

Diagnóstico de la Mortalidad Autoinfligida en el Estado de Puebla

Acciones para su atención



De: Dr. Quetzalcóatl Hernández Cervantes
Para: A quien corresponda



Gobierno de Puebla
Hacer historia. Hacer futuro.



**Secretaría
de Educación**

CONCYTEP
Consejo de Ciencia
y Tecnología del Estado
de Puebla

Diagnóstico de la Mortalidad Autoinfligida en el Estado de Puebla

Acciones para su atención

Las argumentaciones vertidas en este documento
son responsabilidad única de las y los autores

Diagnóstico de la Mortalidad Autoinfligida en el Estado de Puebla Acciones para su atención

Dr. Quetzalcóatl Hernández Cervantes



Gobierno de Puebla
Hacer historia. Hacer futuro.



**Secretaría
de Educación**

CONCYTEP
Consejo de Ciencia
y Tecnología del Estado
de Puebla

Miguel Barbosa Huerta

GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE PUEBLA

María del Rosario Orozco Caballero

PRESIDENTA DEL SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA

Ana Lucía Hill Mayoral

SECRETARIA DE GOBERNACIÓN DEL ESTADO DE PUEBLA

Melitón Lozano Pérez

SECRETARIO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE PUEBLA

Sergio Salomón Céspedes Peregrina

PRESIDENTE DE LA JUNTA DE GOBIERNO Y
COORDINACIÓN POLÍTICA H. CONGRESO DEL ESTADO
LIBRE Y SOBERANO DE PUEBLA

Héctor Sánchez Sánchez

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DEL
ESTADO DE PUEBLA

Victoriano Gabriel Covarrubias Salvatori

DIRECTOR GENERAL DEL CONSEJO DE CIENCIA Y
TECNOLOGÍA DEL ESTADO DE PUEBLA

Luis Gerardo Aguirre Rodríguez

DISEÑO EDITORIAL Y DE PORTADA

Diego Rodrigo Franco Ambríz

CORRECTOR DE ESTILO

México, 2022.

Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado
de Puebla (CONCYTEP) Privada B Poniente
de la 16 de Septiembre. 4511, Col. Huexotitla,
72534. Puebla, Pue.

ISBN: 978-607-8839-31-5

La información contenida en este documento puede ser reproducida total o parcialmente por cualquier medio, indicando los créditos y las fuentes de origen respectivas. Las opiniones expresadas en ésta reflejan el punto de vista de los investigadores y no los de la institución.

Tabla de contenido

Presentación	1
Descripción del proyecto.....	3
I. Modelo salubrista para el fenómeno suicida: prevención, intervención, postvención.....	7
II. Perfil de morbi-mortalidad en el Estado de Puebla.....	16
III. Panorama epidemiológico de las lesiones autoinfligidas en la entidad	22
IV. Factores de riesgo y protección como áreas de oportunidad en el diseño de políticas públicas.....	29
V. Acciones, estrategias y políticas públicas.....	39
Referencias.....	54
Anexo A. Figuras y tablas del panorama epidemiológico de la conducta suicida en el Estado de Puebla.....	57
Anexo B. Modelo y estrategias de prevención del suicidio adolescente de la CDC	60



Presentación

El suicidio es considerado un problema de salud pública y constituye una tragedia tanto para las familias donde ocurre como para la sociedad. Siendo prevenible, los esfuerzos tendrían que estar dirigidos a identificar personas en riesgo y a mejorar la salud emocional de la población, como lo establece el Programa de acción para superar la brecha en salud mental de la OMS (2008). Según el INEGI (2019), la tasa estandarizada de muertes por suicidio fue de 5.2 en el país, situándose Puebla por debajo con una tasa de 4.7 pero con un notable incremento en varones menores a 25 años desde las últimas dos décadas. La mortalidad por suicidio en el país se coloca entre las primeras diez causas en la población mexicana, afectando principalmente el segmento entre los 15 y 24 años, y colocándose entre las primeras cinco causas de muertes violentas (entre accidentes, agresiones, homicidios).

La suicidología es la rama científica que aborda el estudio del fenómeno suicida, desde un marco de la salud mental pública. En este paradigma, se encuentran la epidemiología, la demografía y la evidencia científica en torno a su carácter multifactorial, socioculturalmente determinado, y en estrecha relación con los sistemas de salud de cada localidad o región. El diagnóstico situacional mediante el estudio de caso, desde la salud mental pública y la suicidología, permite a los tomadores de decisiones tener un panorama actual y vigente sobre el problema, con la expectativa de una política poblacional que permita atender el complejo problema con acciones multinivel en tres dimensiones: la prevención, la intervención o tratamiento, y la postvención.

Dentro del primer nivel de la política pública, el más importante, están acciones como la detección oportuna en la comunidad y la capacitación al personal de primer nivel de atención. En el segundo nivel de la política pública -la intervención-, se ubican acciones contundentes como la intervención en crisis o los primeros auxilios psicológicos, al igual que la regulación de la prestación de servicios psicológicos especializados al riesgo suicida. Finalmente, dentro de la postvención, ubicamos acciones como la prevención del suicidio por contagio en comunidades educativas o escenarios comunitarios y el papel de los medios de comunicación para disminuir el estigma, además de los lineamientos para un reporte bioético de tal tipo de muertes violentas.

La pertinencia de un diagnóstico situacional para el Estado de Puebla está en una coyuntura única para desarrollar una política pública de prevención del suicidio que aspire a coherentemente responder a las particularidades de la

entidad, desde lo epidemiológico hasta lo sociocultural. Esta coyuntura involucra a la iniciativa nacional de prevención del suicidio, que en los siguientes años estará pautando las acciones regionales o estatales, y a la Asociación Mexicana de Suicidología, con sede en la IBERO Puebla, como la principal asociación civil que, con el más alto rigor científico y profesional, desde 2006 ha acompañado a diferentes entidades gubernamentales en la República en materia de capacitación y consultoría. Dentro de las propuestas a cinco y diez años, es posible no solo la alineación a la naciente política nacional en prevención del suicidio, sino que Puebla pueda ser el primer Estado de la República en incorporar la evidencia científica que la suicidología crítica ha señalado como la mejor respuesta para verdaderamente incidir sobre el problema con un carácter social y comunitario.

En este sentido, este informe técnico-científico se integrará de forma concisa la información pertinente para los tomadores de decisiones, donde se integren las distintas disciplinas, en un enfoque multisectorial y con una mirada crítica al modelo biomédico, para no repetir acciones inefectivas o duplicar esfuerzos, y bajo el seguimiento de lo que la Organización Mundial de la Salud claramente ha definido para todos los Estados miembros en sus lineamientos de acción desde 2014: la prevención del suicidio como un imperativo global.

Descripción del proyecto

PROBLEMA

El principal problema por atender es la ausencia de una estrategia estatal para la prevención del suicidio basada en los lineamientos que la OMS (2014) ha dispuesto para todos sus Estados miembros. Este informe técnico científico incluirá los elementos de lo que acontece en la entidad, al igual que los elementos basados en el perfil poblano para el desarrollo de una política pública multisectorial y multidisciplinaria, basada en la suicidología -como rama de la salud mental pública- y la epidemiología de las lesiones autoinfligidas de la región como en el país. Este problema aqueja a todo México desde hace décadas; apenas en 2020 se gestó el proyecto para la primera iniciativa nacional de prevención del suicidio, pero con algunos déficits como la no representatividad de las asociaciones civiles o de las organizaciones profesionales dedicadas a la investigación o trabajo aplicado en prevención, entre otras omisiones respecto a las recomendaciones de la OMS y otros organismos internacionales. En este sentido, la expectativa es inicialmente cubrir este vacío y estas carencias con una propuesta a corto y mediano plazo que le permita a Puebla ser pionera en una política pública basada en la mejor evidencia científica, para el mayor beneficio poblacional.

OBJETIVO

Realizar el diagnóstico situacional sobre mortalidad por suicidio en el Estado de Puebla para generar acciones de atención y políticas públicas.

ALCANCES

Los alcances del proyecto son de tipo descriptivo para la toma de decisiones por parte de las entidades encargadas del desarrollo e implementación de las acciones o estrategia estatal para la prevención del suicidio. Enmarcada en el modelo de salud mental pública, el diagnóstico situacional sobre suicidio en Puebla permitirá identificar el panorama epidemiológico, el perfil sociodemográfico de riesgo, así como los elementos basados en la promoción y educación para la salud para acciones en tres niveles diferenciados de la suicidología: prevención, intervención y postvención.

A cargo del Dr. Quetzalcóatl Hernández Cervantes¹, psicólogo certificado, doctor en psicología y salud por la UNAM, académico de tiempo completo en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Iberoamericana Puebla, y actual presidente de la Asociación Mexicana de Suicidología, A.C.

MÉTODO

La propuesta metodológica es un estudio de caso documental desde la salud pública y la suicidología. Se proponen siete etapas para la integración del diagnóstico basado en la evidencia epidemiológica: (1) revisión de la literatura científica para el modelo salubrista del suicidio aplicable en Puebla; (2) revisión de la literatura epidemiológica para contrastar la mortalidad por suicidio en la entidad con el país; (3) revisión de los indicadores de INEGI para identificar el perfil de riesgo en Puebla y contrastar con el perfil en el país; (4) revisión de la literatura científica para integrar factores de riesgo y protección, tanto de forma global como para la población mexicana; (5) revisión de la literatura científica para la integración de los modelos de riesgo y protección para la conducta suicida; (6) revisión de la literatura para integrar acciones y elementos para el desarrollo de la política pública pertinente; y (7) la revisión, edición e integración del informe. Esta investigación documental se hará en bases de datos INEGI, SS y OMS/OPS para los modelos salubristas, y en EBSCO y Medline para la parte de antecedentes. Se seguirá el manual de estilo de la Asociación Americana de Psicología APA, como parte del estándar global para reportes técnicos de investigación documental.

BENEFICIO

El principal beneficio es de tipo psicosocial para el Estado de Puebla, ya que será un primer paso basado en la evidencia científica y epidemiológica hacia una estrategia multisectorial y multidisciplinar de la prevención del suicidio, que sistemáticamente va en aumento, particularmente entre la juventud poblana menor de 25 años. La relación costo/beneficio de la propuesta para este primer informe técnico científico es de bajo costo y un alto beneficio en relación con la formulación de una política pública que verdaderamente aspire a incidir en este complejo problema multifactorial. Cabe reiterar que sería la primera acción para los tomadores de decisiones en la coyuntura con la iniciativa nacional para la prevención del suicidio, recién formulada en la rama legislativa apenas en 2020.

1 Correspondencia: quetzalcoatl.hernandez@iberopuebla.mx; perfil en [ResearchGate](#) y [Google Scholar](#).

Proponemos tres indicadores para la evaluación de la propuesta como punto de partida dentro de una estrategia estatal. De entrada, un indicador de impacto económico: este informe supone una fracción de lo que corresponde a los servicios de consultoría de agencias independientes internacionales sobre el problema para los tomadores de decisiones. Segundo, un indicador de impacto profesional, ya que será un informe técnico que permita a los profesionistas de los distintos ámbitos involucrados (Psicología, Medicina, Trabajo social, Criminalística o Forense, entre otras), así como a los tomadores de decisiones de las entidades gubernamentales -Secretaría de Seguridad Pública, por ejemplo- que puedan coordinar las acciones de atención, prevención y postvención. Finalmente, un tercer indicador de impacto social que deriva, fundamentalmente, en comunicar a la población que se está partiendo de la mejor evidencia científica y de una mirada crítica del problema para poder aspirar a incidir sobre la mortalidad por suicidio en la entidad.

PRODUCTOS

El presente informe técnico, sobre del cual se pueden desarrollar otros elementos documentales o de investigación psicosocial en conjunto con la(s) autoridad(es) designada(s) para el desarrollo de la estrategia estatal de prevención del suicidio, o bien, del conjunto de acciones preventivas, de intervención o de postvención.

I. Modelo salubrista para el fenómeno suicida: prevención, intervención, postvención

En 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el documento: *Prevención del suicidio, un imperativo global*, el cual contenía pautas internacionales para la implementación de estrategias para el abordaje adecuado del fenómeno del suicidio, basadas en evidencia científica con la perspectiva de la suicidología, que incluye principalmente aspectos sociológicos, políticos y de salud pública; se tenía la visión de lograr la promoción del desarrollo de planes nacionales para la prevención del suicidio en miras de reducir un 10 % (< 800,000 muertes anuales por suicidio) al 2020. En la Tabla 1 se muestran las recomendaciones de acción a desarrollar según la etapa de actividades en curso para la prevención del suicidio, las cuales en el Estado de Puebla pueden servir como pauta para consolidar una estrategia estatal apegada a protocolos basados en la evidencia científica.

Tabla 1.

Acciones estratégicas propuestas para la prevención del suicidio, clasificadas según los niveles de ejecución actual (OMS, 2014).

Áreas de acción estratégica	Principales interesados directos	Ninguna actividad (no hay prevención del suicidio a nivel nacional ni local)	Alguna actividad (ha iniciado alguna prevención del suicidio en áreas prioritarias a nivel nacional o local)	Hay una estrategia nacional de prevención del suicidio
Hacer participar a los principales interesados directos.	Secretaría de Salud u otro organismo de salud como coordinador.	Identificar y hacer participar a los principales interesados directos en las prioridades del país, o donde ya existan actividades.	Identificar y hacer participar a los principales interesados directos de todos los sectores en las actividades de prevención del suicidio. Asignar encomiendas o responsabilidades.	Evaluar en forma sistemática las funciones, responsabilidades y actividades de los principales interesados directos. Usar los resultados para ampliar la participación sectorial y aumentar la de los interesados directos.

Áreas de acción estratégica	Principales interesados directos	Ninguna actividad (no hay prevención del suicidio a nivel nacional ni local)	Alguna actividad (ha iniciado alguna prevención del suicidio en áreas prioritarias a nivel nacional o local)	Hay una estrategia nacional de prevención del suicidio
Reducir el acceso a los medios utilizables para suicidarse.	Sistema judicial, instancias normativas, sectores de seguridad pública y el transporte, por ejemplo.	Comenzar a reducir, mediante intervenciones en las comunidades, el acceso a los medios utilizables para suicidarse.	Coordinar y ampliar las actividades existentes para reducir el acceso a los medios utilizables para suicidarse (incluidas leyes, normas y procedimientos a nivel nacional).	Evaluar los esfuerzos desplegados para reducir el acceso a los medios utilizables para suicidarse. Utilizar los resultados de la evaluación para realizar mejoras.
Llevar a cabo la vigilancia y mejorar la calidad de los datos.	Secretaría de Salud, INEGI, los demás interesados directos, y particularmente los sistemas de salud formales e informales, recopilarán datos.	Empezar la vigilancia, priorizando los datos sobre mortalidad, con información sobre la edad, el sexo y los métodos de suicidio. Comenzar a identificar localidades representativas para establecer modelos.	Implementar un sistema de vigilancia del suicidio y de los intentos de suicidio a nivel nacional (con un desglose adicional) y velar por que los datos sean confiables y válidos y estén públicamente disponibles. Establecer modelos viables de datos que sean eficaces y puedan ampliarse a mayor escala.	Vigilar oportunamente los principales atributos como la calidad, la representatividad, la regularidad, la utilidad y los costos del sistema de vigilancia. Utilizar los resultados para mejorar el sistema. Ampliar los modelos eficaces para tener una cobertura integral de datos fidedignos.
Concientizar.	Todos los sectores, encabezados por la Secretaría de Salud y los medios de difusión.	Organizar actividades para concientizar acerca de que los suicidios son prevenibles. Velar por que los mensajes lleguen a algunas de las regiones o poblaciones previstas utilizando al menos un canal de amplio acceso.	Idear campañas estratégicas de información pública e implementarlas usando información basada en datos epidemiológicos a nivel nacional. Utilizar métodos y mensajes que se adapten a las poblaciones destinatarias.	Evaluar la eficacia de la campaña de información pública. Utilizar los resultados para mejorar campañas futuras.
Hacer partícipes a los medios de difusión	Alianza entre los medios de difusión y la Secretaría de Salud.	Establecer un diálogo con los medios de difusión sobre la cobertura responsable de los suicidios.	Dirigirse a las principales organizaciones de medios de difusión del país en favor de la formulación de normas y prácticas para garantizar una información responsable sobre el suicidio. Colaborar con los interesados directos de los medios de difusión a fin de promover recursos para la prevención y para derivaciones apropiadas.	Evaluar la información transmitida por los medios de difusión sobre los eventos de suicidio. Hacer participar y capacitar a todos los medios acerca de la información responsable. Impartir una capacitación oportuna a los nuevos trabajadores de los medios de difusión.

Áreas de acción estratégica	Principales interesados directos	Ninguna actividad (no hay prevención del suicidio a nivel nacional ni local)	Alguna actividad (ha iniciado alguna prevención del suicidio en áreas prioritarias a nivel nacional o local)	Hay una estrategia nacional de prevención del suicidio
Movilizar el sistema de salud y capacitar al personal de salud.	Sistemas de salud formales e informales, sector de la educación.	Comenzar a planificar y a dispensar atención a quienes intenten el suicidio, y capacitar al personal de salud.	Asegurar una atención accesible en casos de crisis, basada en datos científicos, y dispensar asimismo atención clínica y servicios posteriores a nivel nacional. Impartir cursos de perfeccionamiento al personal de salud y adaptar los programas de estudios del personal de salud.	Realizar un seguimiento y una evaluación sistemáticos de los servicios existentes. Utilizar los resultados para mejorar la atención.
Cambio de actitudes y creencias.	Medios de difusión, sector de los servicios de salud, sector de la educación, organizaciones comunitarias.	Emprender actividades para reducir el estigma asociado con la búsqueda de ayuda por suicidio. Promover los comportamientos de búsqueda de ayuda.	Modificar actitudes hacia el uso de los servicios de salud mental y reducir la discriminación contra los usuarios de estos servicios.	Realizar evaluaciones periódicas para vigilar los cambios de actitud y las creencias del público respecto del suicidio, de los trastornos mentales y debidos al consumo de sustancias y de la búsqueda de ayuda.
Evaluación e investigación.	Servicios de salud comunitaria pertinentes, sector de la educación y de salud.	Planificar y priorizar la investigación necesaria para la prevención del suicidio y comparar los datos existentes (por ejemplo, sobre defunciones por suicidio).	Ampliar la investigación, asignando recursos para informar y evaluar las actividades de prevención del suicidio a nivel regional o nacional.	Evaluar periódicamente las investigaciones en cartera para seguir de cerca los progresos científicos e identificar lagunas en los conocimientos. Reorientar los recursos en función de la evaluación.
Elaborar y aplicar una estrategia regional integral de prevención del suicidio.	Secretaría de Salud, Educación, Seguridad Pública.	Elaborar una estrategia nacional de prevención del suicidio como punto de partida, aunque los datos y recursos todavía no estén disponibles.	Seguir desarrollando la estrategia nacional velando por que sea integral y multisectorial y subsane todas las deficiencias en los servicios y la implementación.	Evaluar y vigilar la aplicación y los resultados de la estrategia para identificar los componentes más eficaces. Utilizar los resultados para actualizar continuamente la estrategia.

En el contexto nacional, una de las acciones propuestas a nivel gubernamental en México fue el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental (SS, 2013) el cual, además de proponer una legislación humanitaria para la atención de la salud mental de la población, enuncia que el medio a través del cual la población mexicana puede entrar en contacto con los servicios de atención para la salud mental, son los centros de salud comunitarios, pues se consideran un modelo de atención primaria con perspectiva multidisciplinaria que, a su vez, propone el fortalecimiento y profesionalización de las estrategias de intervención y principalmente estrategias de prevención.

Por su parte, la evidencia recabada de los movimientos de salud mental comunitaria (Alarcón-Guzmán & Castillo-Martell, 2020), plantea cambios importantes en las interacciones que existen entre los proveedores y los receptores de salud mental, de modo que se reconoce, como lo hiciera Durkheim en 1897, la importancia de la participación de las comunidades y redes de apoyo en la atención y promoción de la salud, en concordancia con lo que la OMS establece en el preámbulo a su constitución: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1948).

Con lo anterior, se resalta la importancia de que diversos sectores puedan participar para la promoción de la salud, no solo desde un enfoque biomédico, sino de comunidad, para poder afrontar el riesgo suicida y la mortandad del mismo, como un fenómeno multicausal y no solo como un evento reducido a las correlaciones con las enfermedades mentales, donde los primeros respondientes, líderes comunitarios y Organizaciones de la Sociedad Civil Organizada (OSC) juegan un papel fundamental para alcanzar los objetivos planteados por la OMS para los estados miembros.

En este sentido, desde el 2014 formalmente la OMS ha publicado una serie de recursos e instrumentos que faciliten la participación de policías, comunicadores sociales, trabajadores de la educación, y otros actores sociales primordiales con estrategias adecuadas y perfiladas a sus áreas de desarrollo/desempeño para la detección oportuna y derivación de las personas que presenten algún orden de riesgo, para que se logre un acompañamiento que conecte con la recepción de atención profesional basada en evidencia y apegada a la bioética que garantice las mejores prácticas para la reducción de muertes por suicidio.

Sumando a los aportes de la OMS, el Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, del Centro para el control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), ha publicado un “Paquete técnico de políticas, programas y prácticas”, en el cual de forma integral, refleja la implementación de las recomendaciones de la OMS, sumando la participación social dentro de una estrategia fundamentada y puesta a disposición como un recurso más para la aplicación de programas específicos para la prevención del suicidio. Las estrategias que plantea la CDC en su paquete de prevención del suicidio incluyen: incremento de

recursos, disposición accesible de los servicios, la creación de ambientes protectores, la integración y vinculación, la enseñanza, la prevención y la reducción de daños, centrándose en los tres ejes principales de abordaje: prevención, intervención y postvención, como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2.

Estrategias para la prevención del suicidio y sus respectivas evidencias como políticas de salud (CDC, 2018).

Estrategia	Enfoque/programa, práctica o política	Mejor evidencia disponible			Sectores principales*
		Suicidio	Intentos de suicidio o ideación sobre el suicidio	Otros factores de riesgo de suicidio o de protección contra el suicidio	
Fortalecimiento de los apoyos económicos	Fortalecimiento de la seguridad financiera del hogar				Gobierno (local, estatal, federal) Comercio/trabajo
	Programas de beneficios por desempleo	✓		✓	
	Otros apoyos (ingresos)	✓			
	Políticas para la estabilidad de vivienda				Gobierno (local, estatal, federal)
	Programa de Estabilización Vecinal			✓	
Fortalecimiento del acceso a los cuidados relacionados con el suicidio y de su prestación	Cobertura de afecciones mentales en las pólizas de seguro médico				Gobierno (local, estatal) Servicios sociales
	Leyes de paridad de la salud mental	✓		✓	
	Reducir la falta de proveedores en las áreas subatendidas				
	Cuerpo Nacional de Salud (NHSC)			✓	
	Telesalud mental (TMH)			✓	
	Cuidados más seguros con relación al suicidio mediante cambios a nivel de sistema				
Creación de ambientes protectores	Atención Perfecta de la Depresión Henry Ford (precursora de Cero Suicidios)	✓		✓	Gobierno (local, estatal) Salud Pública y Atención Médica.
	Reducción del acceso a medios letales entre las personas en riesgo de suicidio				
	Reducción del acceso a medios letales entre las personas en riesgo de suicidio	✓			
	Prácticas de almacenamiento seguro		✓	✓	
	Consejería en Sala de Emergencias sobre el Acceso a Medios Letales (ED CALM)			✓	Comercio/trabajo Justicia Gobierno (local, estatal, federal)
	Políticas y cultura a nivel de organización				
	Juntos por la Vida	✓			
	Programa de Prevención del Suicidio de la Fuerza Aérea de los EE. UU.	✓			
	Prevención del suicidio en centros correccionales	✓			Comercio/trabajo Gobierno (local, estatal)
	Políticas basadas en la comunidad para reducir el consumo excesivo de alcohol				
	Regulación de la densidad de lugares de venta de alcohol	✓		✓	

Fomento de la conexión	Programas de normas de semejantes				Salud pública, Educación
	Fuentes de Fortaleza			✓	
	Actividades de participación en la comunidad				Salud pública, Gobierno (local)
	Reverdecimiento de áreas urbanas vacantes			✓	
Enseñanza de destrezas de superación y resolución de problemas	Programas de educación socioemocional				Salud pública Educación
	Jóvenes Conscientes de la Salud Mental		✓	✓	
	Juego del Buen Comportamiento		✓	✓	
	Enfoques de destrezas de crianza y relaciones familiares				Salud pública Educación
	Años Increíbles			✓	
	Fortalecimiento de las Familias			✓	
Identificación de las personas en riesgo y provisión de apoyo	Capacitación del personal de primera línea				Salud pública Atención médica
	Capacitación en Destrezas Aplicadas de Intervención contra el Suicidio			✓	
	Programa Garret Lee Smith para la Prevención del Suicidio	✓	✓		
	Intervención en crisis				Salud pública Servicios sociales
	Red Nacional de Prevención del Suicidio		✓	✓	
	Tratamiento para las personas en riesgo de suicidio				Atención médica Servicios sociales Justicia
	Mejora del Estado de Ánimo y Promoción del Acceso al Tratamiento Colaborativo (IMPACT)		✓	✓	
	Evaluación y Manejo Colaborativos del Riesgo de Suicidio (CAMS)		✓	✓	
	Terapia dialéctica conductual (DBT)		✓	✓	
	Terapia familiar basada en el apego (ABFT)		✓		
	Traducción de Iniciativas para la Depresión en Soluciones Eficaces (TIDES)			✓	
	Tratamiento para prevenir los nuevos intentos				Atención médica Servicios sociales
	Intervención Breve en Sala de Emergencia con Visitas de Seguimiento	✓			
	Enfoques de contactos de seguimiento activos	✓			
	Terapia cognitiva conductual para la prevención del suicidio		✓		
Reducir los daños y prevenir el riesgo futuro	Intervención posterior				Atención médica
	Servicio de Respuesta StandBy		✓	✓	
	Informe y mensajes seguros en relación con el suicidio				Salud pública Medios de comunicación
	Directrices para los medios	✓			

Nota: la columna "sectores principales (*)" hace referencia a los sectores principales que se encuentran bien posicionados para traer liderazgo y recursos a los esfuerzos de implementación. Para cada estrategia, hay muchos otros sectores, como el de organizaciones no gubernamentales, que son esenciales para la planificación de la prevención y la implementación de actividades programáticas específicas.

Lo anterior refleja una congruencia con las recomendaciones propuestas en 2014 por la OMS y las acciones desempeñadas y sugeridas, es decir, la retroalimentación que brinda la propuesta de la CDC, responde adecuadamente y con resultados que validan la propuesta inicial, pero no solo ello, la enriquecen generando estrategias que permitan a los gobiernos que desarrollan alguna estrategia en ciernes a no cometer esfuerzos infructuosos o un desgaste de recursos innecesarios, permitiendo así direccionarlos de una forma más eficaz y eficiente para el abordaje y la reducción de la mortalidad por suicidio.

El recurso más reciente publicado por la OMS en 2021, a su vez, presenta una coherencia (tomando en cuenta que son 3 temporalidades distintas y no son trabajos conjuntos) con su propuesta anterior, así como con trabajos similares a los de la CDC a nivel global que incluye como pilares fundamentales: análisis de capacidades, finalización y vigilancia, monitoreo y evaluación, con lo que pretende ofrecer una alternativa global, pero no globalizada de abordaje y atención, pues considera que:

“Los gobiernos y las comunidades pueden contribuir a prevenir el suicidio aplicando el enfoque VIVIR LA VIDA de la OMS para la iniciación de la prevención del suicidio, en el que los países puedan basarse para elaborar posteriormente una estrategia nacional integral de prevención del suicidio. La guía se dirige a todos los países, tengan o no una estrategia nacional de este tipo en la actualidad.” (OMS, 2021, p. 3).

Esto significa que, tomando en consideración las pautas antes mencionadas, se podrían integrar en el Estado de Puebla las mejores estrategias basadas en evidencia científica, sin repetir esfuerzos, desgastar innecesariamente recursos, y con un punto de partida y metas comunes: reducir la mortalidad por suicidio; considerando como pilar fundamental la prevención hasta la postvención, siendo la última un reinicio del ciclo. Esta última se considera una forma de prevención dirigida a las personas que hayan perdido a un familiar, amigo, pareja o compañero por suicidio. Consiste en brindarles atención terapéutica con la finalidad de prever las ideas o intenciones suicidas presentes en este grupo de personas. Para ello considera como pilares fundamentales: el análisis de la situación, colaboración multisectorial, sensibilización y promoción, desarrollo de las capacidades, finalización y vigilancia, monitoreo y evaluación.

Para poder brindar e implementar estrategias que sirvan como prevención, intervención y, en última instancia, postvención en torno al fenómeno suicida, es fundamental analizar la situación actual del suicidio en el Estado de Puebla. De igual forma, promover la colaboración multisectorial de instituciones, tanto de gobierno, como las organizaciones sin fines de lucro, las organizaciones públicas y privadas. Es preciso fomentar una sensibilización y promoción de alfabetización

acerca del suicidio y la salud mental con la población en general, culminando con una precisa y constante capacitación de profesionales implicados en el abordaje de los factores de riesgo y prevención del fenómeno del suicidio, incluyendo un proceso de vigilancia, monitoreo y evaluación constante de aquellos grupos vulnerables.

A continuación, se expresan los componentes o acciones, según la OMS, que se pudieran desarrollar en el estado de Puebla con los objetivos/metastas que pretenden alcanzar cada una de esas acciones (Tabla 3). Para ello, será imprescindible que los tomadores de decisiones puedan evaluar el conjunto de elementos que se conjugan en esta labor tan desafiante como imperativa para establecer temporalidades, y las adecuaciones contextuales prioritarias basados en documentos como los aquí mencionados, que garanticen las mejores prácticas basadas en evidencia.

Tabla 3.

Componentes característicos de las estrategias nacionales de prevención del suicidio (OMS, 2014).

Componente	Metas y objetivos
Vigilancia	Mejorar la calidad y la temporalidad de los datos nacionales sobre el suicidio y los intentos de suicidio. Apoyar el establecimiento de un sistema integrado de recopilación de datos que sirva para identificar a grupos y personas vulnerables, así como para detectar situaciones de vulnerabilidad.
Restricción de los medios utilizables para suicidarse	Reducir la disponibilidad, la accesibilidad y la fuerza atractiva de los medios utilizables para suicidarse (por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego, lugares altos). Reducir la toxicidad y el poder letal de los medios disponibles.
Medios de difusión	Promover la aplicación de directrices para los medios de difusión en pro de una información. Medios de difusión responsable sobre los suicidios en la prensa, la radio, la televisión y las redes sociales.
Acceso a servicios	Promover un mayor acceso a servicios integrales para las personas vulnerables a los comportamientos suicidas. Eliminar las barreras a la atención.
Capacitación y educación	Mantener programas de capacitación integrales para los guardianes identificados (por ejemplo, personal de salud, educadores, policías). Mejorar la competencia de los proveedores de atención primaria y de salud mental para el reconocimiento y el tratamiento de las personas vulnerables
Tratamiento	Mejorar la calidad de la atención y las intervenciones clínicas basadas en datos científicos, especialmente para los individuos que se presentan al hospital después de un intento de suicidio. Mejorar la investigación y la evaluación de las intervenciones eficaces.

Intervención en crisis	Velar por que las comunidades tengan la capacidad de responder a las crisis con intervenciones apropiadas y porque las personas en situación de crisis tengan acceso a una atención de salud mental de emergencia, incluso a través de Internet o de líneas telefónicas de ayuda.
Intervención posterior	Mejorar la respuesta y el cuidado a los afectados por suicidio o intentos de suicidio. Prestar servicios propicios y rehabilitadores a las personas afectadas por intentos de suicidio
Concientización	Establecer campañas de información pública para ayudar a entender que el suicidio es prevenible. Mejorar el acceso del público y de los profesionales a la información acerca de todos los aspectos de la prevención del comportamiento suicida
Reducción de estigmas	Promover la utilización de servicios de salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas y atención relacionada con el suicidio. Reducir la discriminación contra quienes utilizan estos servicios.
Supervisión y coordinación	Establecer instituciones u organismos para promover y coordinar la investigación, la capacitación y la prestación de servicios relacionados con comportamientos suicidas. Fortalecer la respuesta de los sistemas sanitario y social a los comportamientos suicidas

En conclusión, es la disposición y sinergia de diversos recursos provenientes de múltiples fuentes, coordinadas y alineadas a las mejores prácticas basadas evidencia científica, lo que puede impactar de forma positiva en la reducción de la mortalidad del fenómeno del suicidio para las comunidades habitantes en el Estado de Puebla, considerando que se deberá adecuar a las realidades contextuales para cubrir las necesidades que presenten cada uno de esos contextos para llevar a cabo el desarrollo de las acciones sugeridas por fuentes con experiencias que aportan conocimiento fundamental para alcanzar el nuevo objetivo propuesto por la OMS: reducir la tasa mundial de mortalidad por suicidio en un tercio para 2030 es tanto un indicador como una meta (la única en materia de salud mental) en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas y en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS (OMS, 2021).

II. Perfil de morbi-mortalidad en el Estado de Puebla

a) Perfil demográfico de Puebla en 2020 (INEGI, 2021):

- Población total en la entidad: 6,583,278 (incluyendo personas sin sexo especificado); representa el 5.22 % de la población total de la República Mexicana; ver Fig. 1 en Anexos.
- Esperanza de vida al nacimiento: 77.8 años (78.1 en el país); hombres, 71.7 y mujeres 77.8 (CONAPO, 2021).
- Las mujeres son el 52 % de la población.
- Relación hombres-mujeres: 92.3 (nacional de 95.2).
- Mediana de edad: 28 años (en el país es de 29).
- Los tres principales grupos quinquenales de edad: de 15 a 19, de 10 a 14, y de 5 a 9.
- La población entre los 10 y 24 años representa el 27.06 % de la población de la entidad.
- Tasa de crecimiento media anual para Puebla 2010- 2020: 1.3 % (en el país fue de 1.2).
- Índice de envejecimiento: 41.9 % (nacional del 47.7). Se refiere al número de personas adultas mayores (60 y más años) por cada cien niños y jóvenes (0 a 14 años).
- Relación de dependencia: 53.7 % (nacional del 50.3). El porcentaje representa el número de personas en edades dependientes (0 a 14 y 65 y más años de edad) por cada cien en edad económicamente productiva (15 a 64 años de edad).
- Densidad de población: 191.9 habitantes por kilómetro cuadrado (nacional de 64.3).
- Migración interna: población total inmigrante: 660,918; emigrante: 1,080,205.
- Población nacida en otro país: 30,819 (principalmente Estados Unidos, 64.3 %).
- Personas de 3 años y más que hablan alguna lengua indígena: 615,622 representando el 9.35 % de la población (cuarto lugar nacional, después de Chiapas, Oaxaca y Veracruz).
- Hablantes de lenguas indígenas de 3 años y más: náhuatl, 453,162 (6.88 %); mixteco, 8,244; zapoteco, 2,202; maya, 380; tzeltal, 356; tzotzil, 352.

- Población de 3 años y más hablante de lengua indígena que no habla español: 40,879.
- Religión entre la población de 5 años y más: católica, 76.82 % (nacional, 71.6); diferente a la católica, 11 % (nacional 12.8); ninguna, 3.2 % (nacional 7.3).

b) Perfil de mortalidad para el Estado de Puebla (INEGI, 2021).

Una de las formas de poder evaluar el estado de salud de una población es desde las causas de mortalidad reportadas. En 2019 y antes de la pandemia de COVID-19, se reporta tal contexto para la población del Estado de Puebla (ver Tabla 4).

Tabla 4.
Principales 20 causas de mortalidad en la población total de Puebla durante 2019 (INEGI, 2021).

Orden	Causa ^a	Clave Lista Mexicana	Defunciones
	Total	01-E59	38,860 ^b
1	Enfermedades del corazón ^c	26-29	8,251
2	Diabetes mellitus	20D	6,627
3	Tumores malignos	08-15	4,085
4	Enfermedades del hígado	35L-35M	3,030
5	Enfermedades cerebrovasculares	30	2,004
6	Accidentes	E49-E53, E57-E58	1,421
7	Influenza y neumonía	33B-33C	1,418
8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	33G	1,299
9	Agresiones	E55	1,212
10	Insuficiencia renal	38C	813
11	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal ^d	46	753
12	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	47	684

13	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	21	449
14	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	E54	345
15	Septicemia	03I	276
16	Anemias	19A-19B	256
17	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	33D-33E	219
18	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	06H	186
19	Síndrome de dependencia del alcohol	22C	166
20	Enfermedades infecciosas intestinales	01	155

^a Los criterios para la selección de las 20 principales causas de muerte consideran la Lista Mexicana de Enfermedades y comprende por lo menos el 80 % del total de defunciones registradas; se excluyen los grupos de causas insuficientemente especificadas.

^b El total no corresponde a la suma de ambos sexos, ya que incluye sexo no especificado.

^c Excluye paro cardíaco (29 C).

^d Incluye tétanos neonatal (A33).

Un dato sobresaliente se encuentra en la población de 5 a 14 años, para quienes la muerte por lesiones autoinfligidas representa la sexta causa de muerte (Tabla 5), y refleja que la vulnerabilidad que se presenta en ésta etapa de vida es mayor a la media poblacional (decimocuarta causa de muerte en población general), y destaca que sea en una población en desarrollo, donde un fenómeno multifactorial que suele llevar un periodo de evolución, lo esté consiguiendo aparentemente de forma más súbita, permitiendo suponer una deficiencia/carencia en los recursos y factores protectores disponibles para esta población específica.

Tabla 5.

Principales 10 causas de mortalidad en la población de 5 a 14 años de Puebla durante 2019 (INEGI, 2021).

Orden	Causa ^a	Clave Lista Mexicana	Defunciones
	Total	01-E59	319 ^b
1	Tumores malignos	08-15	58
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	47	44
3	Accidentes	E49-E53, E57-E58	44
4	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	23F	18
5	Influenza y neumonía	33B-33C	15
6	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	E54	14
7	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	21	10
8	Epilepsia	23G	9
9	Enfermedades del corazón	26-29	8
10	Agresiones	E55	7

^a Los criterios para la selección de las 20 principales causas de muerte consideran la Lista Mexicana de Enfermedades y comprende por lo menos el 80 % del total de defunciones registradas; se excluyen los grupos de causas insuficientemente especificadas.

^b El total no corresponde a la suma de ambos sexos, ya que incluye sexo no especificado.

Para fines del presente informe, pondremos el punto focal de atención en la población de 15 a 24 años, pues en ambos sexos la muerte por lesiones autoinfligidas se sitúa en las primeras 5 causas de muerte, siendo la primer causa de mortalidad en hombres con 76 defunciones (29.57 % del total de muertes por ésta causa en la entidad) y la cuarta en mujeres con 37 defunciones (42.04 % del total de muertes por ésta causa en la entidad), siendo la población (ambos sexos) de éste rango etario, quienes presentan un elevado riesgo de muerte por suicidio según los indicadores de la estadística nacional publicados por el INEGI en 2021 (Tabla 6).

Tabla 6.

Principales cinco causas de mortalidad en la población de 15 a 24 años de Puebla durante 2019 (INEGI, 2021).

Hombres				Mujeres		
Orden	Causa ^a	Clave	Muertes	Causa	Clave	Muertes
	Total	01-E59	294	Total	01-E59	843
1	Tumores malignos	08-15	39	Accidentes	E49-E53, E57-E58	236
2	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	E54	37	Agresiones	E55	227
3	Accidentes	E49-E53, E57-E58	27	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	E54	76
4	Agresiones	E55	24	Tumores malignos	08-15	60
5	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	47	21	Enfermedades del corazón ^b	26-29	35

^a Los criterios para la selección de las 20 principales causas de muerte consideran la Lista Mexicana de Enfermedades y comprende por lo menos el 80 % del total de defunciones registradas; se excluyen los grupos de causas insuficientemente especificadas.

^b Excluye paro cardíaco (29 C).

c) Indicadores de salud para el Estado de Puebla.

Según el banco de indicadores del INEGI (al 2021), en 2015 (último dato disponible), el Estado de Puebla se situaba en quinto lugar nacional de no afiliación a servicios de salud en la entidad (19.8 % de la población), lo que significa que un importante número de la población presenta dificultad para recibir atención médica ya que el dato no incluye a las personas que cuentan con servicios públicos, privados o militares de salud; al entender la relación de la morbilidad (capítulo 2) y el presente panorama epidemiológico, es fundamental que se desarrollen acciones para la prevención (y aspirar a una reducción) de la mortalidad relacionada con lesiones autoinfligidas en los diferentes grupos etarios de la entidad; será también fundamental que las acciones que se desarrollen e implementen, sean de acceso público, gratuito y garantizando los derechos humanos, incidiendo en acciones relacionadas con objetivos de prevención del suicidio propuestos por organismos como la OMS, OPS, CDC, etc., pero también con los objetivos de desarrollo sostenible de la agenda 2030 propuesta por las naciones unidas (ONU) garantizando acceso a la salud, y bienestar social (objetivo 3), reducción de las desigualdades (objetivo 10), y la creación de alianzas para lograr los objetivos (objetivo 17).

Sin embargo, la atención no tendrá que ser solo desde los espacios de salud, sino tendrá que incidir y contrarrestar la vulnerabilidad que suponen los factores de riesgo presentes en el contexto sociodemográfico de la entidad, focalizándose como atención prioritaria, los grupos etarios de 15 a 24 años (tanto en hombres como mujeres), quienes tienen factores de vulnerabilidad (factores de riesgo) identificados en los pocos estudios locales, los cuales si bien pueden ser pocos, son valiosos pues resultan congruentes con otras fuentes internacionales como la OMS/OPS.

Por su parte, Centros de Integración Juvenil (CIJ) publicó el “Estudio Básico de Comunidad Objetivo” (EBCO), donde refleja que “La población joven de 10 a 24 años es la que se encuentra en mayor riesgo de consumo de drogas y en el municipio de Puebla representa el 27.2 %, mientras a nivel estatal es mayor la proporción correspondiendo a un 29 % y a nivel nacional 27.3 %” (CIJ, s/f), representando de forma indirecta o directa para quienes cumplen el criterio de la estadística e inician un consumo de sustancias, una doble vulnerabilidad, pues a su vez, es el consumo de sustancias, un predictor de riesgo suicida.

Según datos del INEGI, hay un valor importante de cifra negra (delitos no denunciados y los delitos denunciados que no tuvieron inicio de averiguación previa), lo que puede representar la percepción de haber sufrido violencia y angustia, pese a ese dato de no denuncias o no acciones jurídicas, en población de 18 a 29 (dato de referencia para población de 15 a 24) hay un aumento de los delitos sufridos en el estado, que se traduce en un incremento de la vulnerabilidad asociada para el riesgo suicida.

De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud del Gobierno de Puebla, en su ejercicio 2020 del “Programa anual para los SSEP” en el área de salud mental, reporta un 80 % de consulta (tanto de psiquiatría como de psicología) relacionada con trastornos mentales. La presencia de diagnóstico de enfermedad o trastorno mental, incrementa el riesgo de suicidio no solo para la población de 15 a 24. Aunque no debe ser el único eje en atenderse, representa uno importante para reducir la letalidad de la suicidalidad, la cual se puede entender como la evolución que sigue la persona antes de consumir una muerte por lesiones autoinfligidas.

El análisis de los datos propuestos en el presente capítulo, permite entender, como estrategia de abordaje epidemiológico, momentos diversos de acción en donde podrán participar diferentes actores implicados como: agentes representantes de la ley (policía municipal, estatal y federal), médicos, enfermeras/enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, e incluso miembros con participación social a través de diferentes frentes de la sociedad civil organizada; éstas personas implicadas, deberán asumir el compromiso de formación para asegurarse de llevar a cabo las mejores prácticas basadas en evidencia científica que reflejen reducciones en el riesgo de mortalidad desde un abordaje integral, multidisciplinario y apegado a derechos humanos.

III. Panorama epidemiológico de las lesiones autoinfligidas en la entidad

Durante 2019, en la República Mexicana se reportaron 7,223 muertes por lesiones autoinfligidas, de las cuales el 81.77 % corresponden a varones (INEGI, 2021). En este mismo año, en Puebla se registraron 345 muertes por suicidio (4.78 % del total en el país), colocándolo en quinto lugar nacional con respecto a la tasa de mortalidad relacionada con lesiones autoinfligidas y siendo ésta, la decimocuarta causa de muerte en la entidad. Es importante destacar los índices de sobremortalidad masculina: 117.3 % para Puebla, mientras que para el país es de 129.9 (2019); la información presentada en este capítulo corresponde a los suicidios registrados y clasificados con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 10 como lesiones autoinfligidas intencionalmente (códigos del X60 al X84).

Al examinar el aumento de la mortalidad por suicidio en el país de 2010 a 2019, se observa un incremento del 41.57 %, mientras que en Puebla fue del 68.3 % (ver Tabla 7). Esta tendencia al alza en la entidad, de 205 defunciones por lesiones autoinfligidas en 2010 a 345 en 2019, se puede apreciar en la Fig. 2 en Anexos.

Tabla 7.

Incremento porcentual en la mortalidad por lesiones autoinfligidas en el país y Puebla de 2010 a 2019 (INEGI, 2021).

	Hombres	Mujeres	Total
Nacional*	44.37	42.56	41.57
Puebla	63.69	83.33	68.29

*No incluye suicidios donde el sexo no fue especificado

A nivel nacional, las muertes por lesiones autoinfligidas (muerte por suicidio) han presentado un incremento fluctuante desde el año 1994 al 2019 (Tabla 8). Sin embargo, específicamente desde el año 2016, este crecimiento ha sido sostenido, sin disminución ni en los datos totales de muertes registradas ni como causa de muerte, es decir, no hay menos muertes, y cada vez es más

frecuente el registro de muertes por lesiones autoinfligidas, independientemente del lugar estadístico que ocupe como causa de muerte para las diversas estratificaciones por sexo y edad y entidad de residencia en la población. La relación de datos totales de muertes por suicidio entre el total nacional y el total de Puebla, dan porcentajes de entre el 3.54 % (2016), hasta su pico más alto en 2019 con 4.77 % de las muertes en el país por esta causa (ver Figura 3 en Anexos).

Tabla 8.

Registro histórico (1994-2019) de muertes totales por suicidio en el país contra muertes totales en el Estado de Puebla.

Año	Muertes totales	Muertes totales en Puebla*	Porcentaje (%)
1994	2,603	N/D	N/D
1995	2,894	N/D	N/D
1996	3,020	N/D	N/D
1997	3,370	N/D	N/D
1998	3,342	N/D	N/D
1999	3,339	N/D	N/D
2000	3,475	N/D	N/D
2001	3,811	N/D	N/D
2002	3,871	N/D	N/D
2003	4,104	N/D	N/D
2004	4,117	N/D	N/D
2005	4,314	188	4.36 %
2006	4,277	179	4.18 %
2007	4,394	160	3.64 %
2008	4,681	N/D	N/D
2009	5,190	195	3.75 %
2010	5,012	205	4.09 %
2011	5,718	256	4.47 %
2012	5,549	216	3.89 %
2013	5,909	240	4.06 %
2014	6,337	277	4.37 %
2015	6,425	270	4.20 %
2016	6,370	226	3.54 %

Año	Muertes totales	Muertes totales en Puebla*	Porcentaje (%)
2017	6,559	302	4.60 %
2018	6,808	319	4.68 %
2019	7,223	345	4.77 %

Defunciones registradas por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida. La información corresponde a los suicidios registrados y clasificados con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); para los años de 1994 a 1997, CIE-9, Suicidios y lesiones autoinfligidas (950-959); a partir de 1998, a la CIE-10, Lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60-X84).

**Los datos pertenecen al total de muertes registradas que posicionan al Estado entre los primeros 20 lugares a nivel nacional.*

Tomando como referencia el dato más antiguo en las bases de datos abiertas del INEGI, el año 1998, no es sino a partir de 2005 es que aparece la mortalidad por lesiones autoinfligidas en la estadística oficial de Puebla dentro de las primeras 20 causas en hombres, y no es sino hasta 2009 que aparece en el vigésimo sitio la mortalidad por suicidio entre mujeres (ver Tabla 9); cabe destacar que ha ido subiendo de lugar para los hombres mientras que para las mujeres se ha mantenido relativamente estable, y en varios años no figura en las primeras 20 causas.

Tabla 9.

Emergencia, intermitencia y tendencia de la mortalidad por suicidio dentro de las primeras 20 causas en Puebla de 1998 a 2019 (INEGI, 2021).

Población total			Hombres		Mujeres	
Año	Lugar	Defunciones	Lugar	Defunciones	Lugar	Defunciones
1998-2004						
2005	18	188	17	150		
2006	19	179	18	137		
2007	20	160	18	115		
2008						
2009	18	195	18	137	20	58
2010	17	205	16	157		
2011	15	256	14	196		
2012	17	216	14	171		
2013	17	240	15	190		

2014	16	277	15	209		
2015	17	270	15	194	19	74
2016	16	226	14	174		
2017	14	302	13	228	18	74
2018	14	319	14	231	18	88
2019	14	345	13	257	17	88

En 2019, en INEGI reportó que Puebla ocupaba el séptimo lugar nacional de mortalidad por lesiones autoinfligidas en hombres, y un lamentable tercer lugar en mujeres, sin embargo, la relación que se refleja por parte del INEGI es de 2.9 veces más muertes en hombres que en mujeres, es decir, por cada mujer que fallece a causa de lesiones autoinfligidas, 3 hombres mueren por la misma causa (ver Tabla 10).

Tabla 10.

Primeros lugares de mortalidad por lesiones autoinfligidas en el país durante 2019 (INEGI, 2021).

Lugar	Hombres	Mujeres	Total
1	Estado de México (553)	Estado de México (162)	Estado de México (715)
2	Jalisco (502)	Jalisco (103)	Jalisco (605)
3	Guanajuato (407)	Puebla (88)	Guanajuato (493)
4	Chihuahua (319)	Guanajuato (86)	Chihuahua (400)
5	Nuevo León (269)	Chihuahua (81)	Puebla (345)
6	Michoacán (267)	Michoacán (67)	Michoacán (334)
7	Puebla (257)	Nuevo León (49)	Nuevo León (318)

Dentro de los Anexos, en la Fig. 4, se presentan las defunciones por suicidio -población total- registradas en Puebla como residencia habitual de la persona fallecida, según sexo, serie anual de 2010 a 2019 (INEGI, 2021), mientras que en la Fig. 5 se muestra la evolución de la mortalidad por suicidio dentro de las primeras 20 causas por grupos de edad para Puebla de 1998 a 2019 (INEGI, 2021).

Al analizar con mayor detenimiento la población de 15 a 24 años, encontramos que en la evolución histórica, en el caso de los hombres, parece presentar un incremento sostenido (aunque irregular) de muertes por suicidio, ocupando desde 1998 hasta el 2010 el cuarto lugar nacional e incluso con un aparente recrudecimiento de la mortalidad a partir de 2011 posicionándose en tercer

lugar nacional (excepto 2013 y 2014 que regresó al cuarto lugar) y siendo el año 2018 el que mayor número de muertes por ésta causa registro en la entidad para la población de hombres de 15 a 24 (Tabla 11).

Tabla 11.

Evolución de la mortalidad por suicidio en hombres de 15 a 24 años dentro de las primeras 20 causas por grupos de edad para Puebla de 1998 a 2019 (INEGI, 2021).

Año	Lugar	Defunciones	Suicidios	%	Tasa cruda por cada 10,000
1998	4	720	31	4,31	0,66
1999	4	680	37	5,44	0,78
2000	4	592	26	4,39	0,55
2001	4	606	40	6,60	0,85
2002	4	579	43	7,43	0,91
2003	4	587	33	5,62	0,70
2004	4	573	37	6,46	0,78
2005	4	566	41	7,24	0,84
2006	4	591	42	7,11	0,86
2007	4	578	34	5,88	0,70
2008	4	624	37	5,93	0,76
2009	4	645	42	6,51	0,86
2010	4	643	47	7,31	0,87
2011	3	685	73	10,66	1,35
2012	3	648	51	7,87	0,94
2013	4	672	49	7,29	0,91
2014	4	730	58	7,95	1,07
2015	3	680	68	10,00	1,26
2016	3	775	61	7,87	1,13
2017	3	863	73	8,46	1,35
2018	3	843	85	10,08	1,57
2019	3	843	76	9,02	1,41

Por su parte, la población de mujeres del mismo rango etario (15 a 24) ha presentado mayores fluctuaciones, pues en contraste con la población de mujeres en general (de 0 a +65 años), el grupo específico de 15 a 24, ha representado

del octavo lugar a nivel nacional de mortalidad por suicidio (1999) y a través de un incremento fluctuante, en 2019 se posiciona como el segundo lugar a nivel nacional en muertes por suicidio para éste rango poblacional (Tabla 12).

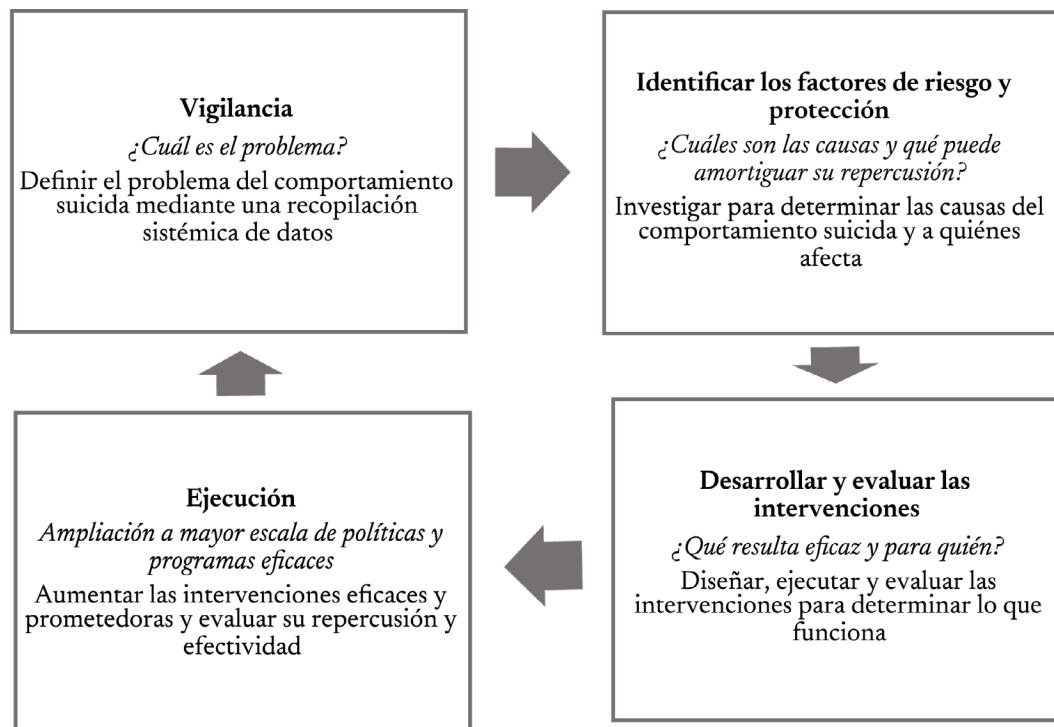
Tabla 12.

Evolución de la mortalidad por suicidio en mujeres de 15 a 24 años dentro de las primeras 20 causas por grupos de edad para Puebla de 1998 a 2019 (INEGI, 2021).

Año	Lugar	Defunciones	Suicidios	%	Tasa cruda por cada 10,000
1998	4	347	17	4,90	0,34
1999	8	311	11	3,54	0,22
2000	5	326	15	4,60	0,29
2001	5	279	14	5,02	0,27
2002	7	292	12	4,11	0,23
2003	6	310	18	5,81	0,35
2004	4	275	16	5,82	0,31
2005	4	258	15	5,81	0,28
2006	3	262	23	8,78	0,43
2007	4	292	20	6,85	0,37
2008	4	233	17	7,30	0,32
2009	4	308	19	6,17	0,35
2010	4	289	19	6,57	0,33
2011	3	295	26	8,81	0,45
2012	4	311	24	7,72	0,42
2013	5	290	16	5,52	0,28
2014	3	298	24	8,05	0,42
2015	2	319	36	11,29	0,63
2016	4	307	24	7,82	0,42
2017	3	316	33	10,44	0,57
2018	2	315	37	11,75	0,64
2019	2	294	37	12,59	0,64

La importancia del perfil de mortalidad, es que permite la comprensión de la situación que se vive con relación al fenómeno del suicidio en el contexto específico de Puebla, no pretende rezagar, discriminar, excluir, marginar, u otras formas de violencia, exclusión social o revictimización, a unos u otros grupos, sino reconocer dónde se deben implementar recursos de forma prioritaria, para que procurar reducir el 42.04 % de muertes por suicidio en mujeres (y 29.57 % en hombres) de 15 a 24 años; si bien las poblaciones de mayor edad (25-34, 35-44, 45-64 y 65 y mas) también reportan muertes por lesión autoinfligida, se considera prioritario atender el grupo etario de 15 a 24 años, para quienes en ambos sexos, se sitúa dentro de las primeras 5 causas de muerte (la primera para los hombres de 15 a 24), y aunado a ello, contrario a otras enfermedades como tumores, cardiopatías, o incluso los accidentes, las muertes por suicidio son prevenibles.

Finalmente, en el siguiente diagrama, se completa el planteamiento hecho desde el capítulo I al III, desde el paradigma de salud mental pública en el cual se inserta la Suicidología, y como ruta de planificación para las acciones en el Estado de Puebla basadas en la evidencia epidemiológica (adaptado de OMS, 2014):



IV. Factores de riesgo y protección como áreas de oportunidad en el diseño de políticas públicas

Como previamente se ha identificado dentro del modelo salubrista de atención al suicidio, más que un modelo causal se sigue uno basado en factores de riesgo y protección. Los primeros hacen referencia a características, atributos o condiciones que aumentan la probabilidad de una muerte autoinfligida, mientras que los segundos disminuyen tal riesgo. La estimación o evaluación epidemiológica para caracterizar a un atributo, característica o condición como de riesgo, protectora o de carácter indistinto se realiza desde la evaluación de la asociación que tiene tal factor con una enfermedad o evento de salud, incluyendo la mortalidad por suicidio y sus procesos previos (ideación, intención, intento, planeación). Los principales factores de riesgo de suicidio que se integran desde lo reportado en la literatura científica se muestran en la Tabla 13.

Tabla 13.

Factores de riesgo para suicidio desde el nivel estructural hasta el individual (OMS, 2014).

Nivel:	Factores de riesgo asociados al nivel:
Sistemas de salud	Barreras para obtener acceso a la atención de salud
Sociedad	Acceso a medios utilizables para suicidarse
	Notificación inapropiada por los medios de difusión
	Estigma asociado con comportamiento de búsqueda de ayuda
Comunidad	Desastres, guerras y conflictos
	Estrés por desplazamiento y aculturación
	Discriminación
	Traumas o abuso
Relaciones	Sentido de aislamiento y falta de apoyo social
	Conflictos en las relaciones, disputas o pérdidas

Nivel:	Factores de riesgo asociados al nivel:
Individuo	Intento de suicidio anterior
	Trastornos mentales
	Consumo nocivo de alcohol
	Pérdida de trabajo o financiera
	Desesperanza
	Dolor crónico
	Antecedentes familiares de suicidio
	Factores genéticos y biológicos

Niveles de atención en Suicidología

Dentro de la promoción de factores protectores, se han integrado alrededor de tres niveles de atención poblacional y se resumen en la Tabla 14, de acuerdo con la literatura de investigación e integrada por la OMS en su reporte de “Suicidio: un imperativo global” de 2014.

Tabla 14.
Niveles de atención en la prevención del suicidio agrupando acciones o estrategias para la población (OMS, 2014).

Estrategia o acción:	Nivel:
Políticas de salud mental	Universal
Políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol	
Acceso a la atención de salud	
Notificación responsable por los medios de difusión	
Concientización acerca de la salud mental, los trastornos debidos al consumo de sustancias y el suicidio	
Intervenciones dirigidas a grupos vulnerables	Selectiva
Capacitación de guardianes	
Líneas telefónicas de ayuda en crisis	
Seguimiento y apoyo comunitario	Indicada
Evaluación y manejo de comportamientos suicidas	
Evaluación y manejo de trastornos mentales y debidos al consumo de sustancias	

La representación del suicidio es un conocimiento socialmente elaborado y compartido que influye en la forma en que como se afronta y se concibe como: realidad, en la sociedad poblana. Quienes han tenido pensamientos suicidas o no, ambos coinciden en que, si escuchan la palabra “suicidio”, a su mente viene el concepto propio de “problemas” y la toma de decisiones. Si las personas tienen problemas, y no logran dominarlos por si mismos, pensarán entre otras cosas en el suicidio, pero no de manera automática; la percepción de la realidad viene también constituida por la actividad desarrollada por su entorno. En cuanto a su definición, se ve al suicidio como una incapacidad para resolver problemas, pero también como una decisión que se asume.

Prevalecen determinados factores de riesgo que aumentan el riesgo de suicidio, aparte de la enfermedad mental y, sobre todo, la depresión, se incluye la historia psiquiátrica familiar, la pérdida de un ser querido, la violencia sufrida y el deterioro de las relaciones y lazos familiares. Los intentos de suicidio previos, la existencia de personas cercanas que lo hayan intentado, un historial de hospitalización psiquiátrica previa, aislamiento social o el abuso de drogas y alcohol, son otros de los factores de riesgo que pueden provocar un suicidio.

Con respecto a los adolescentes, la Federación Mundial de Salud Mental, se recogen algunos de los factores de riesgo que más frecuentemente se han asociado con la conducta suicida, según diferentes grupos de edad. Aunque los índices de suicidios en la niñez son generalmente bajos, según indica la WFMH, un estudio realizado por el Instituto Australiano de Investigación y Prevención del Suicidio, señala que gran parte de los suicidios en este grupo de edad parece estar relacionado con la presencia de algún trastorno psicopatológico. Al igual que ocurre para el caso de los adultos, se estima que hasta el 90 % de los adolescentes que mueren por suicidio, padecen, al menos, una enfermedad mental.

Un dato importante al respecto es que las investigaciones han mostrado que un porcentaje elevado de los adolescentes contemplan, planifican e/o intentan suicidarse sin buscar o recibir ayuda alguna. Algunas de las razones que están detrás de la negativa a pedir ayuda por parte de los adolescentes se encuentran en el miedo al estigma, la vergüenza o a consecuencias negativas, como puede ser un ingreso hospitalario involuntario; la falta de confianza en los profesionales y personas que se encargan del cuidado, como consecuencia de experiencias negativas anteriores; y la falta de conocimiento por parte de los jóvenes de recursos especializados de ayuda, con la consiguiente dificultad para acceder a ellos, en caso de necesitarlo.

Comportamientos violentos, arriesgados y autodestructivos; vivencias de experiencias emocionales intensas producidas por la pérdida de un ser querido, por problemas en torno a la orientación sexual; la existencia de expectativas excesivamente altas consigo mismo; estar bajo la custodia de agentes de protección; o

la presencia de trastorno mental (incluida la depresión), pueden aumentar considerablemente el riesgo de cometer conductas suicidas.

Con respecto a los adultos, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021), las personas menores de 45 años representan, en la actualidad, más de la mitad de los suicidios que ocurren en un año. En el año 2000, el suicidio se había convertido en una de las tres causas principales de muerte entre adultos y jóvenes. Tal y como se recoge en este documento, la depresión y los intentos de suicidio previo son factores de riesgo importantes en este sector de la población.

De manera diferenciada, las mujeres parecen mostrar mayor propensión al suicidio con respecto a los hombres, cuando atraviesan por problemas graves en sus relaciones con otras personas. Para las mujeres, el estrés familiar o la violencia cumplen un papel importante en la decisión de un intento de suicidio. Para el caso de las mujeres, algunos de los factores de riesgo más comúnmente reseñados por las investigaciones son los siguientes: un historial previo de depresión u otro trastorno de salud mental, el abuso de sustancias tóxicas, el padecimiento de abuso sexual o físico y la presencia de trastornos de estrés postraumático, un historial familiar de trastornos mentales y de suicidio, entornos familiares problemáticos y aislamiento social, entre otros. En este documento se recomienda que los profesionales de atención primaria tengan en cuenta estos factores para prevenir situaciones que puedan llevar a una mujer a cometer un suicidio.

Aunque hay datos que apuntan a que las mujeres son más propensas que los hombres a la depresión y a los intentos de suicidio, el número de muertes de varones suele ser mucho mayor. Una de las principales razones utilizadas para explicar esta diferencia es que los hombres, como pauta general, buscan menos ayuda ante el padecimiento de algún trastorno del estado de ánimo. Otra de los motivos argumentados es que los hombres suelen utilizar métodos altamente letales.

En relación a los ancianos, algunas investigaciones señalan que el suicidio en personas mayores se encuentra estrechamente relacionado con la depresión, el dolor físico o la enfermedad, con el aislamiento social y familiar, la desesperanza y la culpa. Otros estudios estiman que, a pesar de que entre un 10 % y un 20 % de las personas mayores pueden estar padeciendo una depresión, tan sólo una pequeña proporción es diagnosticada adecuadamente o incluso, no es evaluada. Según datos aportados por la OMS (2021), la mayoría de las personas ancianas que se suicidaron no habían tenido contacto con los servicios psiquiátricos para personas mayores con el fin de atender sus estados emocionales.

Según los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, 2018), a parte de una mayor prevalencia de la depresión en ancianos con respecto a los jóvenes, el aislamiento social y el padecimiento de enfermedades físicas aparece entre los factores de riesgo más comunes para este sector de la

población. Los errores en el diagnóstico de la depresión en las personas mayores, también puede ser un factor de riesgo importante. En muchas ocasiones, la depresión se diagnostica erróneamente como deterioro cognitivo, a pesar de las evidencias de un posible trastorno del estado de ánimo. Estos datos apuntan a que la atención principal para la prevención del suicidio en personas mayores debe centrarse en las mejoras del reconocimiento, tratamiento y mejora de la depresión en este rango de edad.

Como se puede apreciar, la relación entre trastornos de salud mental y más concretamente, la depresión, con la conducta suicida es un asunto de suma importancia que debe ser atendido de forma inmediata. A continuación, se esquematizan los factores de riesgo que generalmente predominan en el estudio del suicidio:

Tabla 15.
Situaciones comunes de riesgo en hombres y mujeres asociadas a la conducta suicida (CDC, 2018).

Mujeres con pensamientos suicidas	Hombres con pensamientos suicidas
Problemas	Problemas
Depresión	Depresión
Baja autoestima	Baja autoestima
Comunicación deficiente	
Mujeres sin pensamientos suicidas	Hombres sin pensamientos suicidas
Problemas	Problemas
Depresión	Comunicación deficiente
Baja autoestima	Baja autoestima
Comunicación deficiente	Depresión
Definición de suicidio por mujeres con pensamientos suicidas	Definición de suicidio por varones con pensamientos suicidas
Problemas	Problemas
Quitarse la vida	Quitarse la vida
Depresión	Depresión
Solución	Solución
Definición de suicidio por mujeres sin pensamientos suicidas	Definición de suicidio por varones sin pensamientos suicidas
Problemas	Problemas
Quitarse la vida	Quitarse la vida
Depresión	Depresión
Solución	

La clasificación de los factores de riesgo se realiza teniendo en cuenta el individuo, la familia, la comunidad y las instituciones formales y no formales del Estado, incluyendo los contextos económicos y ambientales. Además del planteamiento de la OMS, y en esta perspectiva psicológica, los factores de riesgo se clasifican en:

Individuales: Cuando existen problemas de salud (enfermedades crónicas), enfermedades graves con hospitalización, dolor crónico, enfermedades transmisibles por ejemplo (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida), presencia de desórdenes de salud mental: depresión, intento suicida previo, consumo indebido de alcohol y otras drogas, problemas en el aprendizaje, fracaso escolar, no vínculo al estudio y/o trabajo, impulsividad, enfermedades incapacitantes, vulnerabilidad ante los eventos humillantes, internamiento involuntario, alteración de la identidad sexual, descuido y maltrato de los menores, aislamiento, separación, divorcio, desesperanza, muerte de la pareja, y factores socioeconómicos adversos.

Familiares: Conflictos o desorganización familiar; antecedentes de conducta suicida en la familia y familias con trastornos mentales graves y persistentes; violencia doméstica, abuso sexual, muerte o separación de familiares, ausencia de los padres, tanto psicológica como física; bajo nivel educativo del grupo familiar; aislamiento social o conducta antisocial; problemas familiares de comunicación; facilidad de medios que faciliten la conducta suicida, pobreza, desatención familiar.

Comunitarios: Deterioro socioeconómico de la comunidad, falta de acceso a los servicios relacionados con la salud y la educación, oportunidades limitadas para estudiar, trabajar o realizar actividades extracurriculares (culturales y recreativas) vecindario inseguro; exposición a agresiones, violencia; guerras, desastres, pertenencia a una minoría discriminada, alta incidencia de alcoholismo y otras adicciones y comportamiento suicida aceptado.

Institucionales: Violaciones sistemáticas de los derechos fundamentales de los pacientes en centros de tratamientos de las adicciones al alcohol y otras drogas; cárceles y escuelas desorganizadas con un marcado clima de violencia.

Factores Protectores: Como se señaló al inicio del capítulo, los factores protectores disminuyen la probabilidad de que surja un trastorno mental, mediante la reducción a la exposición de la persona al riesgo o la atenuación del efecto de los factores de riesgo y son:

Individuales: Dentro de los que se encuentra un buen estado de salud; hábitos saludables; adecuada nutrición; actitud y carácter positivo; buena relación con los pares; apropiadas aptitudes sociales; sentido de esperanza y

optimismo; autoestima adecuada; manejo del estrés; adaptabilidad; cociente intelectual elevado; nivel de educación alto; sentido de coherencia; metas profesionales y existencia de proyecto de vida.

Familiares: Satisfacción de las necesidades básicas aseguradas mediante el empleo estable y digno; estabilidad y coherencia del núcleo familiar; estímulo y refuerzo de actividades y comportamientos positivos; vida regular en el colectivo; reconocimiento de logros; apoyo a metas positivas; promoción de la amistad, la solidaridad, la tolerancia y la inclusión; establecimiento de límites sociales apropiados de conducta, evitar la violencia en todas sus manifestaciones, incrementar la resiliencia.

Comunitarios: Oportunidades educativas y profesionales; actividades para niños y adolescentes (deportes y actividades educativas); apoyo social; apoyo a las familias con necesidades especiales; legislación protectora de los jóvenes; entorno sin riesgos (ausencia de violencia, uso de drogas o contaminación ambiental); construcción de espacios públicos seguros (barrios, parques, plazas, edificios, caminos); oportunidades para el desarrollo económico sostenido (capacitación y créditos), redes de apoyo.

Institucionales: Formación de personal de atención primaria que realice la identificación y atención a las personas en riesgo y con trastornos emocionales, crear organizaciones basadas en las necesidades de las personas y que ofrezcan buen trato; instituciones proactivas en la defensa del medio ambiente; instituciones facilitadoras de la atención a personas con desventajas (discapacidades, minorías étnicas) y promotoras de la responsabilidad social por la salud mental de la población.

Antecedentes de investigación con población de la entidad

Es destacable la escasa investigación científica en el tema de suicidio teniendo como población de estudio a los habitantes del Estado de Puebla. Dentro de lo encontrado, destacan los aportes de Jones, Herrera y Thomas de Benítez (2007) desde un abordaje etnográfico sobre los efectos de una muerte por suicidio en jóvenes poblanos. Estos autores estudiaron cómo un suicidio hace evidente la carencia de un sistema de apoyo por parte de organismos gubernamentales y de la población civil, en igual nivel de relevancia de lo que ocurre con los grupos sociales inmediatos. En particular, se concentraron en un segmento social en condición de vulnerabilidad, adolescentes en situación de calle y la manera en que estos grupos sociales afrontan o se identifican con la muerte, incluyendo el suicidio.

En 2009, Montes Sosa y Montes Villegas analizaron, desde el marco de las representaciones sociales, cómo los jóvenes preparatorianos poblanos manifiestan su pensamiento social sobre el suicidio. Estos académicos de la BUAP encontraron que los jóvenes organizan su idea sobre el suicidio a partir de varios elementos en común: problemas diversos, depresión, baja autoestima y comunicación deficiente, por lo que plantean que el suicidio se focaliza en estos esquemas y se ancla en sus relaciones existentes. Otras coincidencias abordadas en dichos estudios son la proximidad entre la agresión sexual y las situaciones de acoso, las lesiones propias y de familiares en accidentes de tránsito, la relación proximal entre extorsión y llamadas obscenas y la proximidad entre las experiencias de robo o hurto y ser perseguido en la vía pública, factores atrayentes entre sí en un contexto de violencia e inseguridad, aunque no determinantes tienen influencia con un gran número de casos de suicidio.

El estudio y análisis sobre el suicidio en el Estado de Puebla se aborda principalmente a la implementación de investigaciones que se han hecho en las instituciones de educación superior que imparten en particular la carrera de Psicología en la capital del estado, así como también se ha abordado el tema en tesis de licenciatura, de posgrado y otras investigaciones que dan mayor claridad al fenómeno; en concreto, la investigación sobre este tema es muy escasa, lo que se refleja en que dieciséis instituciones de educación superior que imparten la carrera de Psicología, solamente muy pocas han hecho investigaciones sobre el suicidio en lo particular, entre estas se destacan el estudio realizado por la Universidad Iberoamericana, Huesca (2001) sobre el proceso de duelo en una madre con motivo del suicidio de uno de sus hijos, se basó en una metodología cualitativa a través de la entrevista profunda para conocer las etapas experimentadas y confirmar los hallazgos de Kübler-Ross, Reyes y Frankl.

El otro estudio importante en el ejercicio de investigación de orden descriptiva y correlacional sobre el suicidio, fue la tesis que trata la relación entre sentido de vida y tendencia al suicidio en jóvenes de 13 a 17 años realizado por Mijares (2004) en esta utilizó pruebas: como el PIL (Purpose in Life Test), el cual mide el sentido de vida, y el Cuestionario de Depresión de Beck, que valora las tendencias suicidas, encontrando que existe una relación significativa entre ambos factores, de tal forma que a mayor tendencia suicida, menor sentido de vida. Por su parte, Ramírez (2006) analizó la gestación del intento de suicidio a partir de un enfoque fenomenológico y de la teoría de los constructos personales de las personas que participaron en el estudio. El propósito fue conocer la historia de vida de las personas mediante la realización de entrevistas en profundidad y conocer de manera detallada su historia de vida; este autor concluye que las personas investigadas se comportaban de acuerdo con su propio sistema de interpretaciones, anticipaciones y predicciones.

Otro estudio relevante que aporta información reciente sobre el fenómeno del suicidio en el estado de Puebla es: “suicidio en menores de edad, en el estado de Puebla, en el periodo de mayo a diciembre del año 2018” de Machuca Saucedo (2018), publicado por la Revista de Extensión Científica en Salud UPAEP, dicho estudio tuvo como objetivo Identificar la frecuencia del suicidio en menores de edad e identificar las características y posibles agravantes del suicidio en menores de edad. Para ello se accedió a las bases de datos del Departamento de Homicidios de la Fiscalía General Del Estado de Puebla. En este ejercicio se analizaron 17 expedientes por casos de suicidio en adolescentes, todos residentes y fallecidos en Puebla. Se hicieron análisis descriptivos y se extrajeron datos de referencia sobre edades, móvil del hecho y por supuesto la edad. Es entre sus resultados lo que destaca que: de un total de 504 casos de muertes reportadas en el periodo de mayo a diciembre de 2018, de las cuales 67 (13.3 %) fueron de menores de edad, clasificados en 21 (30.9 %) homicidios, 28 (47.8 %) levantamiento de cadáver, 1 (1.5 %) feminicidio, 1 (1.5 %) aborto y 17 (25 %) suicidios; éstos últimos corresponden al 27.4 % del total de suicidios reportados (62). De estos 8 fueron hombres y 9 mujeres; con edad promedio de 14.8 ± 1.8 . Reportándose 11 casos de asfixia mecánica por ahorcamiento. Mayoritariamente en los distritos de San Andrés Cholula (7), Puebla (5), San Pedro Cholula (2), seguido por San Martín Texmelucan, Atlixco y Tlaxcala; siendo identificados principalmente por el padre (9 casos); levantándose en su domicilio (15 cadáveres). Todos estos hechos tienen relación directa o indirecta a fenómenos como el *bullying*, acoso escolar, baja autoestima, así como también conflictos de pareja, pérdida del sentido de vida, tristeza y en muchos casos se desconoció el motivo desde los mismos vínculos familiares.

En cuanto a la bien documentada mayor vulnerabilidad de comportamiento suicida en hombres que en mujeres, Rosales, Córdova y Guerrero (2013) formularon un modelo estadístico formado por cuatro variables de riesgo en varones: percepción de economía familiar negativa, estado emocional negativo, percepción de futuro negativo y percepción de ausencia de futuro positivo (desesperanza) en una muestra de estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Puebla. Por otro lado, en su estudio sobre la prevalencia de las experiencias de victimización criminal y los factores sociodemográficos asociados en estudiantes universitarios de Chihuahua, Guadalajara y Puebla, Chan-Gamboa y cols. (2017) encontraron que, en hombres, a mayor nivel socioeconómico, menos experiencias familiares de suicidio o desapariciones o de lesiones en accidentes viales. Además, estos investigadores sugieren que una mayor victimización criminal se asocia con menor disposición a permanecer en la ciudad actual de residencia; aparentemente, el nivel socioeconómico aparece como un factor de protección (alto nivel) o de riesgo (bajo nivel) en relación con la victimización delictiva, considerando la exposición a eventos significativos como una muerte por suicidio. Secundino-Guadarrama y cols., en 2020 publicaron un artículo

sobre predictores de ideación suicida, donde encontraron los siguientes como importantes marcadores (entre otros) para población de 15 a 19 en la entidad:

- -Haber sufrido violencia y angustia en el último semestre.
- -Divorcio de los padres.
- -Consumo de sustancias.
- -Presencia de diagnóstico de enfermedad mental (depresión, ansiedad y TLP -Trastorno Límite de la Personalidad- principalmente).
- -Intentos previos de suicidio (personales o familiares).

En conclusión, se establecen marcos de referencia en el campo de la investigación que califica al suicidio en la sociedad poblana como un problema grave de salud pública, que tiene la cualidad de ser prevenible. Para ello es necesario no solo atender los casos de depresión o intentos de suicidio, sino implementar estrategias para la detección temprana de posibles riesgos de conducta autolesiva.

V. Acciones, estrategias y políticas públicas

Como hemos venido señalando, el suicidio es un problema de salud pública importante, estrechamente relacionado con algunos trastornos de la salud, concretamente, la depresión. A lo largo del presente informe, el abordar la complejidad de las conductas suicidas comienza por identificar los factores de riesgo que pueden incidir en la aparición de conductas e ideación suicida. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) señala que mitigar los factores de riesgo para reducir los medios de suicidio y potenciar los factores de protección para fomentar la resiliencia, pueden reducir de manera eficaz las tasas de suicidio.

Planes y programas de prevención a nivel mundial

En el año 2014, la Organización Mundial de la Salud emitió el informe *Prevención del Suicidio: Un imperativo global*. Donde detallan los factores sociales, psicológicos y culturales que pueden interactuar para conducir a una persona a un comportamiento suicida. En este informe se exponen además tres clases de estrategias para contrarrestar dichos factores de riesgo, entre las que se encuentran la prevención de tipo “universal”, “selectiva” e “indicadas”. Las estrategias de prevención universal están diseñadas para llegar a toda una población. Las estrategias de prevención selectiva están dirigidas a grupos vulnerables que presentan mayor riesgo que el existente en la población general, como las personas que han padecido traumas, abusos o aquellas personas afectadas por conflictos o desastres. Las estrategias de prevención indicadas se dirigen a personas con vulnerabilidades específicas.

Dentro de la prevención “universal” se procuró aumentar el acceso a la atención de salud, una promoción de la salud mental reducir el consumo nocivo de alcohol, limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse o promover una información responsable por parte de los medios de difusión. En el marco de las estrategias de “prevención” se promovió una atención y apoyo hacia quienes hubiesen padecido traumas o abuso, dicho apoyo fue mediante la implementación de servicios de ayuda vía telefónica o personas adiestradas en el acompañamiento. Las estrategias “indicadas”, dirigidas a personas vulnerables específicas,

consistió en la capacitación del personal de salud y una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales y por uso de sustancia (OMS, 2016).

De igual forma, se señaló como una medida de prevención el fomento de los factores protectores. Esto debido a que las familias y los círculos sociales mejoran la capacidad de recuperación y podrían intervenir eficazmente en la ayuda hacia quienes puedan presentar ideación o planes suicidas. Este informe se elaboró mediante un proceso de consulta a nivel mundial y se basa en revisiones sistemáticas de los datos y evidencia científica de aquel momento.

La OPS, en un esfuerzo en conjunto con la OMS, publicaron un informe sobre la prevención de la conducta suicida en el 2016. Esta publicación fue concebida como una herramienta práctica que proporciona información esencial para comprender las conductas suicidas y brinda una serie de estrategias para combatirlas. En este informe se comenta que, en cuanto a política, en aquel entonces 28 países contaban con estrategias nacionales para la prevención del suicidio. Además, menciona que se establecieron múltiples unidades de investigación sobre el tema y se impartieron cursos académicos centrados en el suicidio y su prevención. Para proporcionar ayuda práctica, se establecieron líneas telefónicas de apoyo con la ayuda de voluntarios capacitados; esto facilitando que quienes tuvieran comportamientos suicidas (ideas o planes) solicitaran ayuda por medio de este medio. El informe relata también que la prevención del suicidio comienza con la vigilancia para definir el problema y comprenderlo, seguida de la identificación de los factores de riesgo y de protección. Una vez identificados los factores o causas del comportamiento suicida, se procede a desarrollar una intervención y su posterior evaluación. Señalando que la implementación es clave para tratar el problema (OPS, 2016, p. 5).

El informe de la OPS también enfatiza la importancia de diseñar e implementar estrategias de prevención a nivel nacional. Una estrategia nacional refleja el compromiso claro de un gobierno de ocuparse del problema. Señalando que las estrategias nacionales, en general, abarcan varias medidas de prevención, como la vigilancia, la restricción de los medios utilizables para consumir el suicidio, las directrices para los medios de difusión, la reducción del estigma y la concientización del público, así como la capacitación del personal de salud, educadores y policías. Este documento se elaboró tomando como base las presentaciones realizadas en el taller regional, en México, sobre prevención de la conducta suicida.

Por su parte, en 2017, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) presentó un paquete técnico para la prevención del suicidio. Este paquete técnico presentó un grupo selecto de estrategias para ayudar a las comunidades y a los estados a centrar su enfoque en las actividades de prevención que tienen el mayor potencial para prevenir el suicidio. Este paquete técnico tiene tres componentes. Para fines del presente informe, únicamente se

detallará el primer componente, en cual se encuentran todas aquellas estrategias y medidas para lograr la meta de prevenir el suicidio (Tabla 16).

Una importante característica de este paquete es el enfoque complementario y potencialmente sinérgico que pueden tener las estrategias incluidas dentro de él. Los enfoques y las estrategias tienen características tanto de prevención universal como selectiva e indicada, por lo que pueden ser aplicadas a la población general, a los grupos vulnerables y a los individuos particularmente vulnerables a incurrir en estas conductas. Algunas de las estrategias que se proponen abarcan distintos niveles y tratan de prevenir algunos de los factores de riesgo, como se puede observar a continuación.

Tabla 16.
Estrategias y enfoques en el abordaje de factores de riesgo para el suicidio (CDC, 2017).

Estrategia	Enfoque
Fortalecimiento de los apoyos económicos	• Fortalecimiento de la seguridad financiera del hogar • Políticas para la estabilidad de vivienda
Fortalecimiento del acceso a los cuidados relacionados con el suicidio y de su prestación	• Cobertura de afecciones mentales en las pólizas de seguro médico • Reducción de la escasez de proveedores en las áreas subatendidas • Cuidados más seguros con relación al suicidio mediante cambios a nivel de sistema
Creación de ambientes protectores	• Reducción del acceso a medios letales entre las personas en riesgo de suicidio • Políticas y cultura a nivel de organización • Políticas comunitarias para la reducción del consumo excesivo de alcohol
Fomento de la conexión	• Programas de normas de semejantes Actividades de participación en la comunidad
Enseñanza de destrezas de superación y resolución de problemas	• Programas de educación socio-emocional • Programas de destrezas de crianza y relaciones familiares
Identificación de las personas en riesgo y provisión de apoyo	• Capacitación del personal de primera línea • Intervención en crisis • Tratamiento para las personas en riesgo de suicidio • Tratamiento para la prevención de nuevos intentos
Reducción de los daños y prevención de riesgo futuro.	• Intervención posterior • Informe y mensajes seguros en relación con el suicidio

En su paquete técnico, el CDC describe las estrategias y los enfoques que cuentan con la mejor evidencia disponible para prevenir el suicidio.

- Fortalecimiento de los apoyos económicos: El amortiguamiento de estos riesgos puede potencialmente proteger a las personas y prevenir que incurran en el suicidio. Este fortalecimiento podría reducir el estrés y la ansiedad, y el potencial de una crisis y, por consiguiente, prevenir el suicidio.
- Fortalecimiento del acceso a los cuidados relacionados con el suicidio y de su prestación: Uno de los componentes esenciales de la prevención es identificar las maneras de mejorar el acceso a los servicios de salud mental y a cuidados relativos al suicidio para quienes lo requieran. Aparte del libre acceso a los servicios de salud mental, este enfoque pretende normalizar el comportamiento de búsqueda de ayuda y aumentar el uso de estos servicios.
- Creación de ambientes protectores: Este enfoque está centrado en su mayoría en el ámbito laboral y propone que, si se hacen cambios en la cultura de una organización mediante, por ejemplo, la implementación de grupos de apoyo o políticas para el bienestar personal se puede animar a las personas a buscar ayuda. De manera similar, si para prevenir los comportamientos dañinos se modifican características del entorno, como por ejemplo el acceso a medios letales, se podrían reducir las tasas de suicidio, particularmente en tiempos de crisis o transición.
- Fomento a la conexión: A través de la participación comunitaria se puede fomentar la conexión entre las personas y dentro de las comunidades puede proteger contra el suicidio.
- Enseñanza de destrezas de superación y resolución de problemas: Proporcionar a los jóvenes habilidades para hacer frente a los desafíos diarios y al estrés es una parte importante de la prevención del suicidio. El programa de educación socio-emocional y el programa de destrezas de crianza y relaciones familiares tienen el objetivo de enseñar destrezas de superación, afrontamiento y resolución de conflictos.
- Identificación de las personas en riesgo y provisión de apoyo: Encontrar la mejor manera de identificar los grupos vulnerables o de alto riesgo podría brindar una atención y cuidados hacia este sector poblacional. Si únicamente se mejoran la infraestructura y los servicios de salud, no hay garantía de que sean utilizados por aquellos que los necesiten. Resulta fundamental la capacitación del personal de primera línea para reconocer nuevos casos con mayor rapidez a fin de brindarles un seguimiento y una atención integral.
- Reducir los daños y prevenir el riesgo futuro: Es importante brindar cuidado y atención a quienes están experimentando el dolor causado por el suicidio, ya sea de un amigo, un familiar o pareja. Algunos de los enfoques que se pueden usar para reducir el daño y futuro riesgo de suicidio incluyen la intervención posterior y el informe y difusión de mensajes seguros tras el suicidio.

Estos tipos de apoyos engloban tanto un cambio de comportamiento individual como el compromiso y apoyo de aquellos sectores que pueden abordar directamente algunos de los riesgos subyacentes y contextos ambientales que aumentan el riesgo de suicidio. Actualmente, tanto la OMS como la OPS y el CDC en un esfuerzo para promover la búsqueda de ayuda, ofrecen formación y seminarios para que informar de manera responsable al público acerca del suicidio. Esto con la finalidad de fomentar estrategias de prevención y de afrontamiento del suicidio.

Los factores de riesgo y de protección, como se han abordado con anterioridad se relacionan con las estrategias de atención y prevención del suicidio; las estrategias para contrarrestar los factores de riesgo son de tres clases:

- Las estrategias de prevención “universal”, diseñadas para llegar a toda una población, pueden procurar aumentar el acceso a la atención de salud, promover la salud mental, reducir el consumo nocivo de alcohol, limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse o promover una información responsable por parte de los medios de difusión.
- Las estrategias de prevención “selectivas” se dirigen a grupos vulnerables, como los de quienes han padecido traumas o abuso, los afectados por conflictos o desastres, los refugiados y migrantes y los familiares de suicidas, mediante “guardianes” adiestrados que ayudan a las personas vulnerables y mediante servicios de ayuda como los prestados por líneas telefónicas.
- Las estrategias “a personas vulnerables específicas” mediante el apoyo de la comunidad, el seguimiento a quienes salen de las instituciones de salud, la capacitación del personal de salud y una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales y por uso de sustancias.

Primeramente, es importante saber que la gran mayoría de suicidios se llevan a cabo con previo aviso, son escasos los casos donde el suicida no da advertencias antes de cometer el suicidio. Por consiguiente, es primordial que todos los avisos sean tomados en serio y con la importancia que estos tienen, ya que puede ser este el momento decisivo para actuar y evitar el suceso. La familia juega un papel vital en la prevención del suicidio. Es recomendable que se tome en cuenta lo siguiente:

- a) Es importante que la familia pase tiempo con la persona, no forzando las situaciones.
- b) Evitar hablar solamente sobre la depresión, tristeza, desánimo que puede estar pasando la persona. Es mejor hablarle de eventos, vivencias o experiencias que le hayan hecho sentir bien a la persona, ahora que, si insiste en hablar sobre aspectos negativos, el dejar que la persona hable, podría ser bueno ya que serviría como desahogo.

- c) El no discutir con la persona es significativo ya que si se encuentra en esta situación podría presentarse muy sensible, intolerante o irritable por lo cual discutir sería contraproducente.
- d) Es bueno que la persona se mantenga ocupada, así que se le podría involucrar en las tareas del hogar. El ejercicio también es una muy buena alternativa ya que, aparte de ejercitar su cuerpo, puede servir como un factor desestresante y distractor, por lo que beneficiaría a la persona, en este caso es importante que se le acompañe en sus actividades, incluso si es posible realizar la misma actividad, ya que de esta forma el acompañamiento sería más significativo.
- e) Si la persona desea estar sola se le puede dejar, ya que esto podría servir para reflexionar las cosas. Sólo si se cree que al dejarla sola el suicidio podría presentarse, en ese caso se debe insistir en que no se quede sola.
- f) No prometer nada que posteriormente no se pueda cumplir, ya que esto podría ser contraproducente por la desilusión que sentiría la persona.
- g) Sería recomendable pedir que el sujeto escriba lo que esté pensando, ya que en ocasiones es más fácil expresar sentimientos y emociones de esta forma, además, así se podría monitorear constantemente los cambios de ánimo.
- h) Es importante tener teléfonos de emergencia a la mano para poder buscar ayuda si esta fuera necesaria.
- i) El buscar ayuda de un profesional es de vital importancia para acompañar y tratar de ayudar a la persona, pero se debe ser cuidadoso en el profesional a quien se acuda y el cómo se le sea manejado.
- j) Los esfuerzos de prevención que no solo se enfocan en los cambios de comportamiento individuales (por ejemplo, buscar ayuda, intervenciones de tratamiento) sino también en cambios en el ambiente pueden aumentar la probabilidad de que se consigan resultados positivos de salud y comportamiento.

La creación de ambientes que aborden los factores de riesgo y de protección en los lugares donde las personas viven, trabajan y se entretienen puede ayudar a prevenir el suicidio. Por lo tanto, los entornos donde residen y trabajan estas poblaciones son ideales para implementar programas, prácticas y políticas que actúen como amortiguadores contra el suicidio. Si se hacen cambios en la cultura de una organización mediante, por ejemplo, la implementación de políticas de apoyo, se pueden cambiar las normas sociales, se puede animar a las personas a buscar ayuda y se puede demostrar que se valora la buena salud y la buena salud mental, y no el estigma ni los demás factores de riesgo de suicidio. De manera similar, si para prevenir los comportamientos dañinos se modifican las características del ambiente físico como, por ejemplo, el acceso a medios letales, se pueden reducir las tasas de suicidio, particularmente en tiempos de crisis o

transición. Según la evidencia actual, se proponen tres posibles enfoques para la creación de estrategias públicas que protejan contra el suicidio:

Reducción del acceso a medios letales entre las personas en riesgo de suicidio

Los medios de suicidio como el uso de armas de fuego, colgarse o sofocarse, o saltar de un lugar alto, no proporcionan mucha oportunidad de rescate y, por lo tanto, tienen como resultado tasas altas de muerte (por ejemplo, aproximadamente el 85 % de las personas que usan un arma de fuego en un intento de suicidio muere por la lesión). Las investigaciones, además, parecen indicar que: el intervalo de tiempo entre el momento de la decisión de actuar y el intento de suicidio puede ser tan corto como 5-10 minutos, las personas tienden a no sustituir los métodos altamente letales por otros, cuando estos no están disponibles o son de difícil acceso. Por lo tanto, aumentar el intervalo de tiempo entre la decisión de actuar y el intento de suicidio (por ejemplo, al hacer que sea más difícil acceder a medios letales) puede salvar vidas. Los siguientes son ejemplos de enfoques que reducen el acceso a medios letales de las personas en riesgo de suicidio:

INTERVENCIONES EN LUGARES PROPICIOS PARA EL SUICIDIO

Los lugares propicios para el suicidio, o lugares donde pueden materializarse los suicidios con relativa facilidad, incluyen los lugares altos (por ejemplo, precipicios, balcones y techos), las vías del tren y los lugares aislados, como los parques. Los esfuerzos para prevenir el suicidio en estos lugares incluyen colocar barreras o limitar el acceso a ellos para evitar que las personas salten, e instalar carteles y teléfonos para animar a las que estén considerando suicidarse a solicitar ayuda.

PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO SEGURO

Tener los medicamentos, las armas de fuego y otros productos domésticos guardados en un lugar seguro puede reducir el riesgo de suicidio al crear una separación entre las personas vulnerables y el fácil acceso a medios letales. Dichas prácticas podrían incluir educación y consejería en torno al almacenamiento de las armas de fuego bajo llave en un lugar seguro (por ejemplo, en una caja fuerte o una caja de seguridad para armas), no cargadas y por separado de las municiones y al mantenimiento de los medicamentos en un armario bajo llave o en otro lugar seguro alejado de las personas que podrían estar en riesgo o que hayan intentado suicidarse anteriormente.

POLÍTICAS Y CULTURA A NIVEL DE ORGANIZACIÓN

Se podrían implementar políticas y una cultura que fomenten un ambiente de protección en los lugares de trabajo, los centros de detención y otros entornos seguros (por ejemplo, los entornos residenciales). Dichas políticas y valores culturales animan al liderazgo de arriba hacia abajo y podrían promover comportamientos prosociales (por ejemplo, pedir ayuda), el desarrollo de destrezas, normas sociales positivas, evaluaciones, remisiones y acceso a servicios de asistencia (por ejemplo, salud mental, tratamiento de abuso de sustancias, consejería financiera), así como también la creación de planes de respuesta ante crisis, intervenciones posteriores y otras medidas para fomentar un ambiente físico seguro. Estos ajustes en las políticas y la cultura pueden tener un impacto positivo en el clima y la moral de la organización, y ayudar a prevenir el suicidio y los factores de riesgo relacionados (por ejemplo, la depresión, el aislamiento social).

POLÍTICAS COMUNITARIAS PARA LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

Si bien existen varias políticas para limitar el consumo de alcohol en exceso, hay varios estudios sobre la relación entre la densidad geográfica de lugares de venta de alcohol y los factores de riesgo de suicidio (como violencia interpersonal y conexión social), que sugieren que las medidas para reducir la densidad geográfica de lugares de venta de alcohol podrían potencialmente reducir la cantidad de suicidios en los que medie el alcohol. Asimismo, un análisis longitudinal sobre la densidad geográfica de lugares de venta de alcohol, la mortalidad por suicidio y las hospitalizaciones por intento de suicidio en un periodo de 6 años indicó que las densidades mayores de bares, específicamente, se relacionaron con mayores cantidades de suicidios e intentos de suicidio, en especial en las áreas rurales.

A partir de los siguientes enfoques, las políticas públicas en México y en especial en el estado de Puebla, deben de modelar las normas de los semejantes y mejorar la participación comunitaria para fomentar la conexión entre las personas y dentro de las comunidades puede proteger contra el suicidio.

IMPLEMENTAR PROGRAMAS DE NORMAS DE SEMEJANTES

Estos programas tienen el objetivo de normalizar los factores de protección contra el suicidio, como buscar ayuda, acercarse y hablar con un adulto de confianza y promover la conexión con semejantes. Al aprovechar las cualidades de liderazgo y la influencia social de los semejantes, estos enfoques se pueden usar para modificar las creencias a nivel de grupo y promover un cambio positivo a nivel social y comportamental. Estos enfoques generalmente están

dirigidos a los jóvenes y se implementan en entornos escolares, pero también se pueden implementar en entornos comunitarios.

IMPLEMENTAR ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN EN LA COMUNIDAD

La participación en la comunidad es uno de los aspectos del capital social. Los enfoques para la participación en la comunidad pueden implicar la participación de las personas en una variedad de actividades, incluidas las actividades religiosas, las actividades de limpieza y reverdecimiento, así como también las actividades grupales de ejercicio físico. Estas actividades les proporcionan la oportunidad de tener mayor participación en la comunidad y de conectarse con otros integrantes de la comunidad, organizaciones y recursos, lo cual lleva a una mejor salud física general, menos estrés y menos síntomas depresivos que, a su vez, reducen el riesgo de suicidio.

ANTECEDENTES EN LEGISLACIÓN Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN MÉXICO Y PUEBLA

En materia de Derecho, en México se han hecho varias reformas e Iniciativas con la finalidad de prevenir los suicidios en la población en general. Así como también garantizar el acceso a quienes necesiten acompañamiento terapéutico. En 2013, integrantes del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional (PRI) presentó una Iniciativa con proyecto de Decreto por el que se reforman diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de salud mental y prevención del suicidio. Dicha iniciativa promovía la reforma a la fracción I del artículo 74 de la Ley General de Salud para quedar de la siguiente forma.

Artículo 74. La atención de los trastornos mentales y del comportamiento comprende:

I. La atención de personas con trastornos mentales y del comportamiento, la evaluación diagnóstica integral y tratamientos integrales, **la valoración y tratamiento en el primer nivel en unidades de atención de los centros de salud** y la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas;

Así como también se replanteó el párrafo primero del artículo 77 de dicha Ley.

Artículo 77. Los padres, tutores, quienes ejercen la patria potestad o quienes ostenten la representación legal de personas con trastornos mentales y del comportamiento, serán responsables de la guardia o custodia. Las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con las personas con trastornos mentales y del comportamiento, procurarán la oportuna y debida atención de los mismos. **En caso de que el trastorno no requiera internamiento, pero sea determinante para que la persona realice actos para privarse de la vida, deberán suscribir un compromiso de vida, obligándolo a participar en diversas actividades terapéuticas a cargo de las autoridades sanitarias.**

Del mismo modo se adicionó a la fracción III Bis. y VIII Bis. al artículo 6 perteneciente a la Ley General de Salud.

Artículo 6.

De la I a la III.

...

III Bis. Impulsar la participación y coordinación de la sociedad civil con las instituciones públicas y privadas para la atención de los temas considerados como prioritarios por esta ley.

De la IV a la VIII.

...

VIII Bis. Promover cursos y capacitaciones para estudiantes de las carreras relacionadas con la medicina y psicología, personal del sector salud en el país, en materia de salud mental y prevención de conductas suicidas.

Una fracción VIII Bis. al artículo 17 de la Ley General de Salud.

Artículo 17.

De la I a la VIII

...

VIII. Bis. Opinar sobre los contenidos de los programas de televisión y noticias sensacionalistas en materia de salud mental, principalmente en aquellos asuntos relacionados con suicidios.

Y VII Bis. al artículo 73 de dicha Ley.

Artículo 73.

De la I a la VII.

VII Bis. La capacitación en las unidades médicas y centros de salud para la atención en el primer nivel y conductas suicidas.

Dichas reformas y adiciones a los artículos de la Ley General de Salud tenían como finalidad impulsar la participación de diversos organismos jurídicos para poder ofrecer apoyos y tratamientos para las personas con ideación suicida. Sin embargo, las autoridades dieron a conocer que la Iniciativa turnada en 2013 quedaría desechada. Esto debido a que las reformas fueron refutadas mediante un dictamen en el que se concluyó que las reformas limitaban y retrasaban el tratamiento que se les da a los pacientes con algún trastorno mental.

En 2018 se propuso una Iniciativa que expide la Ley General de Prevención, Atención y Posvención del Suicidio. Dicha ley tiene por objeto establecer la concurrencia entre la federación las entidades federativas y los municipios para inducir la disminución en la incidencia del suicidio; a través de su prevención, atención, posvención y por objeto establecer la concurrencia entre la federación las entidades federativas y los municipios para inducir la disminución en la incidencia del suicidio; a través de su prevención, atención, posvención y erradicación. Las disposiciones de esta ley son de orden público, interés social y de observancia general en la República Mexicana. En ella se propone la elaboración de una Comisión Permanente de Prevención, Atención y Posvención del suicida, integrada por un representante de la Secretaría de Gobernación, un representante de la Secretaría de Salud, un representante de la Secretaría de Educación y dos representantes de las entidades orientadas a la investigación.

Entre las funciones de la comisión, de acuerdo al Artículo 5 de la Ley General de Prevención, Atención y Posvención del Suicidio:

Artículo 5. Son funciones de la Comisión las siguientes.

I. El abordaje multifactorial, coordinado, interdisciplinario e interinstitucional de la problemática del suicidio.

II. Formulación y desarrollo de acciones, estrategias y programas integrales considerando la participación interinstitucional con enfoque multidisciplinario, orientados a la prevención, atención, posvención y erradicación del suicidio.

III. Desarrollo de servicios asistenciales, sensibilización de la población, capacitación y profesionalización de recursos humanos, personal

médico, paramédico y, en su caso, quienes atiendan a las personas en crisis, en instituciones gubernamentales y privadas para prevenir el suicidio.

...

En torno a la prevención del Suicidio, el artículo 8 y el artículo 9 proponen el establecimiento de programas de capacitación y campañas de sensibilización y concientización sobre los factores de riesgo.

Artículo 8. La Comisión establecerá programas de capacitación y fortalecerá el desarrollo de habilidades para la detección de personas con conductas suicidas en los ámbitos educativo, salud, laboral y recreativo.

Artículo 9. La Comisión generará campañas de sensibilización y concientización de la población sobre factores de riesgo al suicidio, a través del uso de Tecnologías de Información y Comunicación.

Dicha iniciativa fue aprobada por la Cámara de Diputados y se encuentra actualmente en revisión para continuar con los siguientes estadios del proceso legislativo. En 2019 el Diputado Juan Martín Espinoza Cárdenas presentó la Iniciativa que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud. Esto con la finalidad de prevenir y disminuir los casos e índices de Suicidio. Proponiendo los siguientes cambios.

Artículo 3. (...)

I. a VI. (...)

VI Bis. La prevención y el control oportunos del suicidio, así como la atención de la depresión, tendente a la conducta suicida.

VII. a XX. (...)

XXI. El Programa Nacional Integral de Atención y Prevención del Suicidio.

XII. a XXVIII (...)

Artículo 73 Bis. La Secretaría de Salud, en coordinación con las instituciones de salud, los gobiernos de las entidades federativas y las autoridades competentes, formulará el Programa Nacional Integral de Atención y Prevención del Suicidio, con la finalidad de prevenir y disminuir los casos e índices de suicidio en el país.

Esta iniciativa se encuentra bajo revisión, para ser aprobada. El decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. En el mismo año, la presidenta de la Mesa Directiva, Mónica Fernández Balboa, informó que el Senado de la República había empezado a trabajar en una estrategia legislativa integral. Dicha estrategia tiene la finalidad de establecer políticas que ayuden a prevenir el suicidio, mejorar la atención de la salud mental de la población y dotar de herramientas a los especialistas que atienden este problema de salud pública. Promoviendo estrategias preventivas aplicables tanto para la población general como para los grupos vulnerables o en situación de riesgo (Senado de la República, 2019). Así, el Pleno del Senado de la República aprobó con 85 votos a favor las reformas para la prevención y control del suicidio, así como la asistencia por lesiones autoinfligidas con el propósito de perder la vida, sean consideradas materia de salubridad general.

Como se puede ver, el suicidio ha cobrado importancia en los últimos años, motivo por el cual en México se han empezado a implementar y modificar normas para poder prevenir los casos de suicidio y de jóvenes con ideación suicida. Esto mediante una serie de estrategias del tipo universal, selectivas e indicadas.

PLANES Y PROGRAMAS DE PREVENCIÓN A NIVEL ESTATAL

Como se ha detallado a lo largo del presente informe, en la actualidad Puebla es uno de los estados con más altos índices de suicidio a nivel nacional. De acuerdo a los datos proporcionados por el INEGI, en 2020 Puebla reportó una tasa de defunciones por suicidios de 5.1 casos por cada 100,000 habitantes. En contraste con la tasa de defunciones por suicidio reportada en el 2018, en la que se reportó 4.9 casos de defunciones por suicidio por cada 100,00 habitantes.

En mayo de 2011, por parte de la Subdirección de Atención a la Salud se publicó un manual de prevención del suicidio titulado “De la mano con la vida”, dicho manual fue aprobado en el mes de septiembre de 2011. En él se enuncian algunos aspectos básicos para la prevención y atención del suicidio, seguido de algunas causas de suicidio y las principales actitudes que presenta una persona con pensamiento y/o conductas suicidas. Es destacable la escasa profundidad de este manual en materia de prevención. Las estrategias que propone poseen una índole selectiva e indicada, por lo que se enfoca únicamente en aquellos grupos que presentan ideas suicidas o que son considerados una población vulnerable. Además, se busca únicamente la prevención desde un ámbito familiar y no se ve desde un enfoque multifactorial.

De igual forma, las estrategias que proporciona para intervenir en caso de peligro eminente de suicidio son planteadas de manera general y poco clara. No evidencia una verdadera alternativa para una atención primaria o de emergencia ante un riesgo inminente de suicidio. Este documento fue elaborado por el

Sistema Municipal DIF del municipio de Puebla, por lo que su ámbito de aplicación está limitado o se circunscribe únicamente para dicho municipio no encontrando mayores referentes a nivel estatal.

En lo referente a las instancias jurídicas, en 2021 el Grupo Legislativo del Partido MORENA de la Sexagésima Legislatura del Congreso de Puebla, presentó la siguiente Iniciativa de Decreto por virtud del cual se adiciona la fracción XII Bis. de la Ley Estatal de Salud quedando de la siguiente manera.

Artículo 7

La coordinación del Sistema Estatal de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud Pública del Estado, correspondiéndole a ésta; lo siguiente:

I. a XI. ...

XII. Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas estatales y federales para formar y capacitar recursos humanos para la salud;

XII Bis. Coordinarse con las instituciones educativas para diseñar, proponer, desarrollar y aplicar acciones de prevención del suicidio.

XIII. a XVIII. ...

Esta adición tiene la finalidad de diseñar, proponer, desarrollar y aplicar acciones de prevención del suicidio de índole tanto universal, selectiva e indicada, siendo una propuesta dirigida para toda la población, sean grupos vulnerables o no. Asimismo, se señala que un adecuado estudio psicológico, de salud y sociológico en las poblaciones jóvenes podría ser determinante para saber su posible comportamiento. Esta Iniciativa fue aprobada por el Congreso de Puebla y se encuentra actualmente en proceso de ser revisada para su posterior implementación.

A pesar de que en Puebla exista un alto índice de suicidio en jóvenes y adultos, es evidente la falta de información y de estrategias para prevenir dicho fenómeno. Es destacable los múltiples esfuerzos que han realizado las organizaciones en el Estado, tanto gubernamentales como no gubernamentales. Sin embargo, los índices van en aumento cada año y es preciso señalar que la intervención del Estado es necesaria, así como la implementación de una serie de estrategias con la finalidad de concientizar e invitar a los ciudadanos a buscar apoyo, así como también es imprescindible fomentar y cultivar una cultura de concientización acerca de este fenómeno.

Finalmente, en los Anexos B, se integra el catálogo completo histórico de las estrategias de prevención de suicidio adolescente (CDC, 1992), y con vigencia/pertinencia actual para el Estado de Puebla.

Referencias

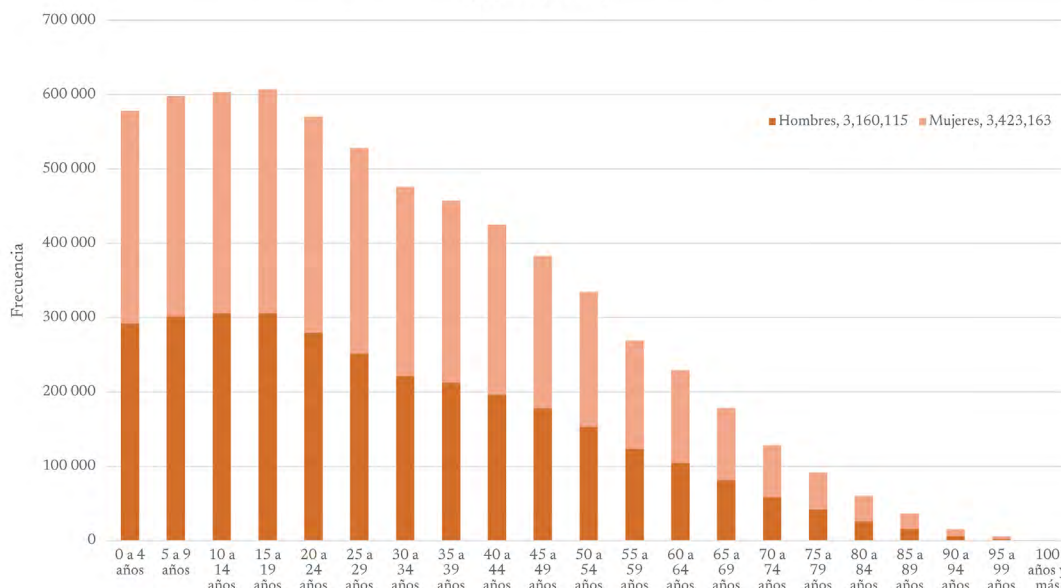
- Alarcón-Guzmán, R. D., & Castillo-Martell, H. (2020). The role of Community Mental Health in a new architecture of World psychiatry and Global Mental Health. *Salud Mental*, 43(5), 235-240.
- Amparano, L. & Arévalo, J. (2017). Iniciativa con proyecto de decreto que expide la ley general de salud mental. Recuperado de: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2017/12/asun_3636417_20171201_1512066886.pdf
- CDC, Centros de Control y Prevención de Enfermedades. (2018). *Prevención del suicidio: Paquete técnico de políticas, programas y prácticas*. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackage-es.pdf>
- Chan-Gamboa, E. C., Morales-Quintero, L. A., Ruiz-Pérez, J. I., & Vaca-Cortés, J. (2017). Factores sociodemográficos asociados a la victimización delictiva en estudiantes universitarios de tres ciudades mexicanas. Sociodemographic factors associated with criminal victimization in university students in three Mexican cities. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 93–107. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.fsav>
- Córdoba, R. N. (2016). Suicidio en niños y adolescentes. *Biomédica, Revista del Instituto Nacional de Salud*, 6(3), 341-342. Recuperado de <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3614/3294>
- Corona Miranda, B., Hernández Sánchez, M. & García Pérez, R.M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011
- Espinoza, J., M. (2019). *Iniciativa que reforma y adiciona diversas disposiciones de salud, a cargo del diputado Juan Martín Espinoza Cárdenas, del grupo parlamentario de Movimiento Ciudadano*.
- Hernández, C. (2018). *Iniciativa que expide la Ley General de Prevención, Atención y Posvención del Suicidio, a cargo del diputado César Agustín Hernández Pérez, del grupo Parlamentario de Morena*.
- Hernández, L., Álvarez, I., Araujo, A., Flores, M., Pineda, M., & Romero, M. (2013). *Iniciativa con proyecto de Decreto por el que se reforman diversas disposiciones de la Ley General de Salud*. https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/43861
- Huesca B., M.G. (2001). *Proceso de duelo especial en una madre a causa del suicidio de uno de sus hijos. Estudio de caso*. Tesis inédita de Licenciatura. Puebla: Universidad Iberoamericana.
- INEGI. (2019). *Características de las defunciones registradas en México durante 2018*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>

- INEGI. (2020). *Características de las defunciones registradas en México durante 2019*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>
- INEGI. (2021). *Características de las defunciones registradas en México durante 2020*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pre_07.pdf
- INEGI. (2021) *Estadísticas de mortalidad*. <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp>
- Jones, G. A., Herrera, E., & Thomas de Benítez, S. (2007). Tears, Trauma and Suicide: Everyday Violence among Street Youth in Puebla, Mexico. *Bulletin of Latin American Research*, 26(4), 462-479. <https://doi-org.udlap.idm.oclc.org/10.1111/j.1470-9856.2007.00237.x>
- Machuca, C. C. (2018). Suicidio en menores de edad, en el estado de Puebla, en el periodo de mayo a diciembre del año 2018. *Revista de Extensión Científica en salud UPAEP*. https://investigacion.upaep.mx/micrositios/recsu/assets/mib_suicidio_en_menores_de_edad.pdf
- Martín, J. (2019). *Iniciativa que reforma y adiciona diversas disposiciones de salud, a cargo del diputado Juan Martín Espinoza Cárdenas, del grupo parlamentario de Movimiento Ciudadano*.
- Mijares M., R. (2004). *Relación entre sentido de vida y tendencia al suicidio en jóvenes de 13 a 17 años*. Tesis inédita de Licenciatura. Puebla: Universidad Iberoamericana
- Montes Sosa, G. & Montes Villegas, F. (2009). El pensamiento social sobre el suicidio en estudiantes de bachillerato. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 311-324. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211992007>
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Prevención de la conducta suicida*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Prevención del suicidio*. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio, un imperativo global*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/execution_summary_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. ([2021]). *Vivir la vida: guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países: resumen ejecutivo*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343054>.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Datos y cifras del suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide.html>
- Ramírez R., N. (2006). *La gestación del intento de suicidio: un acercamiento desde la fenomenología y la teoría de los constructos personales. Estudio de casos*. Tesis inédita de Licenciatura. Puebla: Universidad Iberoamericana.

- Rosales Pérez, J. C., Córdova Osnaya, M., & Guerrero Barrios, D. I. (2013). Ideación suicida y variables asociadas, conforme al sexo, en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Puebla. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2), 390-406. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol16num2/Vol16No2Art5.pdf>
- Secretaría de Salud, (2013). *Programa de acción específico en salud mental 2013-2018*. Recuperado de <http://consame.salud.gob.mx>
- Secundino-Guadarrama, G., Veytia-López, M., Guadarrama-Guadarrama, R., & Míguez, M. C. (2021). Depressive symptoms and automatic negative thoughts as predictors of suicidal ideation in Mexican adolescents. *Salud Mental*, 44 (1), 3-10.
- Senado de la República. (2019). *Trabaja Senado estrategia integral para prevenir el suicidio y mejorar atención de la salud mental*. Recuperado de <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/45945-trabaja-senado-estrategia-integral-para-prevenir-el-suicidio-y-mejorar-atencion-de-la-salud-mental.html>
- Sistema Municipal DIF Puebla. (2011). *Manual de prevención del suicidio en el municipio de Puebla, "De la mano con la vida"*. Puebla: DIF Estatal.
- Trujillo de Ita, J. (2021). *Iniciativa de decreto por virtud del cual se adiciona la fracción XII Bis. de la Ley Estatal de Salud*.
- Senado de la República. (2019). *Trabaja Senado estrategia integral para prevenir el suicidio y mejorar atención de la salud mental*. <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/45945-trabaja-senado-estrategia-integral-para-prevenir-el-suicidio-y-mejorar-atencion-de-la-salud-mental.html>

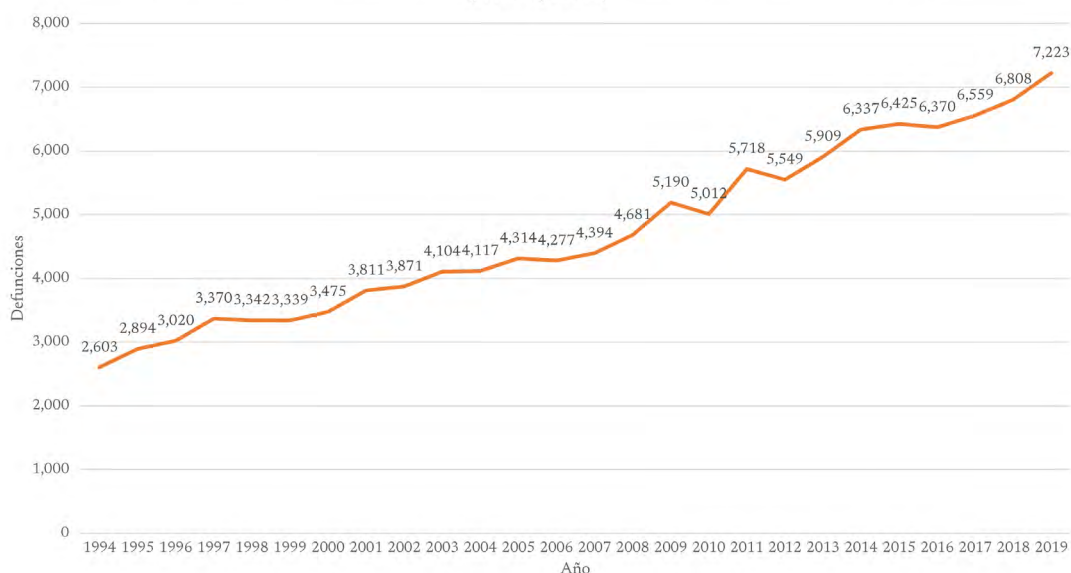
Anexo A

Fig. Población total en Puebla y grupo quinquenal de edad según sexo, censo de 2020
(INEGI, 2021)



Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020. Para tal año, la información está referida al 15 de marzo e incluye una estimación de población de 6,337,751 personas que corresponden a 1,588,422 viviendas sin información de ocupantes.

Fig. Suicidios registrados -población total- en la República Mexicana de 1994 a 2019
(INEGI, 2021)



Nota: Defunciones registradas por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida. La información corresponde a los suicidios registrados y clasificados con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); para los años de 1994 a 1997, CIE-9, Suicidios y lesiones autoinfligidas (950-959); a partir de 1998, a la CIE-10, Lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60-X84).

Fig. 1 Defunciones por suicidio en la población total por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida según sexo en 2019 (INEGI, 2021)

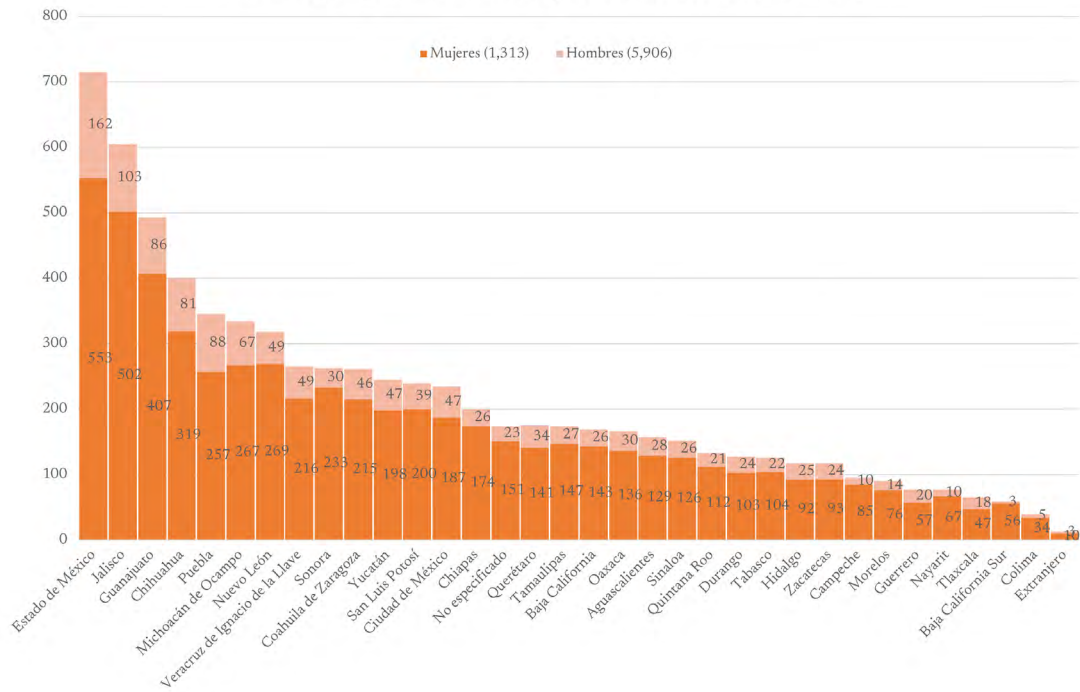


Fig. 2 Defunciones por suicidio -población total- registradas en Puebla como residencia habitual de la persona fallecida, según sexo, serie anual de 2010 a 2019 (INEGI, 2021)

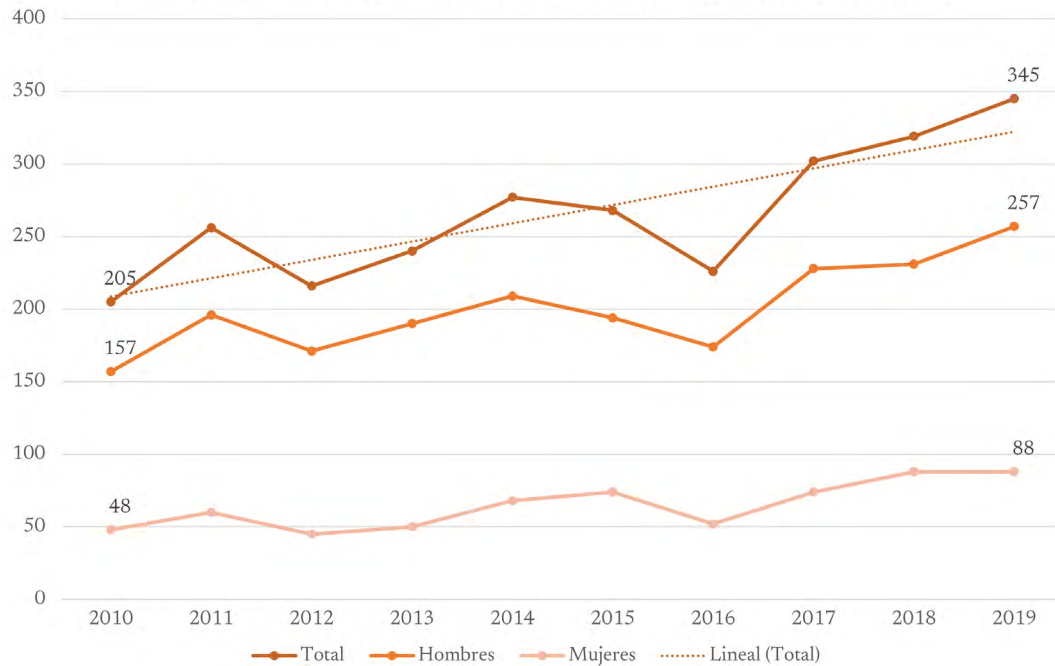
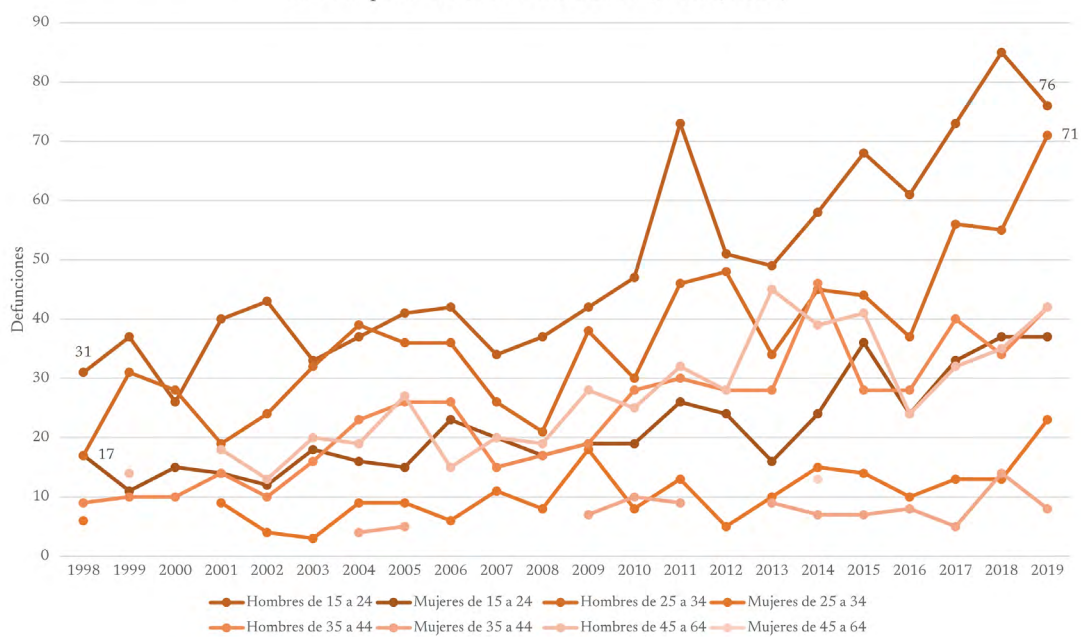
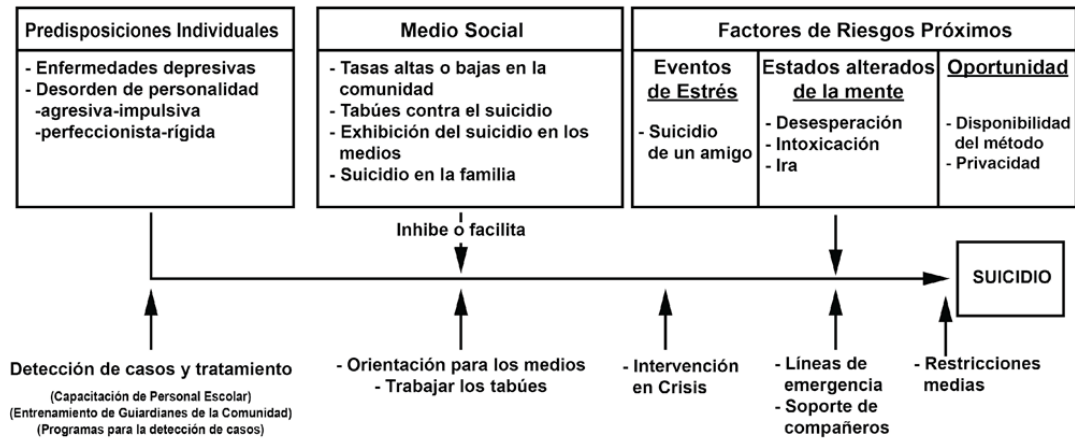


Fig. Evolución de la mortalidad por suicidio dentro de las primeras 20 causas por grupos de edad para Puebla de 1998 a 2019 (INEGI, 2021)



Nota: los criterios para la selección de las 20 principales causas de muerte consideran la Lista Mexicana de Enfermedades y comprende por lo menos el 80 % del total de defunciones registradas. Se excluyen los grupos de causas insuficientemente especificadas, y el total puede no corresponder a la suma de ambos sexos, ya que incluye sexo no especificado.

Figura 1
Modelo Conceptual de Factores que Influyen en el Suicidio Juvenil.
Causas de Suicidio



Estrategias de Prevención
Adaptado, con el permiso, de el *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Shaffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P., y Trautman, P. *Preventing Teenage Suicide: A Critical Review*, 1988, 27:67-687

FIGURA 2.
El Razonamiento de los Programas de Entrenamiento de Guardianes Escolares para Prevenir el Suicidio en los Jóvenes

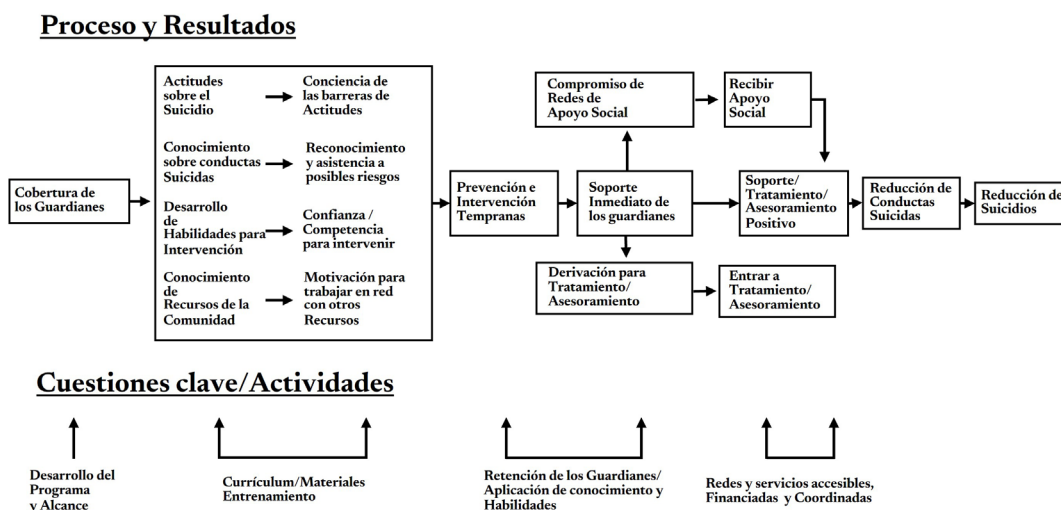


FIGURA 3.
El Razonamiento de los Programas de Entrenamiento de
Guardianes Sociales para Prevenir el Suicidio en los Jóvenes

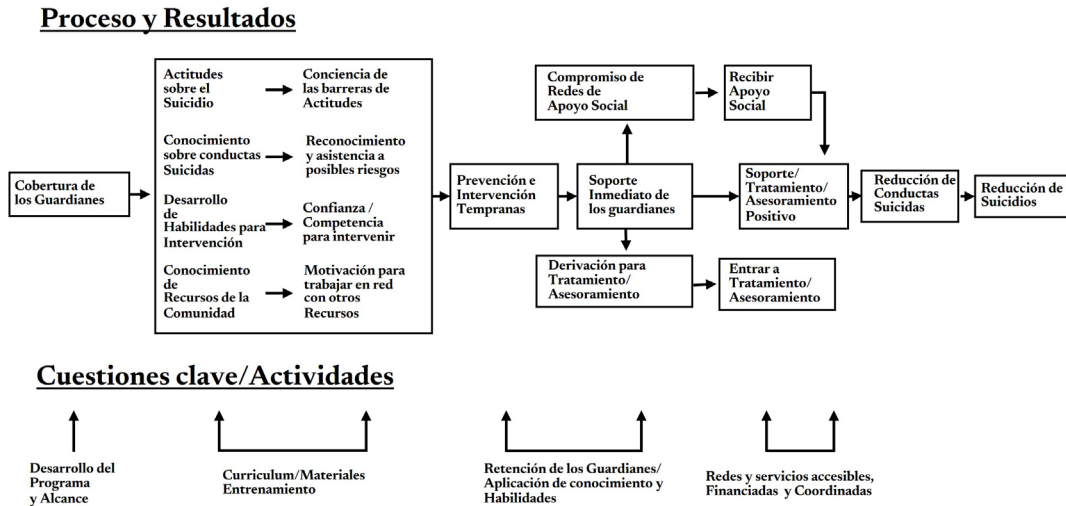


Figura 4.
El Razonamiento para los Programas de Educación en Suicidio para la
Prevención General de Suicidio en Jóvenes

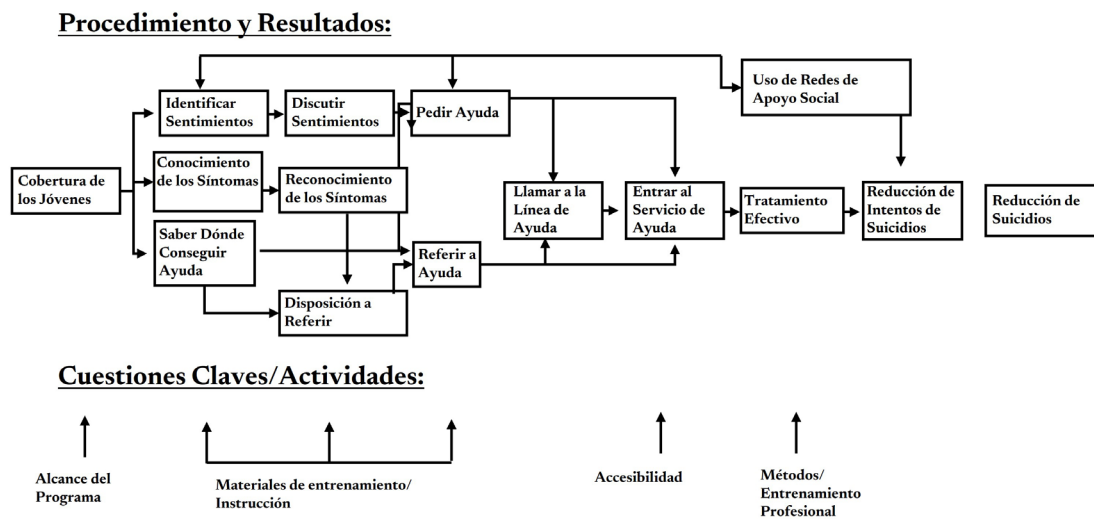
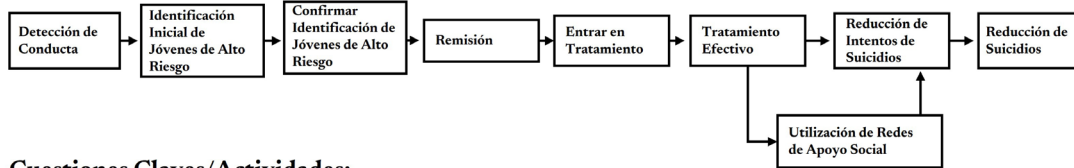


Figura 5.
Razonamiento de los Programas de Detección para Prevenir el Suicidio en Jóvenes

Procedimiento y Resultados



Cuestiones Claves/Actividades:

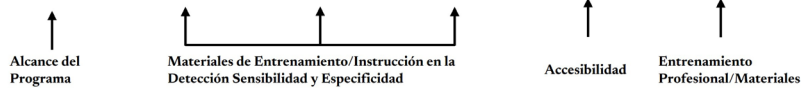
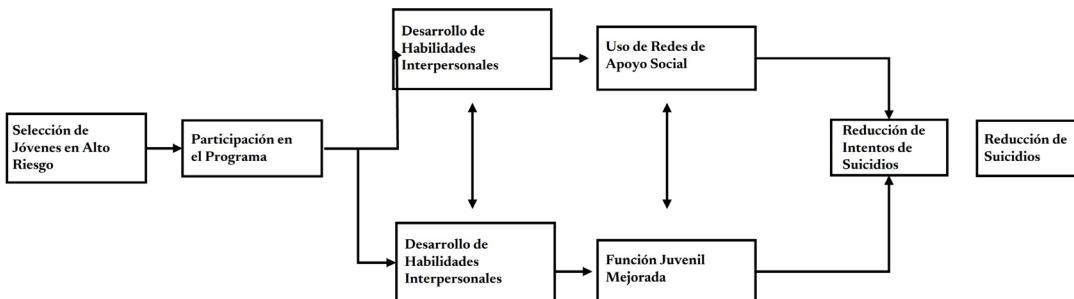


Figura 6.
El Razonamiento Programas de Apoyo entre Pares para Prevenir el Suicidio en Jóvenes

Procedimiento y Resultados:



Cuestiones Claves/Actividades:

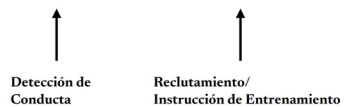
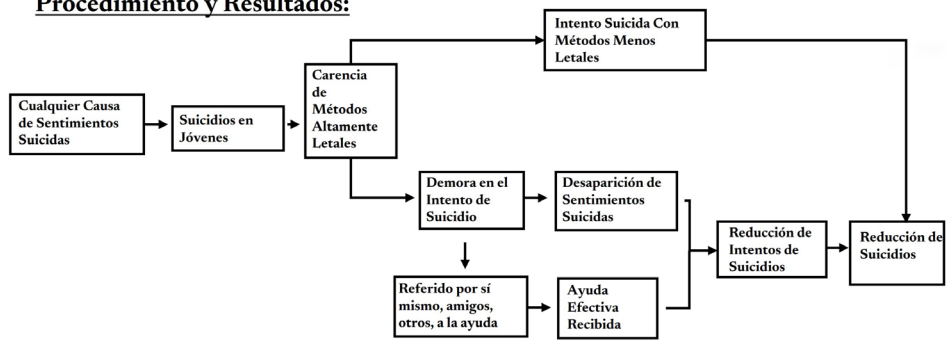


Figura 8.
El Razonamiento detrás las Restricciones de Medios por Parte del Programa para Prevenir el Suicidio en Jóvenes

Procedimiento y Resultados:



Cuestiones Claves/Actividades:



