desde los años 50.

Con tratamientos antiguos como: sangrías, lobotomías, electroterapias, el uso de opiáceos, la práctica del hipnotismo entre otras. Con influencias teóricas orientadas por personajes como Emil Kraepelin o Pierre Janet con invitación expresa como parte de la corriente centrada en la higiene del Porfiriato. Donde el modelo de salud mental en las instituciones es foco de críticas por su tendencia a la atención masificada y rígida. (Becerra Partida, 2014)

De acuerdo con Rentería (2018) los trastornos mentales afectan al sistema nervioso y se manifiestan dentro del comportamiento, las emociones y procesos cognitivos; que a su vez, influyen en la salud física, limitando de manera considerable la calidad de vida de los individuos y sus familias. Impidiendo a quienes los padecen, reconocer sus habilidades, manejar el estrés cotidiano y ser funcionales, para mantener un cuidado o mejorar su salud o alcanzar sus objetivos.

La Cámara de Diputados (2022) en el artículo 72 del capítulo VII de la Ley General de Salud de la Ciudad de México describe: Que la prevención y atención de los trastornos mentales y del comportamiento es de carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control multidisciplinario. Se entiende por salud mental el estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y recreación. La atención deberá brindarse con un enfoque comunitario, de reinserción psicosocial y con estricto respeto a los derechos humanos. (Ley general de Salud de la Ciudad de México, 2022)

De igual manera el artículo 7 del capítulo VII de la Ley General de Salud de la Ciudad de México (2022) describe: Que la atención de los trastornos mentales y del comportamiento comprende; la evaluación diagnóstica integral y tratamientos, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales, deficiencias, y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas acorde con la Cámara de Diputados. (2022) Así como la organización, operación y supervisión de establecimientos dedicados al estudio, tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos mentales y del comportamiento, así como la integración de la persona a su familiar y comunidad, mediante la creación de programas sociales y asistenciales como residencias, talleres protegidos, en coordinación con otros sectores, para la debida atención de estos pacientes. (Ley General de Salud de la Ciudad de México 2022)

Tomando en cuenta estos reglamentos, retomo las posturas de Murayama et al. (2016) sobre el resguardo en un estatuto para garantizar el derecho a la atención, pero no la eficacia por sí sola para garantizar su implementación. Cómo se señaló en la organización y disposición del sistema de salud mexicano, este se ve compuesto de una gran cantidad de sectores cuyas características pueden dificultar su incorporación para actuar sobre el cuidado de la salud de toda la población. En este sentido, en el siguiente capítulo se revisarán los desafíos más relevantes en la actualidad para la prestación de servicios de salud, donde la salud mental no se verá exenta.

Capítulo 3. Desafíos del Sistema de Salud Mexicano

El Sistema de Salud mexicano presenta una marcada segmentación respecto al acceso-cobertura de servicios de atención, necesidades determinadas por medio del ingreso económico y las condiciones del mercado laboral; que resulta en una marcada división de este sistema con una cantidad inmensa de institutos para cubrir a: trabajadores tanto públicos como privados, población no asalariada o sin afiliación, generando una calidad de atención heterogénea. (Murayama et al., 2016)

Acorde con Gutiérrez et al. (2019) México es un país con una característica inequidad social que se refleja en el ámbito de la salud, con resultados desfavorables entre la población con menores ingresos económicos o en situación de pobreza, volviéndose más notoria fuera de las grandes ciudades con rezagos en el acceso a los servicios de atención. Con la reforma a la Ley General de Salud del 2003, se redujo a la población no asegurada de un 60%, en el año 2000 a un 18% para el 2012, gracias a la aplicación del Sistema de Protección Social en Salud, sin embargo, aún persiste un grupo de población no asegurada y dificultades para verificar que se está recibiendo la atención cuando se requiere.

Panorama actual

Para la Secretaría de Gobernación (2020) la protección a la salud con acceso y cobertura universal persiste como aspiración, debido a afiliaciones inestables como dentro del IMSS, donde una porción de sus derechohabientes intercala su atención con otros medios, la persistencia de población sin aseguramiento, servicios restringidos que los derechohabientes tenían que cubrir con sus propios ingresos, la ausencia de infraestructura física y mantenimiento, así como la falta de recursos humanos, generan un deterioro y desarticulación de servicios de salud pública.

Para Granados y Leonel (2015) un factor de riesgo importante en la población mexicana es la procrastinación en la atención de la salud, ya que genera enfermedades tanto agudas como crónico-degenerativas. Cuya tendencia a postergar este cuidado se relaciona a la falta de calidad percibida en los servicios de atención, sumado a dificultades económicas que se traduce en tiempos de espera prolongados de acceso a tratamientos. Calidad que debe basarse en las actividades que garanticen servicios de salud accesibles y equitativos, con personal calificado y recursos disponibles, aumentando las expectativas del paciente y su satisfacción con la atención recibida.

Postura que concuerda con lo señalado en el programa sectorial de salud 2019-2024 según la SEGOB (2020) existe un bajo énfasis tanto en la promoción, prevención y educación de los problemas de salud, en conjunto con una atención sanitaria de mala calidad con poco contacto humano, conforma una situación grave para toda la población ya que agrava los padecimientos, generando un sufrimiento innecesario para los paciente así como muertes prematuras dada las precarias condiciones.

Desafíos de cobertura y acceso

Debido a las condiciones actuales de salud en la población mexicana, las demandas de atención se relacionan con los cambios sociodemográficos y epidemiológicos, es por ello que el alcance universal en salud se ha posicionado como un tema fundamental a nivel internacional y dentro del desarrollo de políticas sociales en México (SEGOB, 2020).

Acorde con Knaul et al. (2013) para instituciones como el IMSS y el ISSSTE la información de cobertura proviene de los registros de afiliados y el número de familiares dependientes, debido a esto, es que las cifras totales difieren de los registros nominales.

Por otro lado, la construcción de un sistema universal de salud no implica conseguir una cobertura total de servicios a corto plazo para toda la población, sino el establecimiento de un conjunto de servicios básicos de acceso garantizado para toda la población.

Según el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2021) las instituciones del sistema de salud mexicano no se encuentran coordinadas entre sí, todas presentan capacidades de respuesta diferente; generando un tránsito constante entre usuarios, ocasionando que la información acerca de sus procesos no se comparta o actualice. Sumado a una perspectiva centrada en la curación inmediata, con procedimientos difíciles de integrarse en distintos niveles de atención y para el trabajo multidisciplinario, con la ausencia de una red de servicios de salud, los procesos de referencia y contrarreferencia son tan poco ágiles igual que el flujo de pacientes desencadenando la falta de oportunidades para recibir atención.

Debido a estos rezagos en materia de: equidad, calidad y cobertura, con desigualdades a pesar de que en México se presentan avances en términos de esperanza de vida, el estado actual del cuidado de la salud no es satisfactorio, debido a los contrastes como característica central en el acceso a la salud e infraestructura sanitaria con rasgos identificados en la Tabla 9 que contribuyen a reproducir las inequidades entre grupos sociales y regiones (Cordera et al., 2020).

Tabla 9.

Rasgos que mantienen la desigualdad del sistema de salud mexicano.

1	Desarticulación del sistema entre instituciones y programas.
2	Cobertura insuficiente y desigual.
3	Insuficiencia de recursos presupuestales.
4	Desequilibrios financieros entre los subsistemas.
5	Baja eficacia en la asignación de recursos.
6	Mala utilización de las unidades e infraestructura.
7	Desigual distribución de la infraestructura de salud en el territorio nacional.

Nota. Elaboración propia, información adaptada de Cordera et al. (2020) Cambiar el rumbo: el desarrollo tras la Pandemia.

Brecha en salud mental

De acuerdo con el INSP (2021) las barreras para el acceso a los servicios de salud abarcan desde la capacidad económica, el distanciamiento geográfico, así como las diferencias culturales como ocurre con las creencias y prácticas discriminatorias y violencia hacia los pacientes. En este sentido, Orozco y Mercado (2020) identifican a las mujeres, indígenas y adultos mayores como los grupos más vulnerables a estas prácticas. Y debido a la brecha en salud mental, es primordial considerar a la salud mental como tema fundamental para conformar políticas orientadas por la calidad de atención y planes preventivos.

De forma similar a lo señalado en la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible de la OPS (2015) con el objetivo de disminuir la desigualdad social desencadenante de diversos malestares y problemáticas en diversos grupos sociales. Con la meta de reducir un tercio de la mortalidad prematura de enfermedades no transmisibles por medio de la prevención y el tratamiento oportuno, con la promoción de la salud mental desde la prevención y tratamiento oportunos, con la prevención del suicidio entre sus prioridades, como compromiso en su integración de prácticas saludables, centradas en la atención de calidad.

Objetivos compartidos en el programa sectorial de salud 2019-2024, acorde con la SEGOB (2020) para su objetivo prioritario de salud y bienestar el fortalecer modelos de atención integral por medio de los servicios médicos, promover la orientación, consejería eficaz en prestadores de atención en salud mental, implementar campañas y programas nacionales para la prevención del suicidio y autolesiones, robustecer los mecanismos para brindar intervenciones tempranas mediante la detección e intervención oportuna de los problemas de salud mental y adicciones.

Alcanzar el mejor nivel posible de salud a la población es el objetivo de todo sistema de salud pública, según el INSP (2021) un servicio de salud tiene como propósito contribuir al bienestar y equidad social de manera, respondiendo de manera efectiva a las necesidades y expectativas de la sociedad. Donde el acceso a servicios de calidad contribuye a prevenir y responder de manera efectiva a: factores de riesgo, dolencias, enfermedades y discapacidades, como el medio para promover el bienestar de la población, así como el desarrollo de la sociedad. Un trabajo que debe continuar en México para mejorar la cobertura y reducir la desigualdad garantizando un trato digno y de calidad.

Modificaciones a la Ley General de Salud en materia de salud mental

El 5 de abril de 2022, el pleno de la Cámara de Diputados aprobó la reforma de diversas disposiciones de la Ley General de Salud, con el fin de establecer a la salud mental y la prevención de adicciones como ejes de carácter prioritario dentro de las políticas de salud pública. Contribuyendo a la disponibilidad y accesibilidad del derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, una respuesta necesaria ante el rezago, agravado por la pandemia de la COVID-19 que relegaba a la salud mental. Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (2022)

Marcando una perspectiva progresiva desde el respeto a los derechos humanos de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial, lo que significa abrir los espacios de atención de la salud mental al escrutinio público, con el fin de reducir el riesgo de malos tratos u otros factores de riesgo para esta población. Identificando cambios que van desde abandonar perspectivas que limitaban el derecho de las personas con discapacidad intelectual o psicosocial a decidir sobre la propia salud, hasta proyectar un sistema comunitario de atención, donde se involucre a la familia, el estado y la comunidad. Sentando las bases de un cambio de paradigma a uno orientado en el respeto a la diversidad, el reconocimiento del contexto y condiciones sociales, así como los derechos humanos para contribuir significativamente a la plenitud de la salud mental en las personas. Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2022)

Estigma hacia la salud mental en México

Se estima que los trastornos mentales, neurológico y por consumo de sustancias representan el 14% de la carga mundial de morbilidad con 40 millones de personas que padecen epilepsia, 24 millones de Alzheimer y otras formas de demencia, así como casi un millón de personas al año que terminan con su vida. Cifras que por sí solas no bastan para estimar el sufrimiento, aislamiento y pérdida de productividad que disminuye el desarrollo general de una población, un impacto significativo ya que hay muchas personas que desarrollan dichos trastornos a edades tempranas y no reciben ninguna ayuda efectiva a lo largo de su vida. Las personas con trastornos mentales están estigmatizadas en su comunidad y marginadas dentro de los planes de desarrollo nacional, con recursos insuficientes, utilizados de forma ineficiente, desperdiciados a veces en intervenciones que carecen de base científica (OMS, 2010).

Cuéllar et al. (2015) Identifican que la población con enfermedad mental en México se encuentra en una situación sumamente delicada, pues a pesar de contar con medios de atención, es debido al estigma asociado que es poco probable que acudan para recibir atención o se adhieran al tratamiento. Recabando información que señala algunos de los factores que impulsan esta problemática como: el desconocimiento o dificultad para identificar los síntomas de la enfermedad, no saber cómo acceder al tratamiento, el prejuicio hacia personas con alguna enfermedad mental y la expectativa de ser objetos de discriminación por la sociedad.

Acorde con Mascayano et al. (2015) El estigma significa un obstáculo para lograr una inclusión plena de los individuos con algún padecimiento mental, representando una carga importante para quienes lo padecen al tener que lidiar con una variedad de personas e instituciones y lidiar con: el rechazo, prejuicio o desconocimiento de sus necesidades.

Debido a la condición actual de los medios de atención, el suicidio representa un reto para la salud pública en México, una necesidad de generar leyes con acciones puntuales centradas en sensibilizar, integrar instituciones y dirigentes con voz e intención de generar cambios y formar profesionales de la salud capacitados para intervenir en esta problemática. Estimando que por cada caso consumado se llevan a cabo entre 20 a 40 intentos, con la necesidad del uso de servicios de salud para la intervención de lesiones o secuelas tanto físicas como psicológicas a mediano o largo plazo, por lo que es necesario una estrategia centrada en la formación de recurso humano sanitario con conocimientos basados en evidencia desde la atención primaria si se pretende disminuir este fenómeno (Orozco & Mercado, 2020).

Acciones dirigidas a combatir las repercusiones identificadas por Mascayano et al. (2015) Con la baja autoestima, poca adherencia al tratamiento y la reducción significativa de sus redes de apoyo así como su calidad de vida por la dificultad de acceder o desenvolverse en entornos laborales o académicos o establecer relaciones interpersonales significativas.

Invertir en salud mental

Cordera et al. (2020) Señalan que México destaca por ser uno de los países que destina menos gasto público en salud del total de su economía, frente a otros países de América latina. Un gasto elevado que recae en los ingresos de la población, reflejando la importancia que mantiene el tener acceso a servicios de salud para el bienestar de la población y cómo influye en el nivel de pobreza y desigualdad, falta que expone a la población a disminuir su capacidad económica frente a enfermedades o emergencias, con gastos exorbitantes.

De acuerdo con la OMS (2013) si se toma en cuenta las dificultades de atención con la salud en general, el resguardo de la salud mental se alcanzaría a través de una aproximación similar, por lo que es necesario invertir en este tema para integrarlo al bienestar general. Dentro del Plan de Acción sobre Salud Mental (2013-2020) se establece el objetivo de alcanzar la valoración, promoción y protección de la salud mental, con el resguardo de los derechos humanos y el acceso de forma oportuna a los medios de atención de las personas con trastornos mentales, desde 3 enfoques particulares (véase Tabla 10) optimizando su recuperación, desde una participación plena de la sociedad lejos de estigmas o discriminación.

Tabla 10.

Enfoques Principales del Plan de Acción sobre Salud Mental

1	Cobertura de salud Universal. Las personas con trastornos mentales deberán poder acceder, sin riesgo de empobrecimiento, a servicios de salud y sociales esenciales que les permitan recuperarse y gozar del grado máximo de salud que se puede lograr. Independientemente de la edad, sexo, situación socioeconómica, raza, etnia u orientación sexual, y acorde con el principio de equidad.
2	Derechos humanos. Las estrategias de acción, intervención y de promoción en materia de salud mental deben ajustarse a la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y a otros instrumentos tanto internacionales como regionales de derechos humanos.
3	Práctica basada en evidencias. Las intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental tienen que basarse en pruebas científicas y/o en prácticas óptimas, teniendo en cuenta consideraciones de carácter sociocultural.

Nota. Elaboración propia información adaptada de OMS (2013) Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020.

De igual manera, la OMS (2013) señala la importancia de un liderazgo y gobierno eficaz en el ámbito de la salud mental, proporcionando servicios de asistencia social completos en el ámbito comunitario, integrados, con una óptima capacidad de respuesta que involucre tanto a prestadores de servicios como a los pacientes.

Procurar una atención de calidad

Según el INSP (2021) el reto de la atención de calidad en México se ha reconocido desde hace décadas, pero difícilmente se han mostrado avances tangibles, desde las encuestas nacionales que han mostrado las deficiencias en los servicios de salud, particularmente respecto a los procesos de atención, el aumento de enfermedades crónicas y sus complicaciones, así como el número de hospitalizaciones, muchas veces prevenibles, dan cuenta de la ausencia de prácticas adecuadas en todos los niveles de tensión.

Acorde con Alcántara et al. (2012) La calidad se entiende como la esencia de cualquier tipo de actividad o acción informada, presente en todas las áreas del desarrollo del individuo y la sociedad, donde la atención a la salud no se ve exenta. Sin embargo, a pesar de todos los conocimientos y avances, la falta de calidad o garantía de la misma, es un constante desafío para la sociedad mexicana.

En este sentido, el INSP (2021) recomienda que estrategias con gran impacto y alcance, es decir, que involucren tanto a la sociedad como a su contexto son herramientas de planificación en la calidad de atención en distintos niveles, tomando en cuenta el contexto local integrando tanto a profesionales como pacientes, desde una atención tanto multidisciplinaria desarrollada desde un primer contacto hasta una red de servicios.

Con la importancia de señalar no solo a los factores demográficos y epidemiológicos como desencadenantes de cambios en la demanda y prestación de servicios de salud, sino también el fenómeno de la globalización, por lo que además de proporcionar la incorporación de sistemas de sistemas de atención con estándares de calidad internacional, es necesario apoyarse en métodos y reglamentaciones que promuevan la evaluación del desempeño de las políticas o programas de atención implementados (Alcántara et al., 2012).

Finalmente, para la OPS (2020) es indispensable intervenir desde el sistema nacional y sus vínculos entre sectores, fortaleciendo el primer nivel de atención, así como su organización con el resto de los niveles, ya que la calidad de los servicios de salud consiste en satisfacer las necesidades de personas, familias y comunidades con base en prácticas adecuadas, ética y conocimientos basados en evidencia científica. Contribuyendo a consolidar una equidad y bienestar que no relegue a nadie, con un especial cuidado de las personas en situación vulnerable o riesgo. Ya que una atención centrada en las personas, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo mejoraría la experiencia y confianza de las personas, familias y comunidades en los servicios de salud más allá de sólo optimizar los procesos.

Objetivo que se puede alcanzar con la implementación de nuevas herramientas de trabajo clínico, instrumentos especializados en la detección, evaluación e intervención de la conducta suicida como se revisará en el siguiente capítulo.

Capítulo 4. Herramientas especializadas en la evaluación y manejo del suicidio

Gracias a la existencia de instrumentos que facilitan la valoración de pacientes donde se sospecha el riesgo de suicidio como la guía de intervención mhGAP de la OMS (2016) junto a la implementación de estrategias de atención comunitarias como aquellas dentro del Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 que se enfocan en la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, la oportuna detección, así como canalización y un tratamiento apropiado. Es que se pueden comenzar a afrontar dificultades de gran magnitud como la brecha en salud mental, las necesidades de cobertura y la intervención especializada de problemáticas como el riesgo de suicidio.

En este sentido, acorde con Jobes et al. (2018) a pesar de las diversas herramientas tanto humanitarias como económicas, el sistema de salud mental aún se ve falto de preparación para trabajar de manera eficiente con la población en riesgo de suicidio. Siendo prevalentes factores tanto internos, ya sea respecto de los prejuicios o dogmas dentro del personal especializado en salud mental, como externos, de aquellas creencias y mitos de la población general respecto de la atención de su salud mental, que afecta el cómo se aborda e interviene esta problemática.

Con esto en mente, el marco de trabajo como el desarrollado por David A. Jobes, (2009) a manera de guía en la implementación específica para el tratamiento del suicidio; desde una perspectiva escalonada, representa un acercamiento con menor costo en el cuidado de los individuos en riesgo. Ofrece la ventaja de aproximarse de manera específica en la atención del suicidio, basado en evidencia, y de manera menos restrictiva y más efectiva respecto a los costos de la intervención hospitalaria.

Manejo actual de casos en riesgo de suicidio a nivel institucional

Acorde con García et al. (2020) el suicidio cuenta actualmente con una concepción compuesta por la expresión de una enfermedad mental, desde la psiquiatría con la tendencia a naturalizar el acto desde explicaciones biológicas. Similar a lo revisado en el Capítulo 1 sobre la investigación genética. Excluyendo factores contextuales y constitutivos de la conducta, inclinándose por el tratamiento del desequilibrio mental, como mejor alternativa para la prevención de esta problemática, disminuyendo el tema del suicidio a una manifestación más del trastorno mental.

Por otro lado, según Morfín et al. (2016) muchos profesionales de la salud en general, mantiene una relación o contacto con pacientes que probablemente, se encuentran en un nivel de riesgo de suicidio sin haberlos identificado todavía, por lo que es necesario un entrenamiento para identificar las señales de alerta, así como los factores de riesgo. Una formación que se reporta como escasa, ya que no se cuentan con estudios especializados en el campo, por lo que muchos profesionales aprenden a brindar esta atención desde la experiencia individual. En este sentido Cross et al. (2019) afirma que aumentar los conocimientos en identificar y actuar hacia los pacientes con riesgo suicida, podría hacer la diferencia para una detección temprana, conseguir una mejora en la confianza de trabajo con este grupo de pacientes, y en consecuencia ayudar a reducir este fenómeno. De manera similar Orozco y Mercado (2020), mencionan que una de las medidas para poder disminuir esta problemática es implementar una herramienta que ayude como guía a brindar una formación de recursos humanos sanitarios basada en evidencia científica para la prevención del suicidio.

Perspectivas acordes, con los esfuerzos de la OMS (2008) en la publicación de la “Guía de Salud Mental para Atención Primaria” dentro del plan de salud mental mhGAP, por sus siglas en inglés: Plan de Acción Global en Salud Mental, donde se proporciona a los profesionales un instrumento práctico sobre cómo entender y actuar ante los principales problemas de salud mental en el mundo, incluyendo un apartado dedicado a la prevención del suicidio. Buscando reducir esta problemática, recomendando la elaboración y aplicación de estrategias en prevención del suicidio, a nivel mundial, destacando la importancia de la intervención de un equipo multidisciplinario que incluya sectores sanitarios.

Igualmente, la OPS (2016) en el informe sobre Prevención de la conducta suicida, propone el modelo de salud pública para su prevención con 4 etapas: vigilancia, identificar los factores de riesgo y protección, desarrollar y evaluar las intervenciones y por último la ejecución a gran escala. Con la finalidad de fundamentar el desarrollo, implementación y evaluación de acciones mundiales, nacionales y regionales, integrales y adaptadas al contexto cultural y social de cada región, con acciones específicas, basadas en datos científicos.

Guía de intervención mhGAP

En mayo del 2012, la Sexagésima Quinta Asamblea Mundial de la Salud exhortó al director general de la OMS a preparar el plan de acción sobre salud mental 2013-2020 a fin de ampliar a mayor escala los servicios de salud mental y atención social en la comunidad. Con el fin de reducir las brechas en el tratamiento de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, en 2008, la OMS lanzó su guía mhGAP.

Con el objetivo principal de reforzar los compromisos de los gobiernos, organismos internacionales y otros agentes comunitarios en aumentar la asignación de recursos económicos y humanos para la atención de los trastornos, contribuyendo a la meta del Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 ampliando los servicios de salud mental (OMS, 2013).

Dado que, en todo el mundo, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias provocan muertes prematuras, afectando la calidad de vida de las personas. Sumado a la estigmatización que reduce la posibilidad de inclusión social, obstaculizando la búsqueda de ayuda, reto que los países no están preparados para abordar, sobre todo en países de ingresos bajos y medianos donde se dispone de pocos recursos para la creación y mantenimiento de servicios de salud mental, implicando que entre el 76 y 85 de las personas con estos trastornos no reciban la atención que necesitan (OMS, 2021).

Por esta razón se dio inicio con el programa de acción para superar las brechas en salud mental, desde protocolo como el manual operativo de la mhGAP de la OPS (2020) y la propia guía que consta de un conjunto de módulos, a manera de una herramienta clínica para evaluar y controlar los trastornos mentales, neurológicos o por consumo de sustancias prioritarios como: la depresión, psicosis, epilepsia, trastornos mentales-conductuales del niño y adolescente, demencia, trastornos por consumo de sustancias, autolesión y suicidio.

Utilizado en más de 100 países en su primera versión traducida a más de 20 idiomas ampliamente aceptada por agentes comunitarios como ministerios de salud, instituciones académicas y organizaciones no gubernamentales.

Con su versión 2.0 de la GI-mhGAP, introducida en el 2016 así como una versión para teléfonos inteligentes y tabletas, enumera las acciones necesarias, como el diálogo sobre políticas, el apoyo estratégico, la asistencia técnica y la prestación de servicios bajo 6 principios transversales (véase Tabla 11). Para integrar la salud mental en la atención primaria, procurando la continuidad de dicha atención prestada por proveedores en los diferentes niveles del sistema de salud promoviendo el autocuidado, reconociendo la función esencial de la salud mental para alcanzar la salud integral (OPS, 2020).

Tabla 11.

Principios transversales para la implementación del mhGAP.

1	Cobertura de salud Universal. Todas las personas y comunidades pueden usar los servicios de salud de promoción, preventivos, curativos, rehabilitadores y paliativos que necesiten sin exponer a las personas a riesgos de problemas económicos. Independientemente de la edad, sexo, posición socioeconómica, nacionalidad, raza, etnia, religión u orientación sexual, deben tener acceso a servicios esenciales de salud y sociales que les permitan lograr el grado máximo de salud que se pueda alcanzar.
2	Derechos humanos. Dada la vulnerabilidad de las personas con trastornos mentales neurológicos y por consumo de sustancias, se debe promover sus derechos y defender la dignidad de esta población, un elemento fundamental para la prestación de servicios de salud
3	Práctica basada en evidencias. Toda intervención orientada en la prevención, tratamiento y atención de los trastornos mentales, neurológicos o por consumo de sustancias deben estar basados en evidencia científica, teniendo en cuenta el contexto de la población atendida.
4	Enfoque en el Curso de Vida. Las políticas, planes y servicios de salud mental deben tener en cuenta las cambiantes necesidades sociales y de salud a lo largo de la vida. (infancia, adolescencia, la edad adulta y vejez) Destacando la importancia de la prevención e intervención temprana.
5	Multisectorial. Generar alianzas multisectoriales con muchos proveedores de servicios en sectores como: salud, educación y asistencia social. No se debe dar lugar a la creación de servicios paralelos de salud mental. Sino desde un enfoque colaborativo para la evaluación, el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias

-
- Empoderamiento.** Promover la inclusión de las personas con trastornos mentales neurológicos y por consumo de sustancias, incluyendo sus decisiones de forma equitativas sobre la atención y los servicios, sin discriminación.
- 6** Considerando a esta población en el centro de la atención que reciben; por lo tanto, se deben involucrar en la promoción de la causa y en las decisiones sobre políticas, planificación, legislación, prestación de servicios, seguimiento, investigación y evaluación.
-

Nota. Reproducida de OMS (2020) Manual operativo del mhGAP.

Orientados por estos objetivos, el manual operativo también toma en cuenta los posibles obstáculos dentro de la implementación de la guía mhGAP, optando por una cooperación mutua, con las siguientes sugerencias específicas para 3 escenarios particulares: Donde la salud mental no sea una prioridad de salud pública a nivel distrital, se sugiere, abogar por la salud mental ante los responsables de la formulación de políticas públicas generando conciencia en la comunidad sobre los principales trastornos mentales. Colaborando con los responsables de la formulación de políticas y en la revisión de planes en salud mental, así como aquellos dirigidos en la asignación del presupuesto para su atención. Involucrando a otros sectores para fortalecer el sistema de salud en general, en lugar de promover enfoques verticales en los cuales se presten servicios aislados de salud mental. Aportando evidencias sobre tratamientos eficaces y económicos para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (OPS, 2020).

Si los servicios de atención están centralizados en entidades y las ciudades más grandes, se sugiere elaborar un plan para ampliar los servicios de salud mental en zonas rurales y con mayor demanda de atención. Definir vías claras para referencia y contrarreferencia de pacientes, vinculados con las funciones y responsabilidades previstas de especialistas y no especialistas, así como entre establecimientos centralizados como hospitales, instituciones psiquiátricas y servicios a la comunidad (OPS, 2020).

Finalmente, al contar con recursos humanos limitados, se sugiere destacar las actuales brechas en cuanto a recursos humanos, formulando un plan y presupuesto para fortalecer la capacidad de los proveedores de atención a la salud mental tanto especializados como no especializados para las zonas con alta demanda de atención. Estableciendo un uso más eficiente de los especialistas en salud mental; desarrollando la capacidad de los proveedores de atención (OPS, 2020).

Implementación en México

La guía mhGAP se ha implementado desde el 2017 a través del proyecto de cooperación interuniversitario UAM-Banco Santander con América latina, coordinado por la Dra. Marta Miret en junio del 2017. Ofreciendo a planificadores y profesionales de la salud un conjunto claro y coherente de actividades y programas con el fin de ampliar y mejorar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias, identificando estrategias para aumentar la cobertura de las intervenciones claves en problemas de salud mental prioritarios en entornos con recursos limitados (OMS, 2017).

Así como otras iniciativas desde la Universidad Nacional Autónoma de México, que, en la Facultad de Medicina, a través del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, analizó la posibilidad de introducirla en las asignaturas de pregrado y posgrado que en sus contenidos integren la salud mental (Wences, 2018).

Y principalmente, desde la Facultad de Psicología, en colaboración con la OPS y los servicios de atención psiquiátrica; la Secretaría de Salud en México ha estado trabajando desde el 2019 en la implementación del Programa de acción para superar las brechas en salud mental de la OMS (mhGAP), con el fin de reforzar el primer nivel de atención para ofrecer una mayor cobertura en salud mental (UNAM y OPS, 2019).

Realizando un mapeo de servicios, un análisis de las situaciones de las unidades de salud mental en México, así como una adaptación de la Guía de Intervención mhGAP y la estandarización de los materiales de capacitación. Con los esfuerzos de la adaptación y homologación de los materiales para la capacitación, como los elementos fundamentales para su implementación. Que, pasando por un primer pilotaje de los materiales adaptados en los estados de Guerrero, Coahuila, Michoacán y Chiapas, la Secretaría de Salud inició el proceso de capacitación a nivel nacional, contando a la fecha con 5876 personas capacitadas en el primer nivel de atención, pertenecientes a todos los estados de la república. Con el objetivo de alcanzar una capacitación del 100% del personal en el primer nivel de atención para el 2024, ampliando el acceso de los servicios de salud mental a toda la población mexicana (UNAM y OPS, 2019).

Capacitación a profesionales de la salud del primer nivel de atención

Acorde con la UNAM y OPS (2019) luego del sismo ocurrido en México el 19 de septiembre de 2017 se dio un punto de partida para la colaboración entre diversas instancias especialistas en salud mental, en la creación de diversas actividades, desde un enfoque multidisciplinario de atención inmediata en condiciones de riesgo prevenibles ante fenómenos perturbadores. Desde la UNAM, a través de la Facultad de Psicología por la Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos, involucrados en la atención de población general se implementaron trabajos para desarrollar un programa de capacitación de profesionales de la salud mental y médicos no especialistas en el primer nivel de atención, para disminuir la brecha de atención, bajo los siguientes objetivos:

- a) “Consolidarse como núcleo central de un proceso de capacitación a nivel nacional del personal de primer nivel de atención en el manejo de la guía mhGAP” (UNAM y OPS, 2019, pág. 17).
- b) “Generar un proceso de entrenamiento para la incorporación de los contenidos de la guía mhGAP en los procesos de formación profesional del personal de salud en pre y posgrado” (UNAM y OPS, 2019, pág. 17).
- c) “Implementen mecanismos, sustentados en la guía, para mejorar la atención de la comunidad universitaria en los problemas de salud mental” (UNAM y OPS, 2019, pág. 17).

El contenido de la guía mhGAP permite que el profesional de la salud, posea herramientas necesarias; para la detección, manejo y seguimiento de casos sin llegar a la hospitalización, fortaleciendo el primer nivel de atención, optando por una detección oportuna por personal capacitado. Dado que los médicos familiares son uno de los puntos principales del primer contacto; la cantidad de programas prioritarios actuales en nuestro país, supera las posibilidades de atención por parte de los mismos. Por lo que crear un programa nuevo no sería solución absoluta, sin embargo, una modificación curricular para esta área de especialización permitirá incidir en el personal previo a la profesionalización de sus servicios como especialistas (UNAM y OPS, 2019).

En este sentido la capacitación impartida por un equipo multidisciplinario de psicólogos y psiquiatras es muy provechosa, dado el abordaje complementario, que permite responder apropiadamente a los requerimientos de los capacitados, enseña en la práctica la efectividad de un abordaje integral de la salud mental. Donde es indispensable conocer tanto el contexto, como el perfil de los participantes, así como la prevalencia de los trastornos en la comunidad para favorecer una adopción exitosa de la guía mhGAP (UNAM y OPS, 2019).

Adopción de un Sistema de Gestión de Calidad

Para la UNAM y OPS (2019) los conocimientos, habilidades y actitudes del profesional de la salud permiten asegurar una atención inmediata para todos los padecimientos contenidos en la guía mhGAP. Debido a esto la denominación general de riesgos derivados de las manifestaciones comunes para cada trastorno de la guía mhGAP, que se sitúa en la línea superior de recuadros (véase Figura 6), se pueden detectar en sus primeros estadios, previo a la progresión hacia cualquier padecimiento. Estructurando, las intervenciones comunes para cada nivel de atención, correspondiente a cada trastorno.

Figura 6.

Niveles y tipos de intervención para la atención de los riesgos a la salud mental, consumo de sustancias y padecimientos neurológicos, de los Centros de Formación y Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, UNAM.



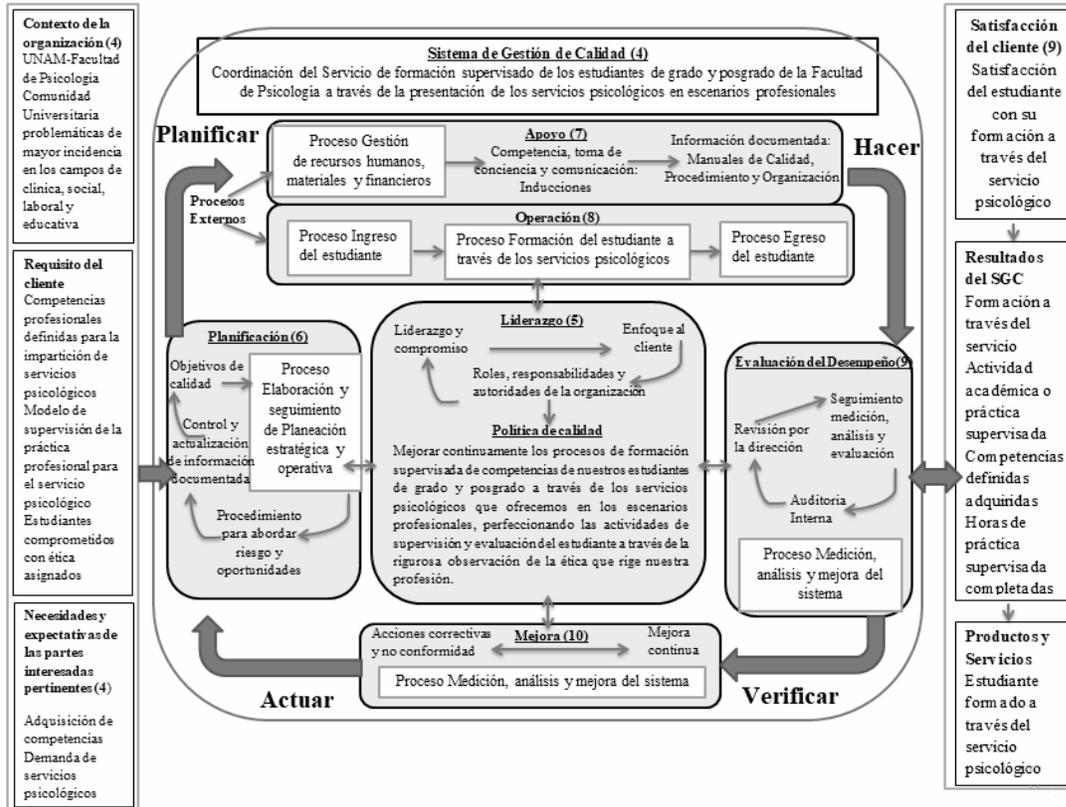
Nota: Tomado de UNAM y OPS (2019) Proyecto para superar las brechas de atención en salud mental mediante la implementación de la guía mhGAP.

En este sentido, la UNAM y OPS (2019) pretende que la Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos adopte las recomendaciones internacionales para la a evaluación, manejo y seguimiento de riesgos clasificados dentro la guía de intervención mhGAP; a través del Sistema de Gestión de Calidad del Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, cumpliendo con los requisitos de la norma ISO9001:2015. Respecto a la población que solicita atención, se busca la detección oportuna de riesgos que atenten contra la salud mental y su atención inmediata, que para su enseñanza, adquisición y evaluación de habilidades de: identificación, manejo y seguimiento, se realiza bajo una formación supervisada de estudiantes tanto de grado como posgrado de la Facultad de Psicología a través de la prestación de servicios psicológicos en escenarios profesionales.

Sistema que favorece y agiliza los procesos de formación de profesionales de la salud de pre y posgrado en psicología, así como los de atención psicológica desde un primer hasta el tercer nivel de atención. Dentro del recuadro azul de mayor tamaño, se observa la respuesta que la Coordinación de Centros de Formación PS, a través del Sistema de Gestión de Calidad (véase Figura 7), brinda las cláusulas de la norma ISO: 90001, entre las que se consideran los procesos de formación del profesional de la psicología, en los recuadros amarillos, que atienden a condiciones de salud, contempladas en la guía mhGAP. Observando el proceso de ingreso, formación y egreso de estudiantes (UNAM y OPS, 2019).

Figura 7.

Mapa de procesos del Sistema de Gestión de Calidad de los Centros de Formación y Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, UNAM.



Nota. Tomado de: OPS (2019) Proyecto para superar las brechas de atención en salud mental mediante la implementación de la guía mhGAP.

Por medio de la aplicación del Sistema de Gestión de Calidad, es posible calcular la satisfacción del profesional con su formación a través del servicio psicológico (con los recuadros verdes de la extrema derecha), los indicadores de formación a través del servicio que da respuesta a las actividades académicas o de formación supervisada para la adquisición de las competencias profesionales y, en general, la conformidad con la formación a través del servicio psicológico impartido por los profesionales de la salud de la Facultad.

Considerando el contexto social que constituye entonces la oportunidad de formar profesionales de la salud, específicamente de la psicología, para la evaluación, pero particularmente para el manejo y seguimiento de los trastornos mentales por consumo de sustancias psicoactivas y neurológicas en los tres niveles de atención, enfatizando el primero (UNAM y OPS, 2019).

Trabajo colaborativo

Desde la filosofía del marco CAMS Jobes (2009) afirma que tanto la ideación como la conducta suicida son una respuesta ante el sufrimiento y el dolor psicológico insoportable; muchas personas sienten que no pueden soportar el dolor por el que están pasando, buscando un escape del sufrimiento, otros quieren que sus seres queridos sepan del dolor por el que están pasando. Sin embargo, para toda perspectiva subjetiva e interiorizada sobre el suicidio, hay una explicación razonable y entendible a partir del individuo.

Jobes (2009) señala que, gracias a la subjetividad es posible comprender los aspectos funcionales del suicidio, para nunca juzgar, moralizar o avergonzar a la persona atendida. Desde el entendimiento, respeto y aprecio, siendo transparente sobre el tratamiento, bajo una atención clínica preventiva, que nunca considera a la conducta suicida como una opción viable trabajando sobre cómo anticiparse a esta desde un plan de seguridad.

La aproximación desde el marco clínico CAMS, se enfoca en una fuerte relación terapéutica, entendiendo la alianza terapéutica como el vehículo esencial para brindar una serie de intervenciones clínicas para resguardar la vida del paciente. Combinando una serie de procedimientos clínicos con una filosofía de atención diseñada para afrontar la ideación suicida desde las razones para vivir del individuo, comprendiendo al suicidio de manera distinta a otros profesionales de la salud (Jobes, 2009).

Marco CAMS un tratamiento escalonado

Desarrollado por Jobes (2009) el marco clínico terapéutico de atención y manejo suicida, por sus siglas en inglés CAMS es una herramienta de aproximación terapéutica enfocada en el tratamiento, planeación y detección del suicidio. Originalmente desarrollada desde las ciencias cognitivas y del comportamiento, conformado por una guía de evaluación básica, entendida como el formato del estatus suicida por sus siglas en inglés (SSF), bajo la estimación personal de los siguientes ítems: dolor psicológico, estrés, agitación, odio por sí mismo, desesperanza y riesgo general, evaluados a lo largo de cada sesión de intervención.

Para Pistorello et al. (2020) Más allá de la valoración de los indicadores previos, el marco CAMS ciñe su intervención en el tratamiento de aquello definido por el paciente como “detonantes del suicidio”; aquellos problemas que inclinan a la persona al suicidio, por ejemplo, los estudiantes en riesgo de suicidio suelen lidiar con dificultades en sus relaciones interpersonales, sobre su despeño académico u orientación vocacional, aunado a las dificultades en su autoestima.

Bajo estudios aleatorios comparativos, el marco CAMS ha sido asociado con un decremento significativo en la ideación suicida, visitas de urgencia, así como de atención primaria, sentimientos de desesperanza e incapacidad funcional, sumado a un aumento estadístico en el bienestar subjetivo, la flexibilidad cognitiva, y los cambios en pensamientos relacionados con el suicidio (Pistorello et al. 2020).

Acorde con Jobes et al. (2018) dado el incremento en el número de muertes por suicidio en los Estados Unidos, se expresó la necesidad urgente, en desarrollar enfoques amplios generalizados en un esfuerzo de prevención de esta problemática con el potencial de llegar a las personas vulnerables a través de varios sistemas de atención.

Como se ejemplifica en la Figura 8, el modelo de atención escalonada muestra, los costos de atención desde el eje Y, estimado de menor a mayor, al respecto de la inversión económica dado el costo para la atención del caso en riesgo de suicidio, en conjunto con una serie de servicios de atención bajo la misma estimación pero que se ordenan de menos a más restrictivos.

Figura 8.

Un Modelo Escalonado para la atención del suicidio.



Nota. Tomado de Jobes et al. (2018) a stepped care approach to clinical suicide prevention.

Los servicios psicológicos se encuentran en una posición única para marcar una enorme diferencia en abordaje del suicidio desde la clínica, bajo un enfoque preventivo a través de un sistema basado en evidencia (Jobes et al. 2018).

Promover una capacitación continua

Durante la conferencia de la Academia Nacional de Medicina de México la Dra. María Elena Medina Mora señaló la necesidad de recomponer nuestro sistema de salud, transitando de un sistema basado en la medicina de especialidad a la preventiva, proponiendo un cambio de tareas que incorpore a todos los sectores de la población que puedan ayudar de manera colaborativa identificando, por ejemplo, los problemas en salud mental entre pares para facilitar el acercamiento a quienes lo necesiten, a servicios de atención especializada (El Colegio Nacional, 2021).

Recabo esta postura dado que, después de revisar una gran cantidad de información sobre necesidades, alternativas y nuevas perspectivas de actuación ante la problemática del suicidio, es crucial resaltar el esfuerzo de capacitación continua y constante desarrollo de herramientas especializadas dentro de las instituciones comprometidas antes mencionadas.

La capacitación en la guía mhGAP es uno de los proyectos dirigidos a la reducción de la brecha en la atención a la salud mental, que en articulación con programas orientados a la prevención de las muertes por suicidio, desde un abordaje oportuno del comportamiento suicida con base en un modelo escalonado de atención al riesgo, como el Programa de Atención a Personas con Depresión y Riesgo Suicida (PADyRS) de la Facultad de Psicología de la UNAM, constituyen las acciones centrales para lograr un manejo integral de las personas con riesgo suicida.

Modelo de órdenes de riesgo de suicidio

Desde su conferencia UNA-Mirada desde la psicología, sobre ¿Cómo identificar el riesgo suicida? a través de la investigación en ámbitos clínico-comunitarios; orientados en modelos basados en evidencia para la alfabetización en salud mental y prevención del suicidio. La Dra. Paulina Arenas Landgrave comparte los esfuerzos en el desarrollo del Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio (MODORIS, Arenas et al., 2023), un trabajo colaborativo, resultado de un esfuerzo interinstitucional e interprofesional, con el propósito de estructurar, organizar y coordinar la atención de las personas con riesgo de suicidio desde la comunidad hasta la red de servicios de salud públicos a partir de: identificar la condición de riesgo con base en factores agudos (en el momento) y crónicos (a lo largo de la vida del individuo); y la existencia de factores protectores. Y conocer las acciones correspondientes para prevenir una muerte por suicidio según quien sea y donde se encuentre, bajo el mensaje de que todos podemos brindar apoyo, desde un manejo básico o un tratamiento específico.

El MODORIS se implementa desde el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio, con el fin de fortalecer la capacidad de las redes de servicios de salud y en la comunidad para la atención integral de casos en riesgo. Lo cual es posible lograr con capacitaciones como el Curso de Especialización en Identificación, Valoración e Intervención del Comportamiento Suicida, dirigido a personal tanto especializado como no especializado, abarcando la introducción al comportamiento suicida desde un abordaje contextual, para estimar su nivel de riesgo específico con la ayuda del modelo de órdenes de riesgo que contemple los contextos, el entrenamiento en habilidades, desde el abordaje de factores de riesgo y protocolos de atención (Secretaría de Salud, 2021).

Justificación y Planteamiento del Problema

Frente a un panorama que limitó el alcance de las instituciones prestadoras de servicios de salud mental, al trasladar sus medios de atención de lo presencial a la distancia, sumado a la creciente demanda de atención psicológica, tras las repercusiones por la pandemia de COVID-19, es que una problemática de salud pública como el suicidio, cobra mayor notoriedad; donde los desafíos entorno a su detección, atención y manejo, reflejan los puntos a fortalecer y optimizar para brindar una intervención de calidad..

Actualmente, la atención de la salud mental se ha inclinado profundamente por alternativas basadas en evidencia que se aproximen al individuo desde un enfoque integral, así como humano con el fin de intervenir de manera óptima, en las dificultades que lleven a la persona a solicitar ayuda. Un contexto donde los casos en riesgo de suicidio, no se ven excluidos, notando su persistencia a través del tiempo, sujetas a los constantes cambios sociales, económicos o sanitarios que pueden llegar a agravarlos. Dado los estigmas alrededor del tema, las creencias e ideas erróneas, repercuten en su manejo y atención al formar una idea equivocada dentro de la sociedad.

Dado este panorama, el presente trabajo pretende revisar las reflexiones de los profesionales de la salud como: médicos, psiquiatras, psicólogos y enfermeras respecto a los desafíos percibidos dentro de entornos clínicos para la atención y manejo de personas con riesgo de suicidio, con el propósito de integrar los desafíos actuales percibidos respecto a la atención y manejo de casos en riesgo de suicidio para articular a partir de esta reflexiones, una perspectiva de atención, que fomente la inclusión de herramientas especializadas de diagnóstico como la guía de intervención mhGAP de la OMS, y de un abordaje terapéutico especializado, desde el marco clínico del CAMS.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los desafíos percibidos por los profesionales de la salud en torno a la atención y manejo de casos en riesgo de suicidio dentro del sistema de salud mexicano?

Objetivo

General

Describir los desafíos percibidos por los profesionistas, tanto especializados como no especializados en la salud mental que repercuten en la atención y manejo de casos en riesgo de suicidio.

Objetivos específicos

1.- Identificar las perspectivas del personal de salud entorno a la capacitación especializada para la atención y manejo de personas en riesgo de suicidio.

2.- Explorar la presencia de mitos, creencias o prejuicios alrededor del suicidio dentro del personal de salud.

3.- Proponer una nueva perspectiva de atención y manejo de casos en riesgo de suicidio, tomando en cuenta los desafíos percibidos por el personal de salud respecto a la calidad en la atención, la presencia de mitos y creencias sobre el suicidio y la necesidad de capacitación especializada.

Como sustento metodológico, la presente investigación se apoya en la visión constructivista de Charmaz sobre la teoría fundamentada propuesta por los sociólogos Barney G. Glaser y Anselm L. Strauss's.

Durante su investigación con respecto a la muerte en entornos hospitalarios, quienes observaron los procesos cuando el personal de salud y sus pacientes terminales eran conscientes del desahucio y su manejo de la noticia, lo que les permitió desarrollar estrategias metodológicas que se pueden adoptar para el estudio de otros temas (Palacios, 2021).

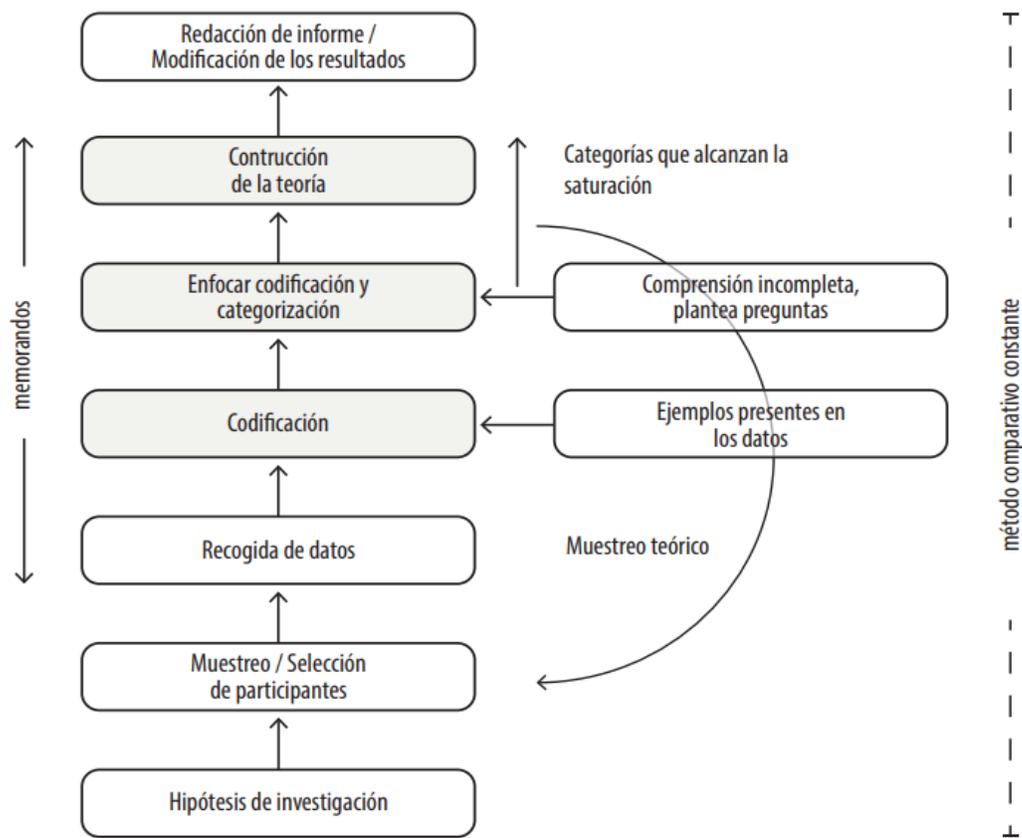
La visión constructivista busca fundamentar los conceptos con datos para conseguir esquemas explicativos de diverso alcance, que pueden abarcar desde una mera descripción hasta realizar una teorización formal. Recomendada para indagar situaciones de escaso conocimiento, dada su utilidad para profundizar en las realidades sociales específicas y fenómenos que giran en torno al comportamiento humano (Charmaz, 2008).

En este sentido, Charmaz, (2008) menciona que la investigación surge desde la constante interacción con los datos; integrando la posición tanto de los participantes como del propio investigador, para ser discutida con las preconcepciones teóricas, donde más que asumir que la teoría emerge desde los datos; para lograr generalizaciones o explicaciones que evitan el contexto, se pretende estructurar y afinar algunas categorías a partir de la información, para entender e interpretar el fenómeno desde su posición social e histórica, donde más allá de priorizar el punto de vista del investigador, la importancia radica en visibilizar e incluir, tanto en los análisis como en la presentación de hallazgos, los enfoques y puntos de vista de los participantes.

Optar por la perspectiva constructivista de Charmaz sobre la teoría fundamentada proviene de la posibilidad de organizar e integrar la información tanto del investigador como de los participantes. Para alcanzar un esquema explicativo, que describa la experiencia del personal sanitario sobre los desafíos percibidos para la atención y manejo de casos en riesgo de suicidio, metodología representada en la Figura 9.

Figura 9.

Representación metodológica de la teoría fundamentada desde la perspectiva de Charmaz (2008)



Nota. Reproducido de: Navarro et al. (2021) "Salud mental y derechos humanos: La experiencia de los profesionales en formación en el uso de sujeciones mecánicas en Madrid, España" (<https://www.scielosp.org/article/scol/2021.v17/e3045/>)

Bajo este orden de ideas, la investigación resultante se apegó a un estudio cualitativo, de tipo descriptivo que pretendió integrar un esquema en torno a los desafíos percibidos por el personal de salud para la atención y manejo de casos en riesgo de suicidio.

Participantes

Se efectuó una selección de participantes a partir de los siguientes parámetros: a) que estuvieran actualmente activos en el curso en línea de especialización en identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida (OPS, UNAM y SSA, 2021); b) ser prestador de servicios de salud o especialista en salud mental, considerando dentro de estas profesiones a Psicólogos, Psiquiatras, Médicos, Enfermeras y Trabajadores Sociales; c) contar con experiencia en la atención y manejo de casos en riesgo de suicidio y d) participar en actividades de educación continua para la atención y manejo de esta problemática.

La muestra final se conformó de un total de 507 profesionales de la salud, participantes del curso de especialización en identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida parte del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio de la Secretaría de salud (2021), avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México, así como la Organización Panamericana de la Salud y el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (ST-CONSAME), profesionales con y sin experiencia directa en la atención de casos en riesgo de autolesión-suicidio. Compuestos en su mayoría por psicólogos como se puede observar en la Tabla 12 con un total de 434 participantes, equivalentes a un 85.6% del total, seguidos por 54 médicos, incluidos médicos psiquiatras que conformaron un 10.7% continuando con 14 enfermeros y enfermeras representando un 2.8% del total, así como un único trabajador social al igual que otras profesiones afines en el porcentaje restante.

Los datos de los participantes, así como la información recabada para esta investigación, se analizaron de forma descriptiva apeándose a la ley general de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados (2017). Y a lo dispuesto en el aviso de privacidad: plataforma de educación, capacitación y actualización a distancia en salud de la Secretaría de Salud (2021).

Tabla 12.

Profesiones de los participantes del curso diplomado

Profesión	Participantes	%
Enfermería	14	2.8
Medicina	36	7.1
Psiquiatría	18	3.6
Psicología	434	85.6
Trabajo Social	1	0.2
Otra	4	0.8
Total	507	100

Nota. Elaboración propia, total de participantes del curso-diplomado de especialización en identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida en la red de servicios de salud, distribución por profesión.

Unidad de análisis

En esta investigación, la unidad de análisis es el discurso de los profesionales de la salud tanto especializado como no especializado en salud mental, recogido a través de un cuestionario sobre los desafíos percibidos dentro del sistema de salud mexicano para la atención de casos en riesgo de suicidio.

Técnicas de recolección de datos

Se comprende como técnicas de recolección de datos a los instrumentos utilizados para recabar la información necesaria que dé respuesta a la pregunta de investigación y para alcanzar los objetivos del presente trabajo optando por:

Cuestionario: el cuestionario, acorde con Gayou (2003) es la alternativa ante la limitante del número de participantes con los que se investiga; constituyendo una de las pocas herramientas para obtener información sin estar cara a cara con la persona y con un mayor número de participantes. En este trabajo su importancia recae en que permitirá conocer libremente, las experiencias de los profesionales de la salud desde sus opiniones y comentarios sobre los desafíos dentro del sistema de salud para la atención y manejo de casos en riesgo de suicidio.

Conformado por 6 preguntas abiertas y 3 de respuesta dicotómica (sí/no) el cuestionario se revisó en conjunto con la directora de esta tesis, que, después de 3 revisiones se obtuvo la versión final (Anexo 1). Las 9 preguntas del cuestionario están agrupadas en 3 categorías mismas que en la fase de análisis de información se describirán con mayor profundidad. Su redacción y el orden de los reactivos se orientó por los objetivos a indagar, y se sustentó con base en la postura de Galicia et al. (2017) con respecto a la validez de contenido por juicio de expertos, la cual es una perspectiva que busca producir un rango de respuestas representativas del tema que se busca medir, por medio de una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, capaces de brindar información, evidencia, juicios y valoraciones.

Se integraron los conceptos a partir de los datos empíricos de los participantes, en conjunto con la información recabada desde la revisión literaria con el fin de discutir las siguientes preguntas:

- a) ¿Cuál es el principal desafío percibido por el personal de salud para la atención de casos en riesgo de suicidio?
- b) ¿Cuáles son los prejuicios y mitos respecto al suicidio dentro del personal de salud?
- c) ¿Cuál es el manejo de casos en riesgo de autolesión-suicidio que prevalece en la atención institucional?

Softwares utilizados

A continuación, se describen brevemente los programas que fueron utilizados como apoyo en la implementación del cuestionario, así como la organización, análisis e interpretación de la información recabada.

- 1.- Google Forms: Un software de administración de encuestas parte de las herramientas gratuitas de Google Docs.
- 2.- IBM SPSS Statistics 26 Inc.®: Un paquete de software estadístico desarrollado por IBM para la gestión y análisis de datos.
- 3.- ATLAS. Ti 22®: Un software de análisis de datos que facilita la conversión de información a conocimientos cualitativos para su análisis.

Procedimiento

Fase 1. Vinculación con el curso/ diplomado de la Secretaría de Salud.

Desde el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PNPS) la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, en conjunto con la Facultad de Psicología y la Organización Panamericana de la Salud, implementó un curso-diplomado con el objetivo de brindar una capacitación especializada tanto para el personal experimentado como no experimentado en la prestación de servicio de salud mental, para la atención del riesgo suicida, así como sus factores asociados desde un ámbito comunitario, dentro de la red de servicios de salud tanto hospitalario como ambulatorio.

La razón de vincular esta investigación con el curso-diplomado se debió a que los participantes eran profesionales de la salud de los distintos niveles de atención interesados en el manejo de casos en riesgo de suicidio.

Una vez obtenido el permiso de la responsable académica del curso/diplomado se continuó con la selección de la muestra para la aplicación del cuestionario de opinión. Ya que se tenía el contacto de los participantes, se les hizo una invitación por parte del soporte técnico del curso para responder el cuestionario.

Para la aplicación del cuestionario, primero se les informó a los participantes ya previamente seleccionados, de acuerdo con los parámetros muestrales, sobre la investigación que se llevaba a cabo. Se hizo un primer contacto a través de la plataforma de capacitación, en el cual, además de lo anterior, se insertó el enlace del cuestionario, previamente probado y realizado a través de Forms de Google, debido a la facilidad de recolección y organización de la información sin la necesidad de encontrarse frente a frente con los participantes.

Fase 2. Análisis de información

Se codificaron los datos con la ayuda del software ATLAS. Ti 22®, para segmentar las respuestas dentro de 3 categorías de indagación específicos que se definen a continuación:

a) calidad en la atención: se refiere a los servicios de salud basados en evidencia, seguros, eficaces y centrados en la persona (OMS 2020).

b) necesidad de capacitación especializada: el acercamiento de personal sanitario a modelos o instrumentos de atención clínica basados en evidencia para la detección, manejo y tratamiento del comportamiento suicida (SEGOB 2017).

c) mitos del suicidio: criterios culturalmente aceptados en la población, juicios de valor erróneos con respecto al suicidio y de las personas que optan por terminar con su vida; con los que se intenta justificar determinadas actitudes de quienes los sustentan (Pérez, 2005).

Durante el proceso de análisis de los resultados del cuestionario, emergió una nueva categoría de indagación en la revisión del cuestionario de opinión a la cual se le nombró: propuestas del personal de salud; para englobar aquellas respuestas con sugerencias ante los desafíos ya percibidos para la atención y manejo de casos en riesgo de suicidio.

Triangulación teórica

Para esta investigación se tomó en cuenta la triangulación teórica que acorde con Rodríguez (2005) que implica el uso de distintas perspectivas teóricas para analizar un mismo grupo de datos, con la característica de ser orientado por hipótesis, permitir el aporte de críticas y discusiones desde distintas perspectivas teóricas, así como la reformulación de teorías. Un enfoque necesario para integrar las perspectivas de los profesionales de la salud desde un esquema explicativo; que describa los desafíos percibidos por esta población dentro del sistema de salud respecto a la atención y manejo de casos en riesgo de suicidio.

Consideraciones éticas

Previo a comenzar con las preguntas y la recopilación de datos referentes a la profesión, se expresó el objetivo del cuestionario de opinión en conjunto con un apartado referente al manejo y uso de la información compartida a través de este.

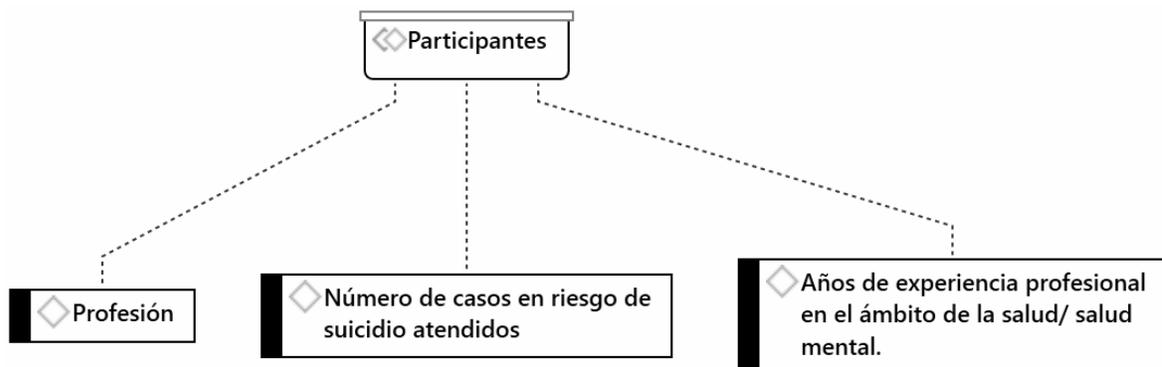
Resultados

Población Participante

A continuación, se agruparon las características individuales de los participantes del cuestionario de opinión para comenzar con el análisis del contenido de sus respuestas desde las categorías previamente establecidas. Como se muestra en la Figura 10, se obtuvieron datos como: la profesión del participante, los años de experiencia profesional en servicios de salud o salud mental y el número de casos en riesgo de suicidio atendidos.

Figura 10.

Elementos indagados de la población participante

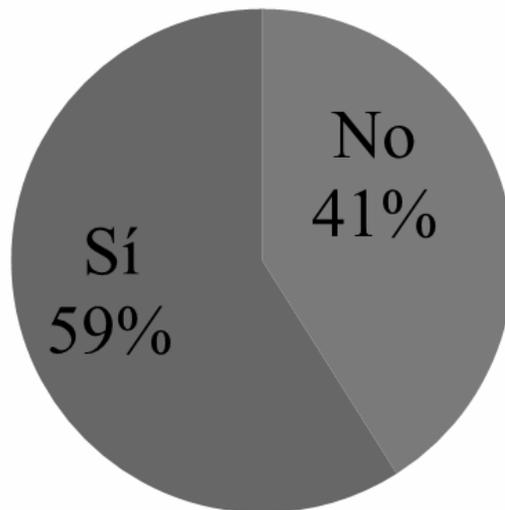


Nota. Elaboración propia, características individuales de la población participante en el cuestionario de opinión sobre los desafíos percibidos para la atención y manejo de casos en riesgo de suicidio desde el sistema de salud mexicano.

Se encontró que un total de 299 (59%) participantes cuenta con experiencia directa en la atención de personas en riesgo de suicidio, como se muestra en la Figura 11, seguidos de 208 (41%) participantes restantes, quienes no han atendido directamente a una persona en riesgo de suicidio.

Figura 11.

Participantes con y sin experiencia en la atención de personas en riesgo de suicidio

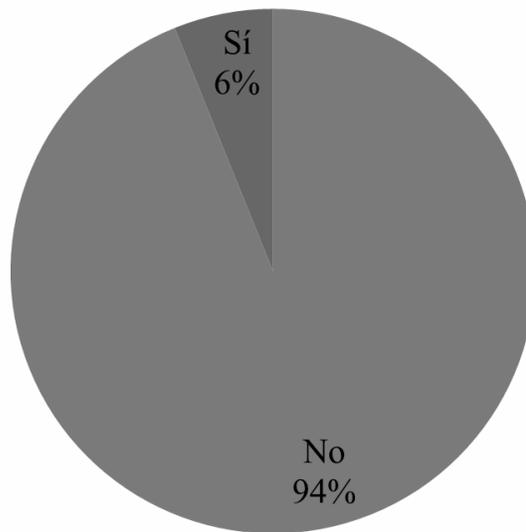


Nota. Elaboración propia, distribución de participantes del curso-diplomado con y sin experiencia en la atención de personas en riesgo de suicidio.

Como se muestra en la Figura 12, se encontró un total de 476 (94%) participantes que no consideran que se cuente con el personal especializado suficiente para la atención de personas en riesgo de suicidio dentro del sistema de salud mexicano, frente a un 6% restante de la muestra recabada quienes consideran que, si se cuenta con la solvencia de personal capacitado, conformado por los 31 participantes restantes.

Figura 12.

Solvencia en el personal capacitado para la atención de personas en riesgo de suicidio

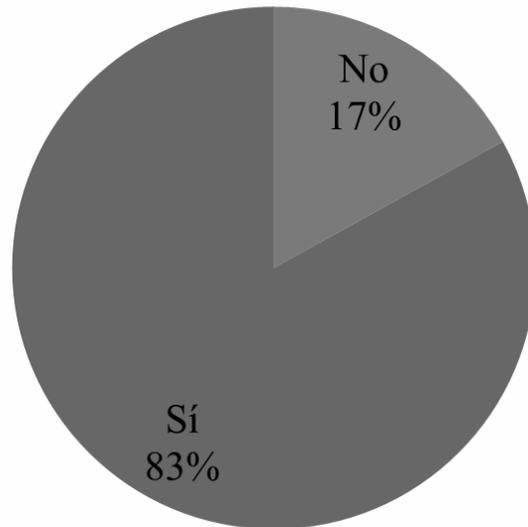


Nota. Elaboración propia, distribución de participantes del curso-diplomado que considera que se cuenta y no, con la suficiente solvencia de personal especializado en la atención de personas en riesgo de suicidio.

Con respecto a las creencias, y opiniones, se encontró un total de 421 participantes que los consideran obstáculos para el manejo de casos en riesgo de suicidio dentro del personal de salud, como se observa en la Figura 13, conformando un 83% de la muestra, en contraste con el 17% restante quienes no se mostraron de acuerdo, integrado por 86 participantes del total de la muestra.

Figura 13.

Creencias y opiniones como desafíos para la atención de casos en riesgo de suicidio

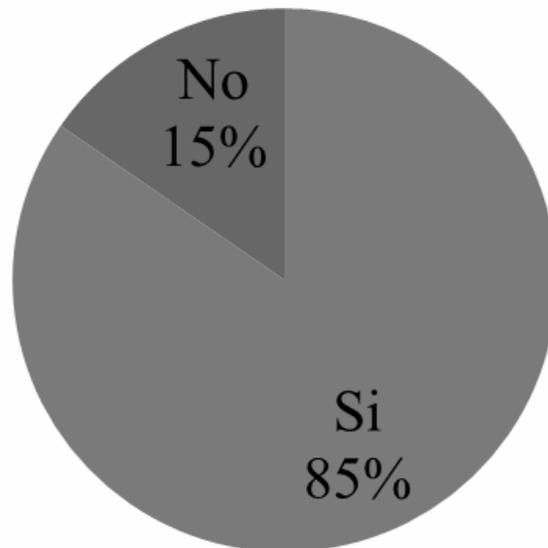


Nota. Elaboración propia, distribución de participantes del curso-diplomado que considera que las creencias y opiniones obstaculizan la atención de personas en riesgo de suicidio.

Finalmente, la muestra arrojó que un 85% de participantes, conformados por 429 del total, como se muestra en la Figura 14, se capacita en actividades de educación continua para el manejo de casos en riesgo de suicidio, con un 15% restante, conformado por 78 participantes que no se encuentran en procesos de capacitación continua para la atención de esta problemática.

Figura 14.

Participantes involucrados educación continua en torno al riesgo de suicidio.



Nota. Elaboración propia, distribución de participantes del curso-diplomado involucrados en capacitación continua para la atención y manejo de personas en riesgo de suicidio.

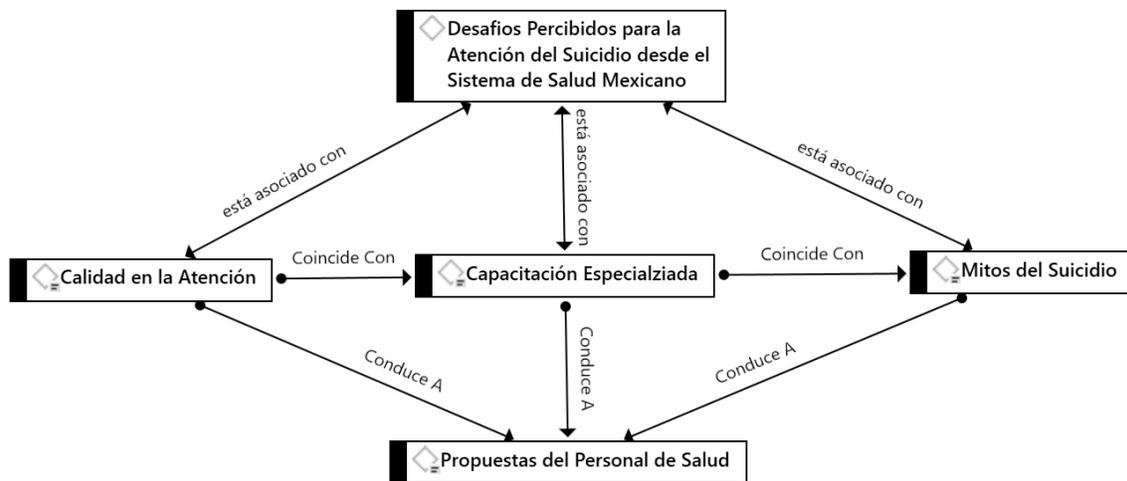
Experiencias focalizadas

Para indagar en la experiencia directa de los profesionales de la salud sobre los desafíos en la atención y manejo de casos en riesgo de suicidio, se reunieron sus respuestas acorde con las características individuales y el sistema de códigos para explorar sus perspectivas, en la Figura 15 se muestran los términos más prevalentes en estas respuestas, con elementos como: personal, capacitación, herramientas, importancia, prevenir, abordar, respeto y compromiso, que en conjunto, guiarán la codificación de datos.

Distribuidas entre aquellas dirigidas a la calidad en la atención; entendida como servicios de salud basados en evidencia, seguros, eficaces y centrados en la persona acorde con la Organización Mundial de la Salud (2022); la necesidad de personal capacitado, entendido por el acercamiento de personal sanitario a modelos o instrumentos de atención clínica basados en evidencia para la detección, manejo y tratamiento del comportamiento suicida, según la Secretaría de Salud (2022); los mitos sobre el suicidio, entendidos como lo menciona Pérez (2005); criterios culturalmente aceptados en la población, juicios de valor erróneos con respecto al suicidio y de las personas que optan por terminar con su vida, y finalmente, las sugerencias del personal de salud ante los desafíos percibidos, siendo esta última una categoría que emergió durante el análisis de las respuestas (Figura 16).

Figura 16.

Desafíos percibidos para la atención y manejo de casos en riesgo de suicidio

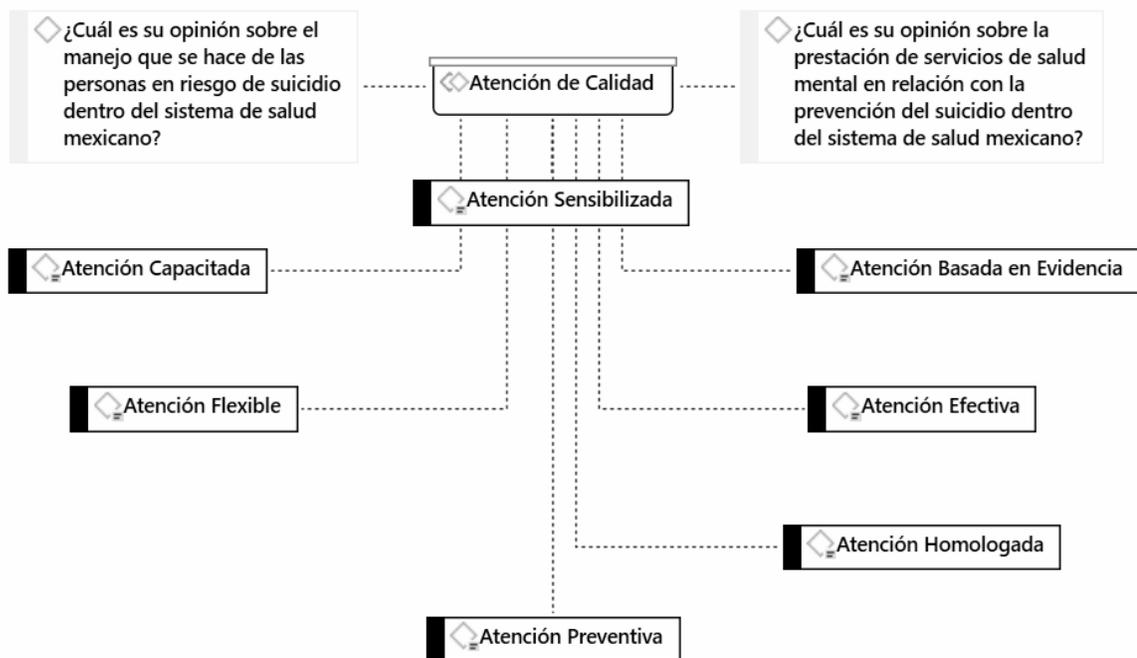


Nota. Elaboración propia, organización de las respuestas del cuestionario de opinión dentro de las 3 categorías de indagación y su vínculo con la categoría emergente de nombre: propuestas del personal de salud.

A continuación, dentro de la Figura 17, se representa el sistema de códigos establecido para la categoría de nombre: calidad en la atención, con sus respectivas preguntas del cuestionario de opinión vinculadas en un nivel paralelo, así como sus respectivos códigos derivados a nivel inferior.

Figura 17.

Sistema de códigos respecto a la calidad en la atención

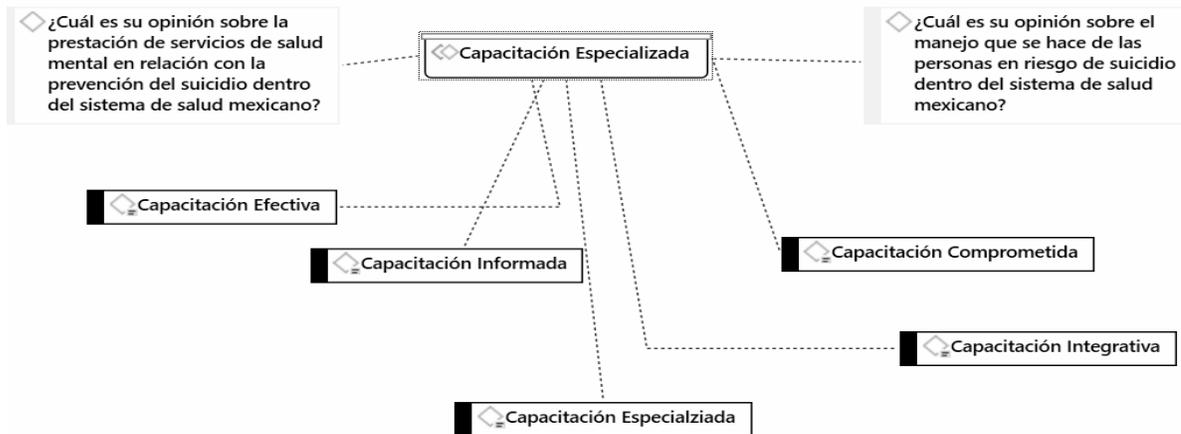


Nota. Elaboración propia, sistema de códigos para la categoría de nombre: calidad en la atención del cuestionario de opinión sobre desafíos percibidos para la atención y manejo de casos en riesgo de suicidio desde el sistema de salud mexicano.

Continuando con el sistema de códigos establecido para la categoría de nombre: capacitación especializada, con las preguntas del cuestionario de opinión vinculadas a nivel paralelo, concurrentes con las preguntas del sistema previo, dada la relación entre la capacitación especializada como parte de una atención de calidad, con los códigos derivados a nivel inferior cómo se representa en la Figura 18.

Figura 18.

Sistema de códigos respecto a la capacitación especializada

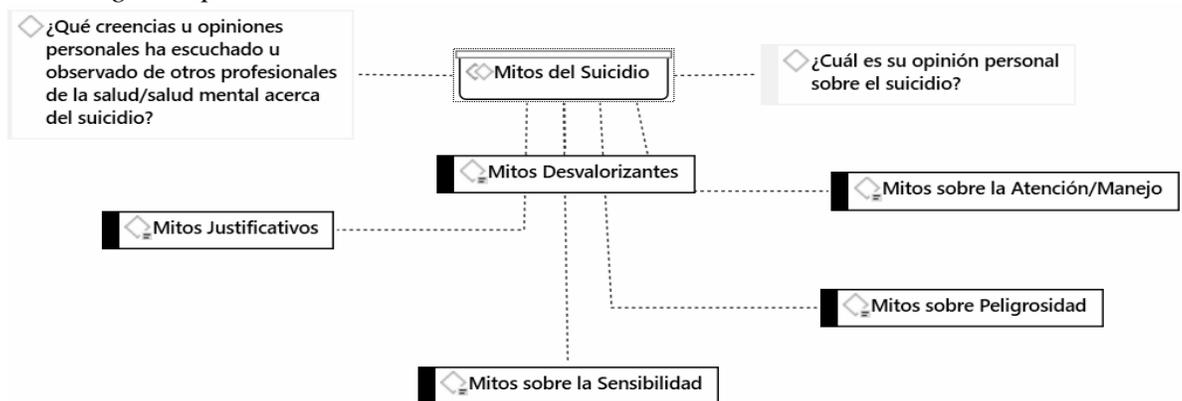


Nota. Elaboración propia, sistema de códigos para la categoría de nombre: capacitación especializada del cuestionario de opinión sobre desafíos percibidos para la atención y manejo de casos en riesgo de suicidio desde el sistema de salud mexicano.

Para la categoría de nombre: mitos del suicidio, se estableció el siguiente sistema de códigos representado en la Figura 19, con las preguntas abiertas del cuestionario de opinión vinculadas a nivel paralelo, así como sus respectivos códigos de indagación derivados a nivel inferior.

Figura 19.

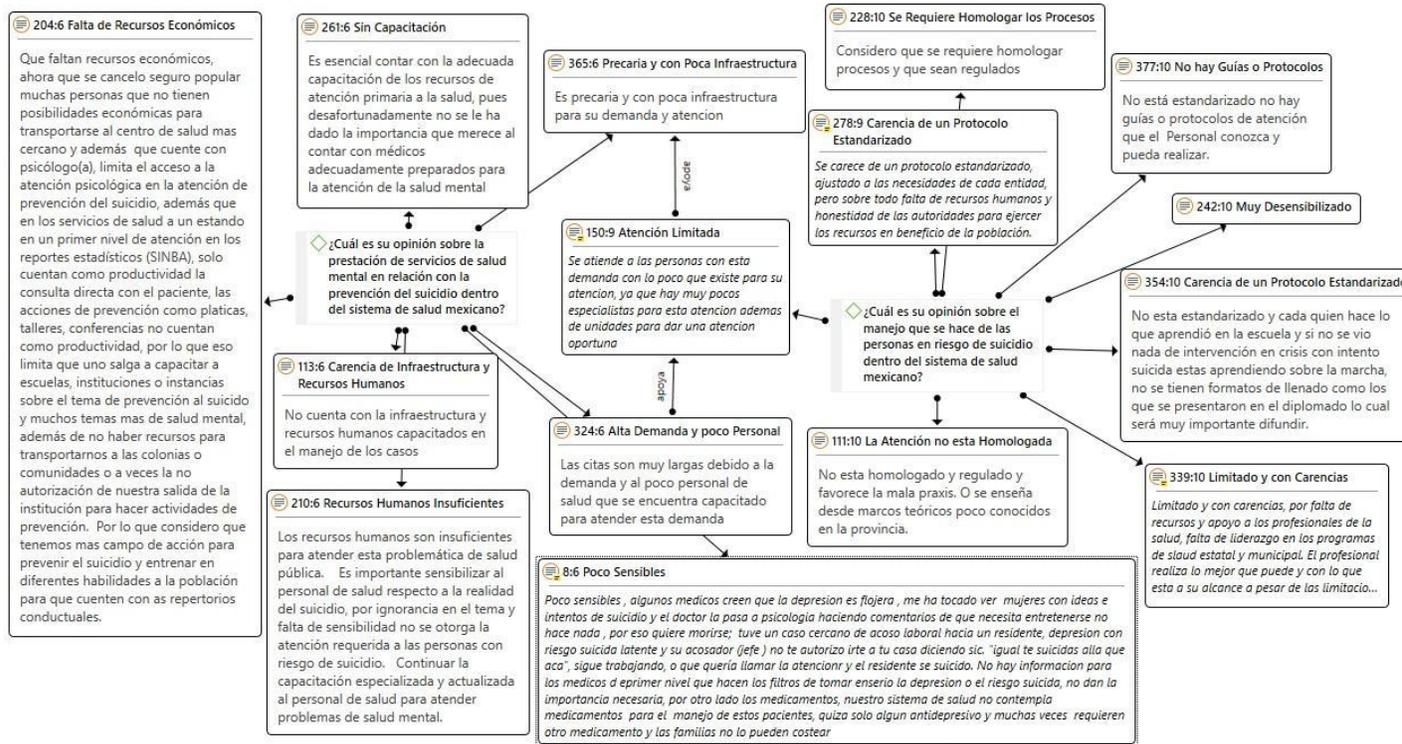
Sistema de códigos respecto a los mitos del suicidio



Nota. Elaboración propia, sistema de códigos para la categoría de nombre: mitos del suicidio del cuestionario de opinión sobre desafíos percibidos para la atención y manejo de casos en riesgo de suicidio desde el sistema de salud mexicano.

Orientado por la codificación desde categorías y su respectivo sistema de códigos, se rastrearon las siguientes palabras clave: demanda, atención, personal, recursos, estandarizado y homologado dentro del conjunto de respuestas englobadas en la categoría de nombre: calidad en la atención; con el objetivo de explorar las respuestas concurrentes dentro de las respuestas abiertas del cuestionario de opinión representado en la Figura 20.

Figura 20.
Comentarios concurrentes sobre la calidad en la atención

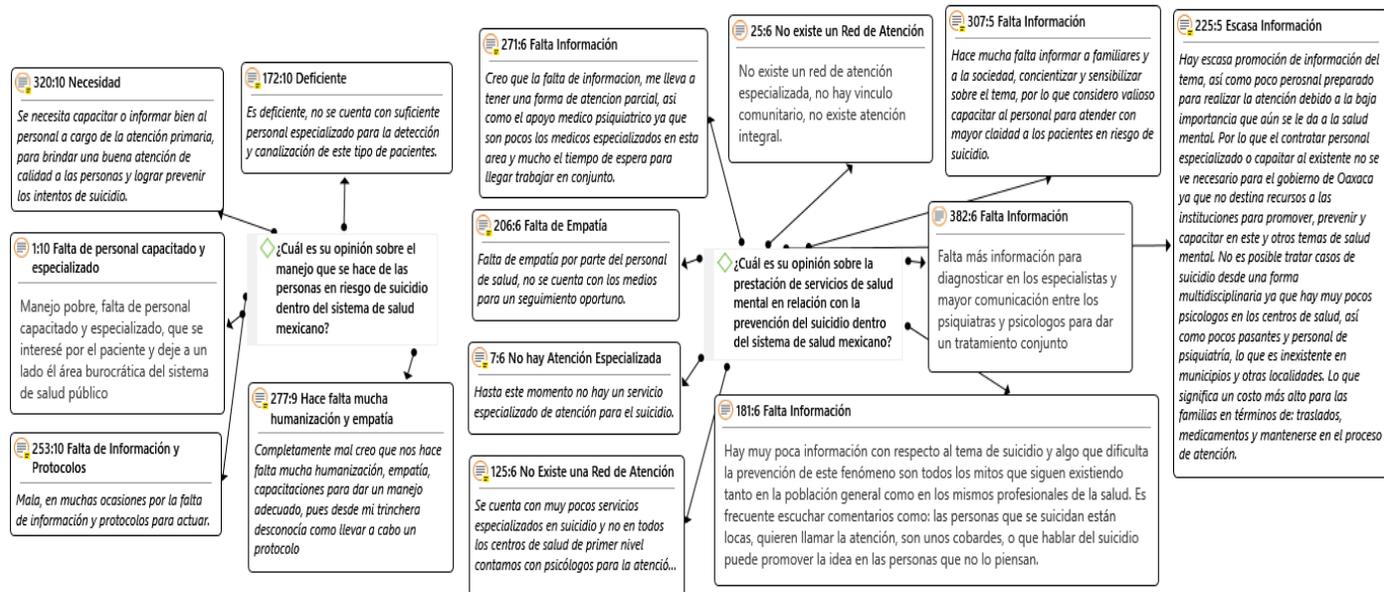


Nota. Elaboración propia, comentarios concurrentes dentro de la categoría de nombre: calidad en la atención.

Continuando con el análisis de la categoría de nombre: capacitación especializada, en la cual, se rastrearon términos como: personal, especializado, capacitado, sensibilidad, empatía e información, para vincular las respuestas concurrentes del cuestionario de opinión como se muestra en la Figura 21. Cabe destacar, el vínculo de este análisis con las mismas preguntas del diagrama previo, debido a la concurrencia entre las categorías y sistemas de codificación; con la capacitación especializada como parte fundamental de la calidad en la atención clínica.

Figura 21.

Comentarios concurrentes sobre la necesidad de capacitación especializada

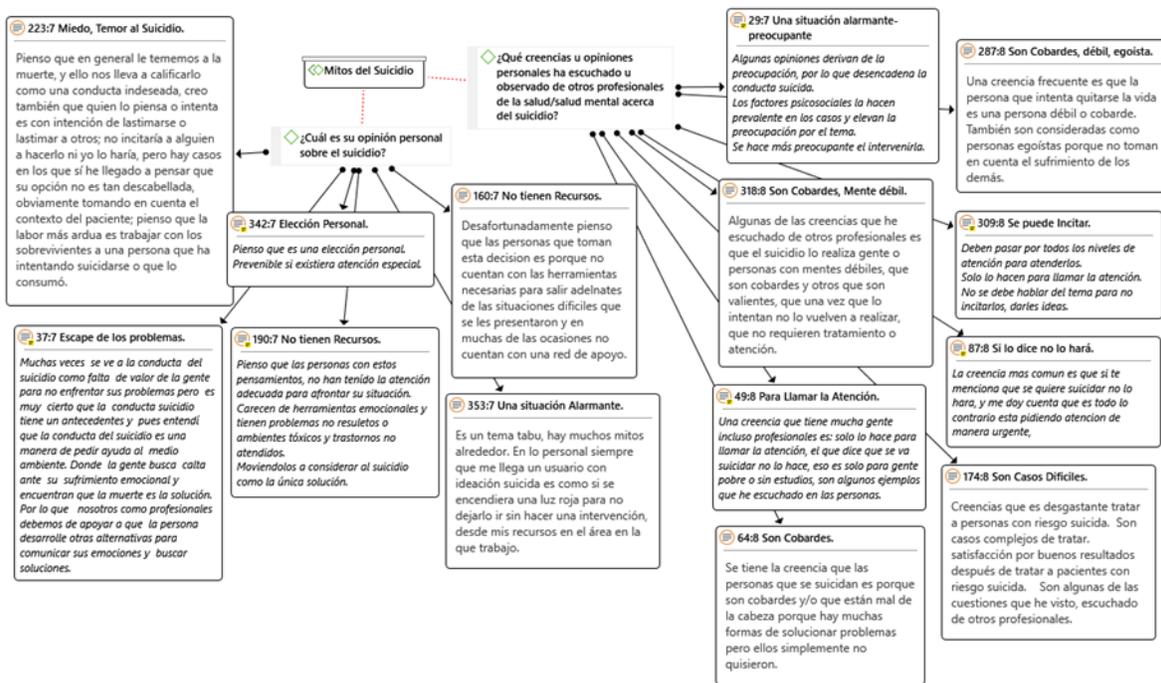


Nota. Elaboración propia, comentarios concurrentes dentro de la categoría de nombre: capacitación especializada.

Para el análisis de la categoría de nombre: mitos del suicidio, se indagó en los términos: estigma, mito, creencia, opinión, enfermedad y atención, para relacionar aquellas respuestas concurrentes cómo se presenta en la Figura 22. Encontrando, comentarios que se vinculan al entendimiento del suicidio cómo algo alarmante, complejo de intervenir, o ligado a creencias religiosas.

Figura 22.

Comentarios concurrentes sobre los mitos del suicidio



Nota. Elaboración propia, comentarios concurrentes dentro de la categoría de nombre: mitos del suicidio.

Tras categorizar las opiniones con la ayuda del sistema de códigos, se recopilaron las palabras clave más representativas para construir un esquema explicativo, divididos desde los grupos de profesionistas consultados como se muestra en la Figura 23, donde las opiniones señalaron puntos desde la falta de protocolos, sensibilidad y capacitación, en conjunto con la presencia de estigmas referentes al abordaje y tratamiento de casos en riesgo.

Figura 23.

Esquema explicativo de las opiniones del personal de salud

	Psicología	Enfermería	Trabajo Social	Medicina (psiquiatría)
Calidad en la atención	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Homogenizar la atención ➤ Poca sensibilidad ➤ Dificultad para empatizar ➤ Alta demanda y poco número de profesionales 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poco personal ➤ Pocas unidades ➤ Equipo multidisciplinario ➤ Acercar servicios de salud mental a zonas vulnerables 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificultad de trabajar en coordinación ➤ Poca importancia a la salud mental ➤ Actividades de información y promoción 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta recursos humanos y económicos ➤ Sin servicio de psicología ➤ Síntomas de alarma ➤ Capacitación y manejo técnico.
Mitos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Un acto de cobardía ➤ Hablarlo puede incitar ➤ Quienes hablan del suicidio en pocas ocasiones lo realizan 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se minimiza como búsqueda de atención ➤ Se niega la atención por lo prolongado del tratamientos ➤ Es un tema tabú 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No se puede prevenir. ➤ Es difícil lograr a poyarlos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Es mejor referir a tercer nivel ➤ La única solución es con medicamentos ➤ Pueden hacerse daño o terminar con su vida durante el tratamiento ➤ Los pacientes siempre niegan, nunca me lo va a decir. ➤ Yo no soy psicólogo para hablar de eso con el paciente.
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sensibilizar al personal de salud ➤ Realizar una labor preventiva ➤ Ampliar los cursos y capacitaciones en este tema 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Protocolos de intervención en crisis ➤ Trabajo interdisciplinario 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitar a directivos jurisdiccionales, estatales o encargados de centro de salud y hospitales 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ampliar la plantilla de profesionales en salud mental ➤ Trabajar en prevención del suicidio a nivel comunitario ➤ Tiempo suficiente para tratar a las personas

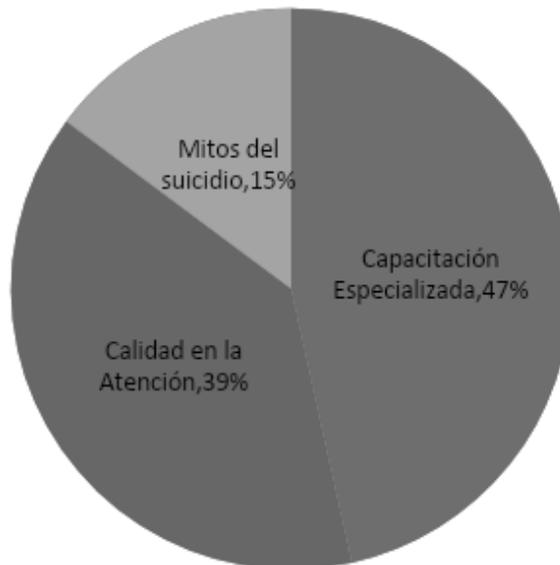
Nota. Elaboración propia distribución de las opiniones representativas respecto a cada grupo de profesionales acorde con los códigos de indagación.

Categoría de Indagación adicional: Propuestas del personal de salud

Tras concluir con la revisión de los 3 códigos de indagación principal, lo siguiente que se encontró fueron las respuestas que mostraban sugerencias para la atención y manejo de casos en riesgo de suicidio tomando en cuenta los desafíos ya percibidos. Representado en la Figura 24, se encontró un 46% de respuestas centradas en la necesidad de capacitación especializada, frente a otro 39% de opiniones relacionadas con brindar una atención de calidad y un 15% restante, centrados en resolver los mitos dentro del personal de salud.

Figura 24.

Distribución de propuestas del personal especializado

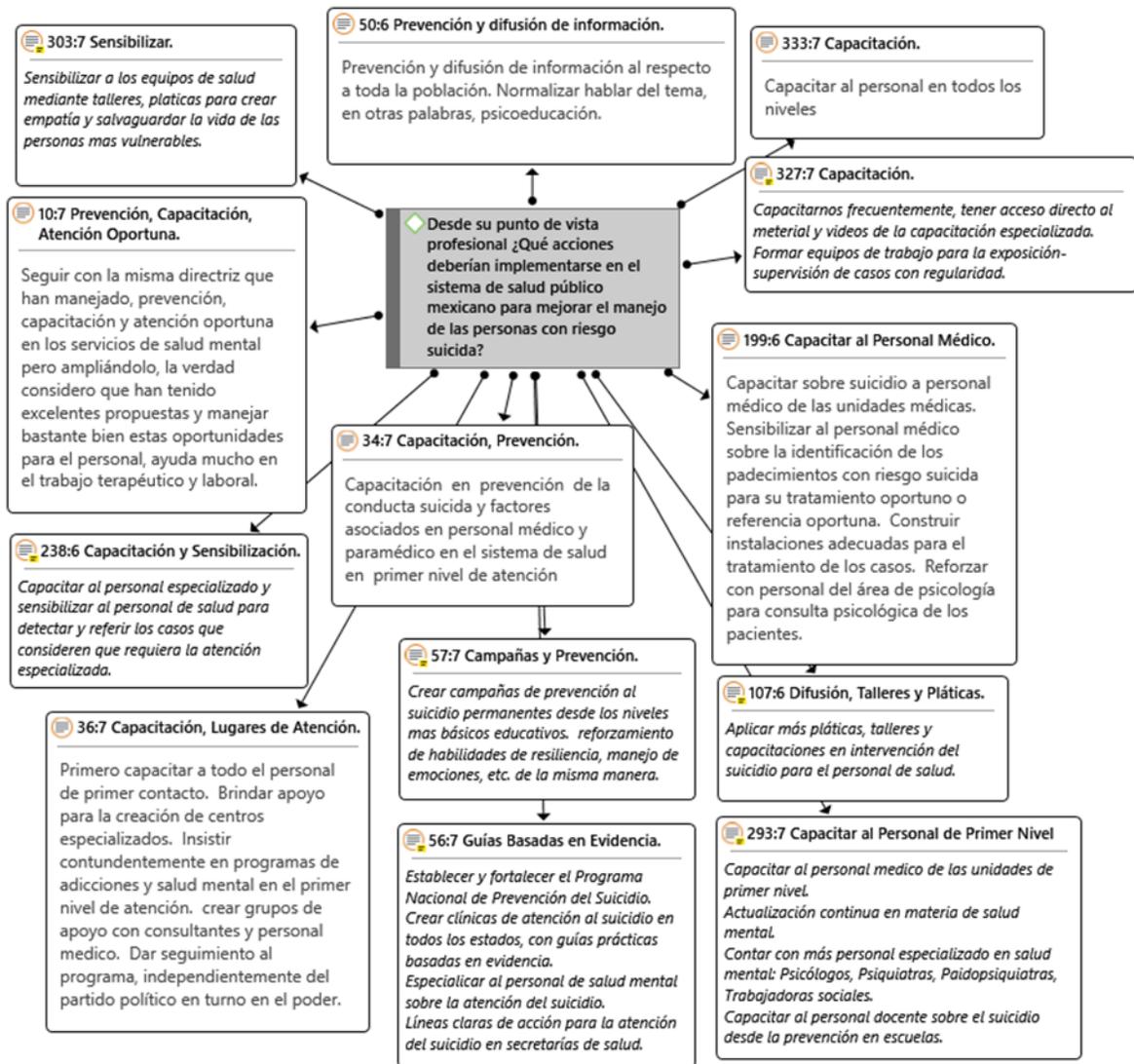


Nota. Elaboración propia, conformación de las propuestas del personal especializado para la atención y manejo de casos en riesgo de suicidio.

De la misma forma que las categorías previas, al recabar y agrupar los datos desde su respectivo sistema de códigos, se analizaron las concurrencias de las respuestas del cuestionario de opinión para explorar las sugerencias del personal de salud, una vez percibidos los desafíos para la atención y manejo de casos en riesgo de suicidio, representado en la Figura 25.

Figura 25.

Comentarios concurrentes sobre las sugerencias del personal de salud



Nota. Elaboración propia, comentarios concurrentes dentro de la categoría de nombre: mitos del suicidio.

Discusión y Conclusiones

Con base en estos resultados, se encontró que los profesionales de la salud perciben dificultades en la atención que van desde la alta demanda frente al poco personal y recursos a disposición, así como el distanciamiento de los servicios de salud mental, continuando con la falta de conocimientos para abordar y tratar el comportamiento suicida, con medios de atención poco sensibles, sin protocolos de intervención y con dificultades para colaborar con otros especialistas.

También se reporta una prevalencia de mitos dentro del propio personal de salud, relacionados con la dificultad para atender dichos casos, con la medicación o referencia psiquiátrica como acción principal, aunado a la resistencia de los pacientes para hablar de la problemática y el tiempo prolongado de tratamiento. Este estudio permitió conocer los desafíos percibidos por el personal de salud tanto especializado como no especializado en salud mental, para la atención y manejo de casos en riesgo de suicidio.

Lo anterior permitió desarrollar un esquema que expone los principales desafíos que enfrenta el personal de salud en la atención de esta problemática, como se muestra en la Figura 16. Que permite el surgimiento de nuevas propuestas, basadas en la experiencia profesional, para atender a estas necesidades. Información crucial si se busca optimizar los procesos de atención e intervención de contar con un seguimiento a mediano y largo plazo.

Las perspectivas planteadas por los profesionales de la salud que participaron en este estudio se relacionan con las posturas de Murayama et al. (2016) sobre la segmentación del sistema de salud mexicano, que en la actualidad representa un desafío importante en cobertura y acceso a la salud. La prevalencia de estigmas y mitos que, acorde con Mascayano et al. (2015), también se presentan en profesionales de la salud.

Respecto a la incidencia de esta problemática en la población mexicana, como lo refieren las cifras del INEGI (2021), muestran la necesidad de robustecer y optimizar los medios y dinámicas de atención actuales para brindar intervenciones efectivas, como las apoyadas por herramientas especializadas como el modelo de Órdenes de Riesgo de Suicidio (Arenas et al., 2023) el marco CAMS del Jobes (2009) o la guía de intervención mhGAP de la OMS (2016); en conjunto con a aquellas centradas en un manejo interno de la prestación de servicios de salud como el sistema de gestión de calidad del programa de la OPS (2019), ya que incide directamente en los procesos de admisión, evaluación, referencia y seguimiento de casos.

Como lo menciona la OPS (2021) los trabajadores de la salud están en posición de detectar a las personas en riesgo, por lo tanto, deben estar capacitados para detectar, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de las personas en riesgo de suicidio. Bajo una atención de seguimiento rápida y sistemática ya que el aislamiento posterior al contacto con los servicios de atención aumenta el riesgo de volver a presentar un comportamiento suicida.

Gracias a que estas perspectivas provienen de la experiencia directa de profesionales de la salud en atención de casos en riesgo de suicidio, surgió un cúmulo de información focalizada que puede integrar un acercamiento preventivo para la atención y manejo de casos en riesgo de suicidio. De acuerdo con Gómez et al (2021) hay una necesidad de establecer una estrategia nacional para la prevención del suicidio, ya que, en México, sus normativas han provocado la aplicación de intervenciones dispersas y sin presupuesto fijo. Son las guías nacionales las que permiten colocar su prevención en la agenda de salud, reflejando el compromiso de las autoridades con la problemática y facilitan la asignación de recursos. Sobre todo, frente a eventos sin precedentes cómo la reciente pandemia por

COVID-19 que aumentó la vulnerabilidad a los problemas de salud mental y del comportamiento suicida, con posibilidad de que estas consecuencias prevalezcan por más tiempo y alcancen su pico más alto después de superarla, un escenario para el que se debe estar preparado y tomar medidas basados en la constante supervisión y colaboración internacional Gunnell et al. (2020).

Ante los desafíos en conjunto con toda la información recabada para esta investigación, se resalta la importancia de adaptar y homologar los instrumentos de evaluación especializada como: el marco clínico CAMS, la guía para trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (mhGAP), así como el Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio para establecer una estrategia de atención efectiva en el primer nivel; con la meta de brindar un diagnóstico oportuno, basado en evidencia y con pautas claras de seguimiento e intervención, que facilite el manejo de casos en riesgo de autolesión/suicidio.

Tomando en cuenta que una nueva herramienta de evaluación no resolverá por sí sola todas las necesidades en la atención de estos casos. Es vital impulsar el apoyo multidisciplinario desde campañas focalizadas en sensibilizar a todos los profesionales respecto a esta problemática, con dinámicas interactivas que traigan conocimiento basado en la experiencia e investigaciones más recientes. Desde un aprendizaje en cascada, es decir, donde el conocimiento provenga del personal con más experiencia en la atención de estos casos, en apertura de brindar una supervisión constante para la evaluación y discusión de los casos atendidos así como su proceso de intervención.

Un trabajo interdisciplinario que podría agilizar los procesos de intervención y referencia si se amplía a nivel institucional, apoyados desde las tecnologías de la información y comunicación como las bases de datos en línea, capaces de compartirse solo a otros profesionales involucrados en la intervención o los medios de atención emergentes como las plataformas de atención a distancia para ampliar el alcance de la atención en salud mental. Son los planes de acción que surgen de la revisión y reflexión de la información obtenida para esta investigación.

Finalmente, el desarrollo de este proyecto de tesis significó un reto desconocido para mí debido a la falta de experiencia y conocimientos específicos en investigación cualitativa, así como incorporar distintas perspectivas metodológicas para acercarme a los objetivos planteados. Sin embargo, fue gracias al constante asesoramiento y aprendizaje de diversas fuentes de experiencia que este desconocimiento se disipó poco a poco, un aspecto fundamental que no sólo enriqueció a este proyecto sino a mi formación profesional.

Referencias

- Alcántara Balderas, M. A., Contreras Colín, A. H., Delgado, M., Díaz, N., Enríquez, J., González, I., Zarco, J. (2012). *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
- Altamirano, Cecilia, Medina, Stefania, & Dines. (2020). *Abordaje de la conducta suicida: el protocolo L-RAMP*. Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología (pp. 9-12). Buenos Aires: memorias.
- Altavilla, D. (20 de 10 de 2017). *El suicidio como evento de alta disruptividad para allegados: derivaciones y metabolización*. Tesis doctoral. Buenos Aires, Argentina: Universidad del Salvador.
- Amador, R. G. (2015). *Suicidio: consideraciones históricas*. Revista Médica La Paz, (pp. 92-98).
- Arenas-Landgrave, P., Hermosillo-de-la-Torre, A. E., Vázquez-García, A., Reyes- Ortega, M. A., Arenas-Castañeda, P. E., Tejadilla-Orozco, D. I., Espinoza-Méndez, P., Molina-López, A., Molina-Pizarro, C. A. & Malo, H. M. (2023). Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio: articulando los servicios de salud en México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 5(2023), 1-12.
- Becerra Partida, O. F. (2014). *La salud mental en México, una perspectiva histórica, jurídica y Bioética: Persona y bioética*, (pp. 238-253).
- Benítez Camacho, É. (2021). *Suicidio: el impacto del Covid-19 en la salud mental*. Medicina y Ética, (pp. 15-39).

Cámara de Diputados. (2022). *Ley General de Salud*. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación.

Cámara de Diputados. (16 de 5 de 2022). *www.diputados.gob.mx*. Recuperado el 18 de 7 de 2021, de Ley General De Salud:

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

Cámara de Diputados. (18 de 11 de 2022). *www.diputados.gob.mx*. Recuperado el 8 de 5 de 2021, de Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en:

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

Cámara de Diputados. (9 de 11 de 2019). *www5.diputados.gob.mx*. Recuperado el 21 de 10 de 2021, de comunicación social decreto que crea el Insabi y desaparece el Seguro

Popular de: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2019/Noviembre/29/3808-Publica-DOF-decreto-que-crea-el-Insabi-y-desaparece-el-Seguro-Popular>

Charmaz, K. (2008). *Constructionism and the Grounded Theory Method*. Handbook of Construction Research, (pp. 397-412).

Chávez Hernández, A. M., & Leenaars, A. A. (2010). *Edwin S Shneidman y la suicidología moderna*. Salud Mental, (pp. 355-360).

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (14 de Junio de 2022). Posicionamiento de la CNDH ante la reciente reforma a la Ley General de Salud en Materia de Salud Mental y Adicciones. CNDH obtenido de:

https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2022-06/PRONUNCIAMIENTO_2022_037.pdf

Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (14 de Abril de 2022). La Modificación a la Ley General de Salud en Materia de Salud Mental y Adicciones.

CDHCM obtenido de: <https://cdhcm.org.mx/2022/04/la-modificacion-a-la-ley-general-de-salud-en-materia-de-salud-mental-y-prevencion-de-adicciones-contribuye-a-respetar-el-derecho-a-ejercer-la-capacidad-juridica-de-las-personas-sin-discriminacion/>

Cordera, R., Anguiano, E., Buirra, A., Carabias, J., Cárdenas, C., Casar, J., del Va, E. (2020). *Cambiar el rumbo: el desarrollo tras la pandemia*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Cross, W. F., West, J. C., Pisani, A. R., Crean, H. F., Nielsen, J. L., Kay, A. H., & Caine, E. D. (2019). *A randomized controlled trial of suicide prevention training for primary care providers: a study protocol*. BMC Medical Education, (pp. 19-58).

Cuéllar López, J., Romano Torres, M., Montero Ramirez, M., Barajas Torres, V. L., Castellanos Hernández, I., & Rosas López, S. I. (2015). *Actitudes hacia la enfermedad mental*: Universidad Latinoamericana, (pp. 1-17).

Echeburúa, E. (2015). *Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica*. Terapia psicológica, (pp. 117-126).

El Colegio Nacional. (12 de 14 de 2021). *Colnal.mx/noticias*. Recuperado el 20 de 1 de 2022, de Lo que se ha aprendido con la pandemia es que el impacto en el bienestar y en la salud mental ha evolucionado: María Elena Medina-Mora: <https://colnal.mx/noticias/lo-que-se-ha-aprendido-con-la-pandemia-es-que-el-impacto-en-el-bienestar-y-en-la-salud-mental-ha-evolucionado-maria-elena-medina-mora/>

Galicia Alarcón, L. A., Balderrama Trápaga, J. A., & Navarro, R. E. (2017). *Validez de contenido por juicio de expertos propuestas de una herramienta virtual*. Apertura, (pp. 42-53).

- García Haro, J., García Pascual, H., González González, M., Barrio Martínez, S., & García Pascua, R. (2020). *Suicidio y trastorno mental: Papeles del Psicólogo*, (pp. 35-42).
- Gasteiz, V. (2019). *Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi*. País Vasco: Osakidetza.
- Gayou, Á. (2003). *¿Cómo hacer investigación cualitativa?* Ecuador: Paidós.
- Ghahramanlou Holloway, M. (s.f.). An Introduction to the Suicide Mode. Obtenido de: <https://beckinstitute.org/blog/an-introduction-to-the-suicide-mode/>
- Gómez García, L., Arenas Monreal, L., Valdez Santiago, R., Rojas Russel, M., Astudillo García, C. I., & Agudelo Botero, M. (2021). *Barreras para la atención de las conductas suicidas en Ciudad de México: experiencias del personal de salud en el primer nivel de atención*. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, (pp. 346-540).
- Gómez Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). *Sistema de salud de México*. Secretaría de Salud Pública México, (pp. 220-2032).
- Granados Villanueva, L. G., & Leonel, A. A. (2015). *Principales causas de por qué la población mexicana procrastina en su salud*. *Revista de Enfermería Neurológica (REN)*, (pp. 159-168).
- Gobierno de México. (1 de 11 de 2017). *www.gob.mx/salud/prensa*. Recuperado el 3 de 5 de 2020, de 437. Se identifican genes relacionados con el suicidio: <https://www.gob.mx/salud/prensa/437-se-identifican-genes-relacionados-con-el-suicidio>
- Gobierno de México. (23 de 11 de 2017). *Atención a Conducta Suicida*. Obtenido de: <https://www.gob.mx/salud/sap/documentos/guia-practica-para-la-atencion-del-paciente-con-conducta-suicida-en-hospitales-generales>

Gobierno de México. (10 de 1 de 2021). <http://www.ordenjuridico.gob.mx/>. Recuperado el 10 de 6 de 2021, de Iniciativas de ley y de reforma de ley presentadas por el ejecutivo federal ante el: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/leyes.php>

Gobierno De México. (9 de 10 de 2021). www.gob.mx/articulos/suicidio-infantil-y-adolescente. Recuperado el 15 de 10 de 2021, de Suicidio infantil y adolescente: factores de riesgo y factores protectores en:

<https://www.gob.mx/sipinna/articulos/suicidio-infantil-y-adolescente-factores-de-riesgo-y-factores-protectores>

Guerrero Díaz, M. (2019). *Reflexiones sobre el suicidio desde la mirada histórica.: Psicoevidencias*, (pp. 2254-4046).

Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Pirkis, J. (2020). *Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic*. *Lancet Psychiatry*, (pp. 468-471).

Gutiérrez García, A. G., Contreras, C. M., & Orozco Rodríguez, R. C. (2006). *El suicidio, conceptos actuales*. *Salud Mental*, (pp. 66-74).

Gutiérrez, J. P., Heredia, I., Hernández-Serrato, M. I., Pelcastre Villafuerte, B. E., Torres Pereda, P., & Reyes Morales, H. (2019). *Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud*. *Salud Pública de México*, (pp. 726-733).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (10 de 10 de 2019). www.inegi.org.mx. Recuperado el 8 de 06 de 2020, de:

<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019Nal.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Características de las defunciones registradas en México durante 2020*. Ciudad de México: comunicación social INEGI.

Instituto Nacional de Salud Pública. (10 de 2 de 2021). *www.insp.mx*. Recuperado el 10 de 5 de 2021, de Síntesis sobre políticas de salud. Propuestas basadas en evidencia: <https://www.insp.mx/novedades-editoriales/sintesis-sobre-politicas-de-salud-propuestas-basadas-en-evidencia>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (29 de 07 de 2021). *www.inegi.org.mx*.
Obtenido de:
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pre_07.pdf

Jobes, D. A. (2009). *The CAMS approach to suicide risk: SUICIDOLOGI*, (pp. 3-7).

Jobes, D. A., Colborn, V., & Gregorian, M. (2018). *A Stepped Care Approach to Clinical Suicide Prevention*. Psychological Services, (pp. 243-250).

Kelly, G.A. (1961). *Theory in therapy in suicide: the personal construct point of view*. En Ortega González, M. (2018). México: Qartuppi, S. de R.L. de C.V.

Knaul, F. M., González Pier, E., Gómez Dantés, O., García Junco, D., Arreola Ornelas, H., Barraza Lloréns, M., Frenk, J. (2013). *Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México*. Salud Pública de México, (pp. 207-235).

López Steinmetz, L. C. (2020). Acerca del vocablo suicidio: preexistencia del acto humano de darse muerte respecto de la posibilidad de su nominación. *Boletín de la Filología*, (pp. 461-470).

Mascayano Tapia, F., Lips Castro, W., Mena Poblete, C., & Manchego Soza, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: *Salud Mental*, (pp. 53-58).

- Morfín López, T., Camacho Gutiérrez, E., Echeveste, B., Gómez, N., Ibarra López, A., Moreno López, S., Vázquez Isaac, X. (2016). *Prevención del Suicidio un imperativo social*. Guadalajara: CONACYT.
- Mosquera Barral, D. (2008). *La autolesión el lenguaje del dolor*. España: Pléyades.
- Murayama, C., Ruesga, S., Martínez Soria, J., Solas, O., Morales, P., Sauma, P., da Silva, J. (2016). *Hacia un sistema nacional*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Organización Mundial de la Salud. (11 de 9 de 2020). *Calidad de la atención*. Obtenido de www.who.int/es/health-topics en: <https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care>.
- Organización Mundial de la Salud (O.M.S). (14 de 5 de 2016). *iris.PAHO*. Recuperado el 20 de 6 de 2020, de mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP), version 2.0 en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la organización mundial de la salud*. 51 Asamblea Mundial de la Salud (pp. 1-18). Ginebra: Documentos básicos.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *MhGAP Programa de acción para superar las brechas en salud mental mejora y aplicación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. Ginebra: biblioteca de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (7 de 10 de 2010). *www.who.int*. Recuperado el 11 de 10 de 2021, de cerrar la brecha de salud mental: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/closing-the-mental-health-gap>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: Biblioteca de la OMS.

Organización Mundial de la Salud. (3 de 12 de 2017). *www.ccomsuam.org*. recuperado el 22 de 11 de 2021, de implementación del programa mhGAP para superar las brechas en salud mental en México y Perú:

<https://www.ccomsuam.org/proyectos/formacion/implementacion-del-programa-mhgap-para-superar-las-brechas-en-salud-mental-en-mexico-y-peru/>

Organización Mundial de la Salud. (9 de 12 de 2017). *www.who.int/human-rights-and-health*. Recuperado el 20 de 3 de 2021, de Salud y derechos humanos en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

Organización Mundial de la Salud. (06 de 17 de 2021). *www.who.int/es/news-room*.

Recuperado el 3 de 6 de 2021, de Suicidio: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Panamericana de la Salud. (27 de 10 de 2015). *www3.paho.org*. recuperado el 9 de 10 de 2021, de La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible obtenido de:

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13355:agenda-2030-sustainable-development&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

Organización Panamericana de la Salud. (10 de 9 de 2021). *paho.org*. recuperado el 23 de 3 de 21, de prevención del suicidio: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio#:~:text=Alrededor%20del%2079%25%20de%20los,24%20a%C3%B1os%20en%20las%20Am%C3%A9ricas>.

Organización Panamericana de la Salud. (01 de 01 de 2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. (O. M. Salud, Ed.) Recuperado el 17 de 4 de 2021, de *www.iris.paho.org*: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>

- Organización Panamericana de la Salud. (9 de 9 de 2016). *www.iris.paho.org*. Recuperado el 10 de 3 de 2021, de Prevención de la conducta suicida obtenido de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31167>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Proyecto para superar las brechas de atención en salud mental mediante la implementación de la guía mhGAP en México*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Organización Panamericana de la Salud. (9 de 10 de 2019). *www.paho.org*. Recuperado el 13 de 11 de 2021, de México: Grandes avances en la implementación del programa mhGAP obtenido de: <https://www.paho.org/es/mexico-grandes-avances-implementacion-programa-mhgap>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las américas una renovación para el siglo XXI Marco conceptual y descripción*. Washington D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Manual operativo del mhGAP: programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP)*. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Vivir la vida guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*. Washington D.C.: OMS.
- Orozco, P., & Mercado, M. (2020). Importancia de la formación del profesional de. *Revista Iberoamericana de Ciencias*, (pp. 83-88).
- Ortega González, M. (2018). *COMPORTAMIENTO SUICIDA Reflexiones críticas para su estudio desde un sistema psicológico*. Hermosillo, Sonora 83220 México: Qartuppi.
- Palacios Rodríguez, O. A. (2021). La teoría fundamentada: origen, supuestos y perspectivas. *El Colegio de Jalisco*, (pp. 47-70).

- Pérez Barrero, S. A. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, (pp. 386-394).
- Pistorello, J., Jobes, D. A., Gallop, R., Compton, S. N., Locey, N. S., Au, J. S., Jeffcoat, T. (2020). A Randomized Controlled Trial of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) Versis Treatment as Usual (TAU) for Suicidal College Students. *Archives of Suicide Research* , (pp. 1-25).
- Renteria Rodriguez, M. E. (2018). *Salud mental en México*. Oficina de Información Científica y tecnológica para el Congreso de la unión (INCyTU), (pp. 1-6).
- Reyes Perea, E. F., & Rizo Amézquita, J. N. (14 de 10 de 2016). www.conamed.gob.mx/pdf/boletin14. (O. M. Salud, Ed.) Recuperado el 19 de 9 de 2021, de Seguridad del paciente y prevención del suicidio obtenido de: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin14/seguridad_paciente.pdf
- Rodríguez Ruiz, O. (2005). La triangulación como estrategia de investigación en Ciencias Sociales. *Revista de Investigación en Gestión de Innovación y Tecnología*, (pp. 1-10).
- Ruiz Pérez, L. C., Viesca T., C., Martínez Cortés, F., Fajado Ortiz, G., Castañeda, C., Galindo Suarez, A., Sánchez Rosales, G. (16 de 2 de 2017). www.juridicas.unam.mx. Recuperado el 10 de 5 de 2021, de Antecedentes y Evolución de la Salubridad Pública en el México Independiente obtenido de: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/11/5276/4.pdf>
- Sánchez Molina, S. M. (2019). El suicidio: una realidad desconocida. *La Razón Histórica*, (pp. 131-139)

Secretaría de Gobernación. (17 de 08 de 2020). *www.dof.gob.mx*. Recuperado el 2021 de 3 de 22, de Programa Sectorial de Salud 2020-2024 recuperado de: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020

Secretaria de Salud. (5 de 8 de 2016). *salud.cdmx.gob.mx*. Recuperado el 22 de 3 de 2021, de: <https://www.salud.cdmx.gob.mx/secretaria/historia>

Secretaría de Salud. (11 de 12 de 2021). *Convocatoria a Curso de Especialización en Identificación, Valoración e Intervención del Comportamiento Suicida*. Recuperado el 10 de 2 de 2022, de:

<https://www.gob.mx/salud/documentos/convocatoria-a-curso-de-especializacion-en-identificacion-valoracion-e-intervencion-del-comportamiento-suicida>

Sisask, M., Kõlves, K., & Värnik, A. (2009). Severity of Attempted Suicide as Measured by the Pierce Suicidal Intent Scale. *Crisis The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, (pp.136-143)

Velasco Arboleda, J. (2022). *Aproximación a los recursos recreativos de la protesta durante el estallido social en Cali*. Educación ciudadana, (pp. 29-46).

Wences, L. (4 de 5 de 2018). *gaceta.facmed.unam.mx*. Recuperado el 11 de 11 de 2021, de Buscan introducir la guía de intervención mhGAP en asignaturas: <https://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2018/05/04/buscan-introducir-la-guia-de-intervencion-mhgap-en-asignaturas/>

Anexo 1

Cuestionario de opinión dirigido a personal de salud sobre los desafíos percibidos en el sistema de salud para la atención y manejo de casos en riesgo de suicidio. El objetivo de esta actividad es explorar la opinión del personal en salud y salud mental, en relación con la atención que reciben las personas en riesgo de suicidio desde el sistema de salud mexicano desde su experiencia profesional.

Manejo y uso de la información. Tengo conocimiento de que la información proporcionada es confidencial y para uso exclusivo de los coordinadores del curso. Y se va a emplear para fines de mejora en la atención de los servicios de salud/salud mental y para divulgación académica o científica.

Profesión. A) Enfermera/o B) Trabajador/a Social C) Médico D) Psicólogo(a) E) Médico Psiquiatra F) Otro (especificar): _____.

Tiempo de experiencia profesional en el ámbito de la salud y/o salud mental _____.

A lo largo de su experiencia profesional ¿ha atendido directamente a alguna persona en riesgo de suicidio? Sí / No Si respondió que sí ¿cuántas veces aproximadamente? _____

¿Cuál es la principal problemática de salud mental asociada al riesgo de suicidio en las personas que ha atendido? _____

Instrucciones: Le pedimos que lea con atención las siguientes preguntas y responda describiendo de acuerdo con su opinión personal o su experiencia profesional, según sea el caso. Por favor sea claro(a) y puntual en sus respuestas.

1. ¿Cuál es su opinión sobre la prestación de servicios de salud mental en relación con la prevención del suicidio dentro del sistema de salud mexicano?

2. ¿Cuál es su opinión personal sobre el suicidio?

3. ¿Qué creencias u opiniones personales ha escuchado u observado de otros profesionales de la salud/salud mental acerca del suicidio?

4. Desde su experiencia profesional ¿Cuáles considera que son las principales dificultades para la atención de personas en riesgo de suicidio dentro del sistema de salud mexicano?

5. ¿Cuál es su opinión sobre el manejo que se hace de las personas en riesgo de suicidio dentro del sistema de salud mexicano?

6. ¿Considera que las creencias u opiniones personales obstaculizan el manejo de casos en riesgo de suicidio dentro del sistema de salud? Si/No. ¿Por qué? 7. En la actualidad ¿Considera que se cuenta con el suficiente personal capacitado o especializado para la atención de personas en riesgo de suicidio dentro del sistema de salud mexicano? Si /No ¿Por qué?

Si su respuesta fue No. Desde su experiencia, ¿qué haría falta para ampliar y fortalecer la capacitación de este sector?

8. Antes de tomar este curso ¿conocía o estaba familiarizado con algún protocolo de manejo para casos en riesgo de suicidio? Si/No.

Si su respuesta fue Sí:

a. ¿Cuál?

b. Describa brevemente su experiencia al aplicarlo.

9. Desde su punto de vista profesional ¿qué acciones deberían implementarse en el sistema de salud público mexicano para mejorar el manejo de las personas con riesgo suicida?