



Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio: articulando los servicios de salud en México

Dynamic Model of Suicide Risk Orders: articulating Health Services in Mexico

DOI: <https://doi.org/10.62364/cneip.5.2023.178>

Paulina Arenas-Landgrave*, Alicia Edith Hermosillo-de-la-Torre**, Alejandro Vázquez-García***, Michel André Reyes-Ortega****, Pavel Eden Arenas-Castañeda*****, Diana Iris Tejadilla-Orozco***, Pamela Espinosa-Méndez ***, Alejandro Molina-López *****, Cristian Antonio Molina-Pizarro ***** y Hugo Miguel Malo Serrano*****

Universidad Nacional Autónoma de México*

Universidad Autónoma de Aguascalientes**

Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (ST-CONSAME)***

Instituto de Terapia y Análisis de la Conducta****

AMA Contra el Suicidio *****

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente*****

Instituto de Salud mental del Gobierno de Yucatán*****

OPS/OMS México*****

Citación

Arenas-Landgrave, P., Hermosillo-de-la-Torre, A. E., Vázquez-García, A., Reyes-Ortega, M. A., Arenas-Castañeda, P. E., Tejadilla-Orozco, D. I., Espinoza-Méndez, P., Molina-López, A., Molina-Pizarro, C. A. y Malo, H. M. (2023). Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio: articulando los servicios de salud en México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 5(2023), 1-12. DOI: <https://doi.org/10.62364/cneip.5.2023.178>

Artículo enviado 20-02-2023, aceptado 01-07-2023, publicado 07-08-2023

Resumen

En México y en la región de las Américas se ha observado un aumento considerable de muertes por suicidio. Situación que condujo al desarrollo del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS); cuya estrategia central es la estructuración y organización de los servicios de salud para la atención a las personas con comportamiento suicida. Para ello, se desarrolló el Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio (MODORIS), herramienta integral y flexible para la coordinación de los servicios de salud, que establece un abordaje comunitario e intersectorial así

Correspondencia:

Correspondencia: Alejandro Vázquez García. Periférico Sur 2905, Col. San Jerónimo Lídice, Alcaldía Magdalena Contreras, C.P. 10200, México, Ciudad de México. Teléfono: 5553772700 Ext. 52747. Correo: vazquezg.alejandro@gmail.com

* Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Av. Universidad 3004, Ciudad Universitaria, Ciudad de México, México, C.P. 04510.

** Departamento de Psicología, Universidad Autónoma de Aguascalientes. Av. Universidad 940, Ciudad Universitaria, Edificio 212, Aguascalientes, Ags., México, C.P. 20100.

*** Periférico Sur 2905, Col. San Jerónimo Lídice, Alcaldía Magdalena Contreras, C.P. 10200, México, Ciudad de México.

**** Canadá 177, Colonia San Lucas, Delegación Coyoacán Ciudad de México, México, C.P. 04030

***** Jalapa 11, San Salvador Cuauhtenco, Milpa Alta, Ciudad de México, CP. 12300

***** Calz. México-Xochimilco 101 Col. San Lorenzo Huipulco, C.P. 14370. Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México

***** Avenida colón 199 A. García Gineres, Mérida, Yucatán, México. C.P. 97070

***** Ex asesor OPS/OMS México. Montes Urales No. 440, Piso 2, Col. Lomas de Chapultepec, Alc. Miguel Hidalgo. Ciudad de México, C.P. 11000.

como un manejo específico en servicios ambulatorios y hospitalarios, mediante el trabajo colaborativo de los primeros respondientes, personal de salud no especializado y especialistas en salud mental. En este artículo se presenta el desarrollo y estructura del MODORIS y se analizan las implicaciones de su incorporación dentro de las redes integradas de servicios de salud en el país.

Palabras clave | MODORIS, suicidio, riesgo de suicidio, prevención de suicidio, red de servicios de salud, barreras en salud mental

Abstract

In Mexico and in the region of the Americas, there has been a considerable increase in suicide deaths. This situation led to the development of the National Program for Suicide Prevention (PRONAPS), whose central strategy is the structuring and organization of health services for the care of people with suicidal behavior. For this purpose, the Dynamic Model of Suicide Risk Orders (MODORIS) was developed, a comprehensive and flexible tool for the coordination of health services, which establishes a community and intersectoral approach as well as a specific management in outpatient and inpatient services, through the collaborative work of first responders, non-specialized health personnel and mental health specialists. This article presents the development and structure of MODORIS and analyzes the implications of its incorporation into the integrated health services networks.

Keywords | MODORIS, suicide, suicide risk, suicide prevention, health services network, mental health barriers.

El suicidio, acto deliberado de quitarse la vida, es considerado un problema de salud pública a nivel mundial y regional (World Health Organization [WHO], 2021; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023). En México ocurrieron 8,351 defunciones por lesiones autoinfligidas en el año 2021, con una tasa de 6.5 suicidios por cada 100,000 habitantes, siendo relevante el incremento continuo que ha presentado entre la población durante la última década, principalmente entre los jóvenes de 15 a 29 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2022) quienes reportan altos niveles de malestar emocional asociados a contextos familiares, sociales y económicos, violentos y limitativos, lo que se articula con problemáticas de riesgo como consumo de sustancias, comportamiento autolesivo o suicida, entre otros (García et al., 2019; Uribe et al., 2021).

La situación es más alarmante al considerar diversas variables del contexto. Por un lado, el subregistro debido al estigma en la comunidad, que influye en la clasificación errónea de la causa de muerte (Snowdon & Choi, 2020); los riesgos psicosociales asociados a la depresión, ansiedad, consumo de sustancias, entre otros que incrementaron hasta cinco veces más durante los años de la pandemia por COVID-19 en la región de las Américas, aunado a la falta de servicios para atenderlos, que osciló entre el 40% y 60% en dicha región (Tausch et al., 2022). Por ello, resulta importante considerar la prevención del suicidio como un tema prioritario de salud pública, tanto por las muertes registradas por esta causa, como por los efectos complejos y duraderos que tiene en la salud mental de las personas (WHO, 2021).

En el año 2018 se logró por primera vez en el país, en respuesta al llamado de la OPS/OMS México, la articulación de diversas instituciones públicas y privadas ante la necesidad de desarrollar un modelo integral de atención a la salud mental y prevención de suicidio en México. Fruto de dicha articulación, en el 2019, se realizó el *Taller Nacional: Abordaje Integral para la Prevención del Suicidio en*

México, organizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) de la Secretaría de Salud Federal, la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y el Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. El taller reunió a 186 expertos, investigadores, académicos, clínicos, servidores públicos, líderes en el campo, miembros de la sociedad civil y asociaciones privadas; representantes del país para analizar la problemática de la conducta suicida en México, desde una perspectiva de atención integral y pública mediante cuatro mesas de análisis estratégico siguiendo la metodología de la OMS/OPS (2014) para la elaboración de estrategias nacionales con base en el análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, de los componentes de vigilancia, restricción de medios, medios de difusión, acceso a servicios, capacitación, intervención en crisis, tratamiento, posvención, supervisión y coordinación.

Derivado del análisis de los expertos nacionales, se destacó la necesidad de tener un modelo estandarizado de atención para detectar e intervenir oportunamente en personas con riesgo de suicidio desde los distintos servicios que conforman la red de salud en México. Además, implementar acciones efectivas para reducir la brecha de salud mental, eliminar la duplicación de programas y apoyos, articular los distintos grupos de trabajo de salud, reducir la saturación de los profesionales especialistas del segundo y tercer nivel de atención, así como incrementar la capacidad de profesionales no especializados en salud mental para la eficiente identificación y atención de casos de riesgo suicidio leves y moderados en el primer nivel de atención a la salud y en el ámbito comunitario.

El reto fue claro, generar un programa nacional con diversas estrategias que permitan articular la red de servicios de salud del país, con un marco de acción fundamentado en los derechos humanos y la interculturalidad que, a partir del conocimiento de los distintos modelos explicativos sobre el riesgo de suicidio (Jobes, 2016; Joiner et al., 2009; Turecki et al., 2019), los factores de riesgo y protección asociados, que permita identificar, abordar y referir a personas en riesgo de suicidio. Que integre programas comunitarios e intersectoriales para la promoción de salud mental (de sectores como educación, cultura, deporte, seguridad pública, etc.) e incremente, la capacidad de respuesta de todos los actores sociales involucrados, con una eficiente gestión de casos, así como indicadores de evaluación de su funcionamiento e impacto (Holmes et al., 2020).

Con base en esta necesidad, se creó un grupo de trabajo interinstitucional encargado de analizar e integrar los resultados obtenidos del taller, a la par de revisar y considerar las políticas nacionales en materia de salud mental, los lineamientos internacionales para la prevención del suicidio, los datos epidemiológicos, las experiencias estatales y los avances en la atención al comportamiento suicida en el país; y se incluyeron los principios básicos de las intervenciones basadas en evidencia clínica.

Otros elementos que se analizaron, desde los modelos de atención existentes (Bertolote et al., 2010; Bryan & Rudd, 2006; Chu et al., 2015; Jobes, 2016; OPS, 2017), fueron los indicadores y niveles para clasificar al riesgo suicida, los cuales, en general, coinciden en cuatro niveles: bajo, medio, alto e inminente o extremo. La clasificación de los niveles de riesgo se centra en los factores asociados al suicidio como autolesiones, pensamientos de muerte, ideación y planeación suicida, intentos de suicidio previos y alta intencionalidad. Con base en lo cual se considera el tipo de intervención, que va desde el trato empático, promoción del apoyo social y de actividades recreativas para el riesgo leve; consejería clínica y seguimiento telefónico, para el riesgo medio; atención especializada ambulatoria y apoyo familiar para el riesgo alto; y atención multidisciplinaria ambulatoria u hospitalización, en caso de contar con una pobre red de apoyo, para el riesgo inminente. Sin embargo, sólo uno de dichos modelos (Jobes, 2016) considera el análisis funcional del comportamiento suicida que permite una valoración e intervención más específicas, así como un manejo colaborativo del riesgo, elementos clave para la

metodología clínica empleada en la evaluación del riesgo desde las intervenciones clínicas con mayor evidencia científica.

Como resultado, el grupo desarrolló el Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio (MODORIS), el cuál ordena el abordaje integral para la identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida, fundamentado en una nueva propuesta de ordenamiento de servicios para la atención escalonada con base en el nivel de riesgo, que permite el establecimiento de una atención articulada, organizada y continua, transversal e intersectorial. El desarrollo del modelo, sus características y estructura se describen a continuación.

Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio (MODORIS) Propósito y características del Modelo

El propósito del MODORIS consiste en estructurar, organizar y coordinar la atención a las personas con riesgo de suicidio desde la comunidad hasta la red de servicios de salud públicos de los tres niveles de atención, a partir de la identificación de la condición de riesgo (factores de riesgo y de protección); y de la implementación de intervenciones específicas con base en la valoración del nivel de riesgo.

Factores de riesgo y protección

El MODORIS reconoce la enorme complejidad del comportamiento suicida dada la interacción dinámica de múltiples factores de riesgo y protección de naturaleza socio-contextual, personal, ambiental y genética. Con base en lo cual se organiza una clasificación de factores de riesgo que facilite la tarea de identificar y evaluar el riesgo de suicidio en todos los ámbitos, desde el comunitario hasta el especializado. Para ello se propone la clasificación de factores de riesgo agudo (características de la persona o del ambiente que generan estados emocionales que incrementan la motivación al suicidio), factores de riesgo crónico (elementos personales o del ambiente asociados al desarrollo del comportamiento suicida como repertorio conductual y de afrontamiento centrado en la evitación) y factores de protección (características de la persona o del ambiente que promueven el uso de estrategias de afrontamiento alternativo al suicidio). Tal clasificación, es la base para el establecimiento de los indicadores que configuran los niveles de riesgo suicida, las sugerencias de intervención (abordaje, manejo o tratamiento, según sea el caso); y finalmente, las acciones de referencia y seguimiento en cada uno de los órdenes propuestos.

Abordajes clínicos

El MODORIS considera acciones fundamentadas en abordajes clínicos con evidencia empírica para la evaluación, manejo y tratamiento de las personas con riesgo suicida, que integran en el proceso de atención, el cuidado de los equipos sanitarios tratantes mediante un adecuado proceso de monitoreo y supervisión.

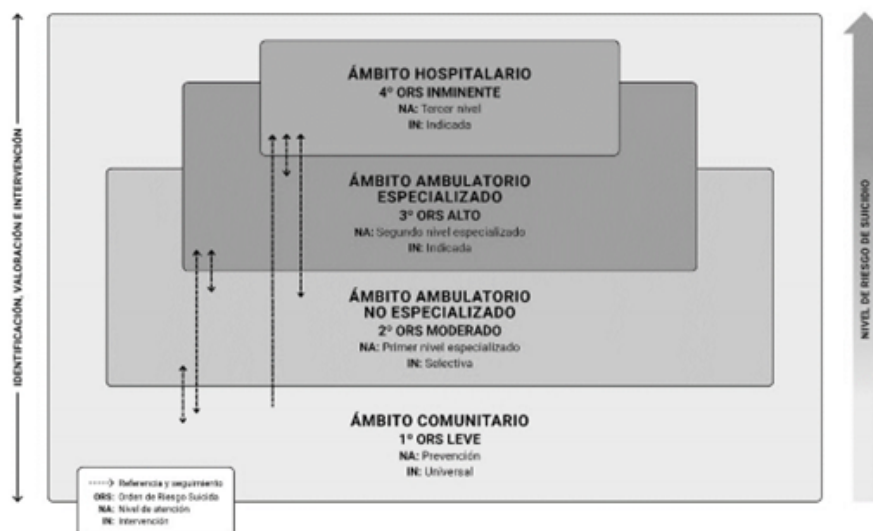
En ese sentido, el MODORIS incluye diversas propuestas de atención a la salud mental y al comportamiento suicida desde el ámbito comunitario hasta los distintos niveles de atención sanitaria, como por ejemplo las guías de intervención para personal de salud no especializado GI-mhGAP 2.0 (OPS, 2017); el modelo de atención desde un Abordaje Colaborativo para la Evaluación y Manejo del Riesgo Suicida (CAMS, por sus siglas en inglés) (Jobes, 2016); la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT, por sus siglas en inglés) (Linehan, 1993); y la Terapia Cognitiva para la prevención del suicidio (D'Anci e tal., 2019); y las organiza en función de los órdenes de riesgo suicida que se describen a continuación.

Órdenes de Riesgo Suicida (ORS)

El ordenamiento de los servicios para la atención a las personas con comportamiento suicida que establece el MODORIS (Figura 1) se conforma por cuatro órdenes de riesgo suicida: primero, segundo, tercero y cuarto.

Figura 1

Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio



Nota. La figura muestra la estructura del modelo. Los órdenes de riesgo de suicidio (ORS): primero, segundo, tercero y cuarto se presentan en forma ascendente al nivel de riesgo. En cada ORS aparece el nivel de riesgo que se puede identificar, los servicios del sistema de salud en dónde se debe atender (comunitario, primer nivel, segundo nivel y tercer nivel de atención a la salud) y el tipo de intervención que se debe implementar (universal, selectiva e indicada). Las líneas punteadas representan las acciones de referencia y seguimiento, la línea continua refiere a las acciones de identificación, valoración e intervención en todos los ámbitos del modelo.

Los órdenes de riesgo suicida (ORS) están estructurados con base en tres criterios: los indicadores de riesgo, el contexto en el que se presentan y las acciones de intervención, los cuales no son exhaustivos ni buscan ser limitativos entendiendo la naturaleza compleja del comportamiento suicida, que a su vez consideran cinco elementos clave (Tabla 1).

Tabla 1

Elementos clave de la estructuración de los Órdenes de Riesgo Suicida (ORS)

Elementos clave	Preguntas que responde
Evaluación Comprende la identificación y valoración del riesgo con base en los factores de riesgo y protección vinculados con el comportamiento suicida desde una perspectiva funcional de la conducta	¿Por qué se presenta este comportamiento?

Elementos clave	Preguntas que responde
<i>Ámbitos de detección o manifestación del riesgo</i>	¿Dónde? y ¿En qué momento se presenta?
<i>Actores clave involucrados en la atención</i>	¿Quiénes podemos hacer algo para prevenir una muerte por suicidio?
<i>Acciones específicas de intervención</i> Comprende el abordaje, manejo y tratamiento, tanto del riesgo suicida como de los factores de riesgo asociados	¿Qué hago para prevenir una muerte por suicidio? y ¿Qué hago después de que el riesgo disminuye?
<i>Acciones de referencia y seguimiento</i>	¿Cuál es el servicio del que se podría beneficiar más la persona? y ¿Cuál ha sido su evolución?

Esta organización permite un abordaje integral de la problemática suicida mediante una guía clara, sencilla y ordenada, centrada en las necesidades de la persona y su contexto; y en la solución efectiva de problemas relativos a los servicios de atención al riesgo suicida en toda la red de salud. A continuación, se describe cada uno de ellos.

Primer orden de riesgo de suicidio

Este orden abarca un nivel de riesgo leve, que se puede atender mediante intervenciones universales realizadas dentro del ámbito comunitario y del primer nivel de atención de la red de servicios. Las personas ubicadas en este orden de riesgo pueden referir sentimientos de tristeza profunda, ideas entorno a la muerte (pensamientos o fantasías de su propia muerte, poco frecuentes pero presentes durante los últimos días) sin un plan o preparativos para hacerse daño, autolesiones leves (sin la intención de terminar con su vida) en el último año o años anteriores, sin intentos de suicidio previos, entre otros. Los actores que pueden intervenir desde el abordaje del riesgo son agentes o promotores comunitarios, brigadistas o primeros respondientes del sector salud, educativo, cultural, deportivo, protección ciudadana, así como las organizaciones sociales y centros laborales que, además de identificar oportunamente el riesgo de suicidio, pueden promover factores de protección al fungir como una fuente de apoyo psicosocial para la persona en ese momento.

Segundo orden de riesgo de suicidio

En este orden se atiende al riesgo moderado. Cuando la persona presenta sentimientos intensos de malestar emocional, desesperanza, manifiesta ideación suicida (ideas y deseos de su propia muerte, frecuentes pero que pueden variar en intensidad) en los últimos seis meses, sin preparativos o un plan estructurado de cómo quitarse la vida; presenta autolesiones de leves a moderadas sin la intención de morir durante los últimos seis meses o algún intento de suicidio a lo largo de su vida. La identificación de estos elementos puede darse tanto en el ámbito comunitario como en la red de servicios de salud; sin embargo, en este orden, los actores involucrados para el manejo del riesgo, son los primeros respondientes del equipo de la red de servicios de salud con formación o entrenamiento en el uso de guías de intervención con sustento clínico que establezcan la elaboración colaborativa de un plan de seguridad. Las intervenciones en este ORS son de tipo selectivo y ocurren en los ámbitos clínicos ambulatorios no especializados o especializados que se ubican en el primer nivel de atención a la salud (Centros de Salud, Centros de Atención Primaria a la Salud Mental y Adicciones o instituciones del sector comunitario que cuenten con personal identificado y capacitado).

Tercer orden de riesgo de suicidio

Este orden se ocupa del riesgo de suicidio alto, es decir, cuando la persona presenta, refiere o manifiesta durante el último mes altos niveles de estrés y dolor emocional intenso, sentimientos de desesperanza crónica, ideación suicida (ideas y deseos de muerte, frecuentes e intensos) con planes y preparativos de cómo acabar con su vida (método, hora, lugar, etc.); o autolesiones de moderadas a severas, o algún intento de suicidio en el último año. Esta identificación puede darse en el ámbito comunitario (hogar, escuela, trabajo) o en la red de servicios de salud por medio de consultas médicas de primera vez o subsecuentes por cualquier otro padecimiento. Las intervenciones en este orden debe realizarlas personal de equipos de salud especializados en el manejo y tratamiento del riesgo suicida desde abordajes clínicos basados en evidencia, del segundo nivel de atención a la salud o del servicio de consulta externa de un hospital psiquiátrico (psicólogos clínicos y psiquiatras) o en clínicas del sector comunitario que cuenten con personal capacitado para la atención especializada.

Cuarto orden de riesgo de suicidio

En este orden se atiende el más alto nivel de riesgo, entendido como inminente o de alta letalidad. Es un episodio agudo caracterizado por factores de riesgo ocurridos en el momento de una crisis suicida que puede presentarse tanto en el ámbito comunitario (hogares, contextos escolares, laborales, penitenciarios, estancias de día, vía pública, etc.), como en la red de servicios de salud cuando se llega a solicitar atención de urgencia por este motivo. Las personas presentan altos niveles de agitación con intencionalidad suicida, medios para lesionarse a su alcance y una red de apoyo social limitada. Los primeros actores involucrados en este ORS son los agentes comunitarios, porque son quienes usualmente detectan la situación de crisis emocional y serán quienes puedan activar el llamado del personal de protección ciudadana/civil, quienes a su vez se encargarán de contactar con los servicios de urgencias médicas en caso de que exista una lesión o para estabilizar físicamente a la persona y posteriormente éstos, contactarán al equipo de salud mental especializado en la atención hospitalaria ambulatoria para la referencia oportuna cuando el nivel de riesgo haya disminuido o bien para el ingreso hospitalario en caso de que este no disminuya.

Las acciones de manejo o tratamiento recomendadas para cada uno de los órdenes de riesgo descritos se muestran en la Tabla 2 y ofrecen una guía para su abordaje así como la ruta de articulación de la red de servicios de salud y la comunidad.

Tabla 2

Acciones recomendadas para el manejo según los órdenes de riesgo de suicidio, el ámbito donde se presenta y su articulación con la comunidad y la red de servicios de salud

Intervenciones para el manejo según el ámbito
1° Orden. Riesgo leve
Contexto comunitario (abordaje):
1. Realizar evaluación del nivel de riesgo suicida 2. Empatizar con el dolor emocional, sin juzgar 3. Dar primeros auxilios psicológicos 4. Buscar/Activar la red de apoyo, promoción de factores protectores (Gestores Comunitarios/ Trabajo social: psicoeducación con la familia o responsable legal) 5. Promover la integración social por medio de actividades deportivas, culturales o recreativas dentro de su comunidad 6. Hacer referencia a tratamiento ambulatorio no especializado en caso de que el riesgo persista o aumente 7. Hacer seguimiento
Servicios de salud ambulatorio no especializado (manejo):
1. Generar un entorno seguro 2. Realizar evaluación del riesgo suicida 3. Realizar de manera colaborativa un plan de seguridad 4. Enseñar y promover el uso de estrategias de solución de problemas 5. Activar la red de apoyo (intervenciones psicosociales con familia o responsable legal) 6. Hacer seguimiento(s) en caso de que el riesgo persista o aumente, referir a un tratamiento ambulatorio especializado de psicología o mixto (psicología y psiquiatría)
2° Orden. Riesgo moderado
Contexto comunitario (abordaje):
1. Realizar evaluación del nivel de riesgo suicida 2. Empatizar con el dolor emocional, sin juzgar 3. Buscar/Activar la red de apoyo y factores protectores (Gestores Comunitarios o Trabajadores sociales: intervenciones psicosociales con familia o responsable legal) 4. Acompañar y promover la búsqueda de apoyo profesional 5. Hacer referencia a tratamiento ambulatorio no especializado
Equipo de servicios de salud ambulatorios no especializados (manejo):
1. Generar un entorno seguro 2. Realizar valoración del nivel de riesgo suicida 3. Realizar de manera colaborativa un plan de seguridad 4. Activar la red de apoyo (intervenciones psicosociales con familia o responsable legal) 5. Implementar intervenciones breves para la estabilización del riesgo de suicidio moderado 6. Hacer monitoreo/seguimiento, en caso de que el riesgo persista o aumente, referir a un tratamiento ambulatorio especializado de psicología o mixto de tercer ORS 7. Hacer seguimiento(s) a 3, 6 y 12 meses para apoyo y monitoreo del riesgo suicida
3° Orden. Riesgo alto
Contexto comunitario (abordaje):
1. Realizar evaluación del nivel de riesgo suicida 2. Empatizar con el dolor emocional, sin juzgar 3. Activar la red de apoyo psicosocial /familia o responsable legal 4. Acompañar y promover la búsqueda de apoyo 5. Hacer referencia a tratamiento ambulatorio especializado
Equipo de salud ambulatorio no especializado (manejo):
1. Generar un entorno seguro 2. Realizar valoración psicológica del riesgo suicida 3. Establecer de manera colaborativa un plan de seguridad 4. Activar la red de apoyo (intervenciones psicosociales con familia o responsable legal) 5. Hacer referencia a tratamiento especializado ambulatorio 6. Dar seguimiento a la referencia (vía telefónica o por medio de una cita subsecuente) para garantizar que recibió la atención indicada
Equipo de salud ambulatorio especializado (manejo y tratamiento):
1. Generar entorno seguro 2. Revalorar el riesgo de suicidio y factores asociados 3. Realizar un plan de seguridad colaborativo (manejo del riesgo agudo) y de estabilización (plan de tratamiento) 4. Activar la red de apoyo (intervenciones psicosociales con familia o responsable legal) 5. Implementar un tratamiento integral para el comportamiento suicida basado en evidencia ya sea psicológico o mixto que incluya un abordaje individual, entrenamiento en habilidades y asistencia telefónica para el manejo de episodios agudos 6. Finalizar la intervención de estabilización a partir de la remisión del riesgo de suicidio alto en una temporalidad no mayor a tres meses. Asegurar el uso de habilidades de afrontamiento a las crisis que acompañen la solución de problemas. Continuar o referir a un tratamiento para atender los factores de riesgo crónicos asociados 7. Hacer seguimiento(s) a 3, 6 y 12 meses para apoyo y monitoreo del riesgo suicida
4° Orden. Riesgo inminente de suicidio o Intento de suicidio de alta letalidad
Comunitario (abordaje):
1. Generar un entorno seguro, validante 2. Empatizar con el dolor emocional, sin juzgar 3. Contactar a los servicios de seguridad y emergencia (e.g. 911) o trasladar a la persona a los servicios de urgencias 4. Acompañar y promover la búsqueda de apoyo profesional

Intervenciones para el manejo según el ámbito

Servicios de seguridad y de emergencia (manejo):

1. Generar un entorno/perímetro seguro
2. Dar primeros auxilios médicos (si es posible) o solicitar el servicio de ambulancia
3. Promover confianza mediante la validación emocional para una aproximación efectiva
4. Una vez que se garantizó la seguridad física y la confianza, dar contención y estabilización emocional: escuchar, empatizar, acompañar y garantizar la búsqueda de apoyo profesional
5. Activar red de apoyo (familiar, pareja o amistad de mayor de edad), persona que actúe como responsable legal.
6. Acompañar hasta que se realice el traslado a un servicio de urgencias médicas o psiquiátricas
7. Dar seguimiento a la referencia (vía telefónica) para garantizar que recibió la atención indicada

Servicios de salud ambulatorios y no ambulatorios especializados (manejo):

1. Generar un entorno seguro
2. Realizar manejo médico de la lesión
3. Realizar una valoración psiquiátrica y psicológica sobre el nivel de riesgo en las Unidades de Cuidados Intensivos
4. Establecer de manera colaborativa un Plan de seguridad
5. Activar la red de apoyo (intervenciones psicosociales con familia o responsable legal)
6. Hacer referencia o solicitar interconsulta a tratamiento ambulatorio especializado o sugerir hospitalización (cuando no existe red de apoyo, la ideación suicida e intencionalidad no disminuyen, se encuentra intoxicado o con altos niveles de agitación o desesperanza)
7. Dar seguimiento del caso (vía telefónica o por medio de una cita subsecuente) para garantizar que recibió la atención indicada

Implicaciones de MODORIS para la articulación de redes integradas de servicios de salud

La implementación de estrategias para la prevención del suicidio con base en los criterios del MODORIS permite establecer el ordenamiento desde el nivel de riesgo de la persona y coloca las necesidades de atención como el eje articulador de la oferta de servicios. Establece entonces, la necesidad de una readecuación de la organización tradicional de la red de servicios de salud, para poder garantizar una atención integral y de calidad al comportamiento suicida.

En primer lugar, identifica la necesidad de fortalecer toda la articulación intersectorial y comunitaria, con la integración de actores externos a los establecimientos de salud, así como a los profesionales de salud no especializados de la comunidad, de manera que se garantice que esa red de instituciones y actores comunitarios tenga una interacción fluida con la atención de la red de salud de los tres niveles de atención, para una referencia eficiente y oportuna. En el modelo se pone especial énfasis en la formación de los actores comunitarios y trabajadores de la salud no especializados para la identificación oportuna, evaluación y gestión de los casos identificados en algún nivel de riesgo, tomando como base el marco de los enfoques actuales de Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS, Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021). En el primer ORS, la tarea es articular y mantener activas las iniciativas comunitarias de prevención, por medio de líderes persuasivos capacitados para abordar con objetividad el tema; competentes para detectar y referir personas con indicadores de riesgo suicida acogidos por un sistema de salud eficiente, desde el primer contacto hasta los órdenes de intervención al riesgo suicida especializados por la gravedad de los indicadores que presenten las personas.

En segundo lugar, la necesidad de una eficiente coordinación en las referencias entre el sector comunitario y los tres niveles de atención, para este caso, el MODORIS ofrece criterios claros para distribuir la carga de atención entre estos, apostando por la prevención, lo que facilita un mayor soporte por parte de hospitales generales, hospitales comunitarios, clínicas familiares y centros de salud comunitarios.

Y en tercer lugar, como elemento innovador clave de MODORIS para la conformación de la red de servicios, se establece la necesidad de fortalecer el segundo nivel de atención psicológica especializada, que garantice un tratamiento integral hasta la remisión de la conducta suicida en la persona. Esto quiere decir, que ese segundo nivel especializado recibe, por un lado, la referencia desde el primer nivel de atención en casos que con los cuidados primarios sigan empeorando o cuando desde su detección, la evaluación indique que requiere atención especializada, y por otro lado, recibe también la referencia del tercer nivel cuando haya disminuido significativamente el comportamiento suicida pero que aún requiere la continuidad de tratamiento psicoterapéutico. Cabe decir que, este segundo nivel

especializado no tiene que estar necesariamente en un hospital de segundo nivel, más bien se sitúa en centros de primer nivel de atención, distribuidos de manera que sean el nivel de referencia de una red de servicios organizada para responder a una población de un territorio definido.

Todo esto, requiere de un fortalecimiento de la oferta global de atención en salud mental por parte del Estado, particularmente en dos aspectos, en lo referente a la capacitación/sensibilización de actores comunitarios e institucionales para integrarse con conocimientos al abordaje apropiado como parte de la red para un primer orden de riesgo. Y en la capacitación de suficiente personal del segundo nivel de atención para garantizar el acceso a una atención de calidad en ese nivel especializado que debería conseguir la remisión de la conducta suicida.

En lo que respecta al fortalecimiento de las capacidades en todos los actores involucrados, el modelo brinda estructura a la currícula de los módulos de capacitación y especialización, como punto de partida para alcanzar los objetivos establecidos en el PRONAPS. Contempla acciones que fortalezcan la capacidad de detección oportuna, valoración, referencia e intervención psicosocial por parte de la comunidad, así como modelos de intervención especializados con sustento clínico; de la mano con mecanismos de supervisión regionalizados adaptados en función de la red de servicios de salud con los que cuenta el país, en este caso México (PRONAPS, 2023a).

El PRONAPS cuenta con las estrategias de Brigadas de Salud Mental, Código 100 y Gestión de Casos, que tienen un diseño transversal para la atención de personas con riesgo de suicidio, cuyos protocolos y acciones se apegan a la estructura del MODORIS para hacer más eficiente la coordinación de los servicios, con personal con un perfil profesional especializado y no especializado, que brinda coherencia al proceso de atención desde la identificación de una persona en riesgo hasta garantizar su atención (PRONAPS, 2023b).

Actualmente los indicadores del MODORIS se encuentran habilitados dentro del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA), la vigilancia epidemiológica de las autolesiones en consultas de primer contacto, así como intervenciones para la valoración, activación de red de apoyo, referencia y tratamiento de personas por ideación suicida o intento de suicidio; lo que permitirá observar las características de la población que demanda la atención así como las intervenciones otorgadas en los establecimientos de salud de los tres niveles de atención, con base en los criterios del modelo.

Sin duda, la implementación del MODORIS se sustenta desde el compromiso del más alto nivel político para situar la salud mental como parte fundamental del derecho humano a la salud y, por tanto, la atención al comportamiento suicida debe ser considerada como un indicador prioritario en los planes de acceso universal a la salud.

Conclusiones

El MODORIS sustentado en una síntesis heterodoxa de diversos elementos teórico-conceptuales y recogiendo evidencia actual desde la clínica y la salud pública, propone una conceptualización de Órdenes de Riesgo de Suicidio ORS que favorece una mejor comprensión y manejo del comportamiento suicida por medio de la articulación de los distintos servicios de salud que garantice su atención integral. Fortaleciendo un diseño para la prevención del suicidio desde un enfoque centrado tanto en la persona como en el ambiente, elementos a considerar en toda estrategia nacional (Bryan, 2022).

Este modelo permite la identificación de acciones preventivas de suicidio desde una plataforma moderna de salud pública, con la integración más actualizada de factores de riesgo y de protección asociados al suicidio, sumando abordajes clínicos actuales y eficaces que contemplen no sólo la evaluación y tratamiento del comportamiento suicida en servicios clínicos ambulatorios y hospitalarios (principalmente desde el sector público pero con la apertura de integración con la sociedad civil y otros sectores), sino, también la inclusión del ámbito comunitario, facilitando la continuidad de las intervenciones en todos los niveles de atención de la red de servicios y articulándolo de una manera eficiente con las redes comunitarias e institucionales.

Representa una estrategia que busca impulsar el cumplimiento de los objetivos e indicadores plasmados en el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio, posibilitando al sistema de salud público reducir la brecha de atención a personas con riesgo suicida al mejorar las condiciones de respuesta. Y se apega a las recomendaciones estipuladas en la Nueva Agenda para la Salud Mental en las Américas (NAMSA) sobre el fortalecimiento de estrategias nacionales para la prevención del suicidio (OPS, 2023).

Finalmente, el proceso de implementación y evaluación del MODORIS dentro del PRONAPS, es un reto permanente para todo el sistema de salud público exigiendo un esfuerzo multidisciplinario constante a consolidarse en la práctica cotidiana, una meta que, de alcanzarse y mantenerse, tendrá un impacto favorable en los indicadores de atención al comportamiento suicida desde una perspectiva contextual-funcional y con ello se logrará, no sólo la disminución de muertes por suicidio en nuestro país en los años venideros, sino el desarrollo de un proceso de co-construcción de vidas con sentido desde un ambiente que las promueva.

Referencia

- Bertolote, J. M., de Mello-Santos, C., & Botega, N. J. (2010). Detecting suicide risk in psychiatric emergency services. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(Suppl 2), S87–S95.
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005>
- Chu, C., Klein, K., Buchman-Schmitt, J., Hom, M., Hagan, C., & Joiner, T. (2015). Routinized Assessment of Suicide Risk in Clinical Practice: An Empirically Informed Update. *Journal of clinical psychology*, 71(12). <https://doi.org/10.1002/jclp.22210>
- Bryan, C. J. (2022). *Rethinking suicide, why prevention fails, and how we can do better*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190050634.001.0001>
- Bryan, C. J. & Rudd, D. (2006). Advances in the Assessment of Suicide Risk. *Journal of clinical psychology*, 62(2), 185–200 <https://doi.org/10.1002/jclp.20222>
- D'Anci, K. E., Uhl, S., Giradi, G., & Martin, C. (2019). Treatments for the prevention and management of suicide: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 171(5), 334–342.
<https://doi.org/10.7326/M19-0869>
- García, F. R., Mejía, C. D., Acosta, Q. C., & Fernández-Nistal, M. T. (2019). Satisfacción con la vida y uso de sustancias como predictores de intento suicida en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1(1), 1–8.
<https://www.revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/14>
- Holmes, E., O'Connor, R., Perry, V., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Michie, S., Przybylski, A., Shafran, R., Sweeney, A... & Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547–560.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2022, 8 de septiembre). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio* [comunicado de prensa]
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.pdf
- Jobes, D.A. (2016). *Managing suicidal risk: A collaborative approach* (2nd ed.). Guilford Press.
<https://www.guilford.com/books/Managing-Suicidal-Risk/David-Jobes/9781462526901>
- Joiner, T. E., Jr., Van Orden, K. A., Witte, T. K., & Rudd, M. D. (2009). The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients. *American Psychological Association*.
<https://doi.org/10.1037/11869-000>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral treatment of borderline personality disorders*. The Guilford Press.
- Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Organización Panamericana de la Salud.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>

- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS]. (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34071/9789241549790-spa.pdf>
sequence=11&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2021). *Herramientas del mhGAP para usar en la comunidad: versión de prueba sobre el terreno* <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54972>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2023). *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud*. <https://doi.org/10.37774/9789275327265>
- Programa Nacional para la Prevención del Suicidio. (2023a). *Formación Especializada para el Abordaje del Comportamiento Suicida*. <http://consame.salud.gob.mx/formacion.html>
- Programa Nacional para la Prevención del Suicidio. (2023b). Programa Nacional para la Prevención del Suicidio. <http://www.consame.salud.gob.mx/pronaps.html>
- Snowdon, J., & Choi, N. G. (2020). Undercounting of suicides: where suicide data lie hidden. *Global public health*, 15(12), 1894-1901. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1801789>
- Tausch, A., Souza, R. O., Vicianá, C. M., Cayetano, C., Barbosa, J., & Hennis, A. J. (2022). Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. *The Lancet Regional Health-Americas*, 5, 100118.
<https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100118>
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). *Suicide and suicide risk*. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 74.
<https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Uribe-Alvarado, J. I., Zacarías-Salinas, X., & Silva-Rodríguez, M. F. (2021). Malestar emocional, dificultades familiares y experiencias sobre suicidio en jóvenes estudiantes de nivel superior. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3(3), 330-341.
<https://www.revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/218>
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Suicide worldwide in 2019 Global Health Estimates*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>