

Diagnóstico institucional para la atención integral del intento de suicidio en un hospital pediátrico

Institutional diagnosis for comprehensive care of suicide attempts in a pediatric hospital.

Abigail Casas Muñoz,¹ Aarón Rodríguez Caballero,¹ Ángel Eduardo Velasco Rojano,¹ Oscar Sánchez Guerrero,² Diana Molina Valdespino,² Juan Antonio Esquivel Acevedo,² Guadalupe Adriana Lara Ramos,³ Corina García Piña,⁴ Maribel Palestina Hernández,⁵ Angelica María Hernández Hernández,⁶ Rocío Aidée Castillo Cruz⁷

Resumen

OBJETIVO: Describir los hallazgos del diagnóstico situacional realizado a una institución de tercer nivel, para identificar las necesidades y áreas de oportunidad para la atención de las conductas suicidas en niñas, niños y adolescentes (NNA), para facilitar la transición a los cambios de la nueva Ley General de Salud (LGS) en materia de atención a la salud mental.

MATERIALES Y MÉTODOS: El estudio se realizó en tres fases. Primero, mediante 40 entrevistas semiestructuradas al personal involucrado en la atención de las conductas suicidas se identificaron: 1) las áreas y personas implicadas en la atención y 2) las necesidades para brindar atención integral. Después, mediante búsqueda de la literatura se identificaron seis riesgos físicos y se realizaron recorridos por las áreas de atención. Finalmente se realizaron propuestas para iniciar la atención de las áreas de oportunidad.

RESULTADOS: Se identificaron 18 áreas y 35 puestos de personas involucradas en la atención. Las necesidades identificadas fueron: 1) Espacios físicos y riesgos físicos; 2) Sistematización, procesos, protocolos y modelos de atención; 3) Sensibilización y capacitación al personal; 4) Generación de evidencia científica; 5) Desarrollo de estrategias de prevención.

CONCLUSIÓN: Diversas áreas y puestos de personas estuvieron involucrados en la atención de las conductas suicidas. Las necesidades institucionales identificadas estuvieron relacionadas con cinco categorías. Contar con un diagnóstico institucional, nos permitió iniciar a tomar acción para la implementación de las nuevas políticas y perspectivas incluidas en la LGS en materia de atención a la salud mental.

PALABRAS CLAVE: Ideación suicida; Intento de suicidio; Adolescentes; Estudios de evaluación como asunto.

Abstract

OBJECTIVE: The objective of this article is to describe the findings of the situational diagnosis carried out at a third-level institution, to identify the needs and areas of opportunity for the attention of suicidal behaviors in children, to facilitate the transition to the changes of the new General Health Law (LGS) regarding mental health care.

MATERIALS AND METHODS: The study was carried out in three phases. First, through 40 semi-structured interviews with the personnel involved in the care of suicidal behaviors, the following were identified: 1) the areas and people involved in the care and 2) the need to provide comprehensive care. Afterward, a literature search identified six physical risks, and tours of the care areas were carried out. Finally, proposals were made to begin attention to the areas of opportunity.

¹ Centro de Estudios Avanzados sobre Violencia – Prevención (CEAVI-P), Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

² Servicio de Salud Mental, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

³ Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

⁴ Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM), Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

⁵ Coordinación de Obras, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

⁶ Departamento de Diseño y Calidad, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

⁷ Unidad de Investigación en Epidemiología, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

Recibido: 12 de diciembre 2023

Aceptado: 11 de marzo 2024

Correspondencia

Ángel Eduardo Velasco Rojano
eduardorajanova@gmail.com
abycas.md@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Casas-Muñoz A, Rodríguez-Caballero A, Velasco-Rojano AE, Sánchez-Guerrero O, Molina-Valdespino D, Esquivel-Acevedo JA, Lara-Ramos GA, García-Piña C, Palestina-Hernández M, Hernández-Hernández AM, Castillo-Cruz RA. Diagnóstico institucional para la atención integral del intento de suicidio en un hospital pediátrico. Acta Pediatr Mex 2024; 45 (Supl 1): S16-S28.



RESULTS: 18 areas and 35 positions of people involved in care were identified. The needs identified were: 1) Physical spaces and physical risks; 2) Systematization, processes, protocols, and care models; 3) Awareness and training of staff; 4) Generation of scientific evidence; 5) Development of prevention strategies.

CONCLUSION: Various areas and positions of people were involved in the care of suicidal behaviors. The institutional needs identified were related to five categories. Having an institutional diagnosis allowed us to begin taking action to implement the new policies and perspectives included in the LGS regarding mental health care.

KEYWORDS: Suicidal ideation; Suicide attempt; Adolescents; Evaluation Studies as Topic.

ANTECEDENTES

Las conductas suicidas en la población adolescente se han incrementado en nuestro país en los últimos años.¹ Esto representa un reto para el personal de salud y para las instituciones que atienden a niñas, niños y adolescentes (NNA), ya que se ha descrito que la mayoría del personal no se siente suficientemente capacitado para hacerlo.²

En México la atención de los problemas de salud mental se ha realizado principalmente en las instituciones de salud de segundo y tercer nivel de atención. Específicamente la atención de pacientes que requieren hospitalización se ha llevado a cabo en hospitales de psiquiatría y/o en pabellones de psiquiatría en hospitales generales.³

En el 2022 se realizó una reforma a la Ley General de Salud (LGS), dirigida al derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.^{4,5} Por este motivo, la atención a la salud mental deberá brindarse con un enfoque

comunitario, de recuperación y con estricto respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios, en apego a los principios de interculturalidad, interdisciplinariedad, integridad, intersectorialidad, perspectiva de género y participación social.⁴

Una de las preguntas frecuentes que surgen cuando se tiene un caso de intento suicida es por dónde empezar a actuar. De ahí la importancia de un diagnóstico institucional para afrontar estos casos que van en aumento.

El objetivo de este estudio fue: describir los hallazgos del diagnóstico situacional realizado a una institución de tercer nivel, para identificar las necesidades y áreas de oportunidad para la atención de las conductas suicidas en NNA, para facilitar la transición a los cambios de la nueva Ley General de Salud (LGS) en materia de atención a la salud mental.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo con métodos mixtos concurrentes que se llevó a cabo en tres fases:

Fase 1 Entrevistas semiestructuradas

Se realizaron entrevista semiestructuradas a 40 personas involucradas en el proceso de atención de NNA con intento de suicidio, que tuvieran al menos seis meses laborando en la institución. Inicialmente se identificó a 15 personas y mediante el proceso se fueron revelando las demás, con la finalidad de identificar:

1. Las áreas y las personas implicadas en la atención de las conductas suicidas.
2. Las necesidades para brindar una atención integral a niñas, niños y adolescentes con conductas suicidas.

Las entrevistas se analizaron a partir de categorías y subcategorías temáticas, que se generaron para organizar la información. Dos personas por separado codificaron el material y se compararon las categorías, las discrepancias se resolvieron mediante discusión y con la intervención de una tercera persona.

Fase 2. Visita física a las áreas de atención identificadas

Con base en búsquedas de la literatura se identificaron seis riesgos físicos⁶⁻⁸ para pacientes hospitalizados (**Figura 1**), con los que se generó una lista de verificación para aplicarla por área, con base en la recomendación de ASHE de tres pasos: identificar, observar, remover.⁸

Se conformaron dos equipos con 5 personas de las áreas del Centro de Estudios Avanzados sobre Violencia -Prevención (CEAVI-P), salud mental, urgencias, enfermería, servicios generales, coordinación general de obras, diseño y calidad y protección civil. Se dio una sesión informativa sobre estos riesgos y sobre el uso de la lista de verificación. Posteriormente se llevaron a cabo recorridos en las áreas de urgencias, consulta externa y los cuatro pisos de hospitalización, para identificar los riesgos físicos.

Fase 3. Generación de propuestas con base en las necesidades identificadas

Mediante búsquedas estructuradas en la literatura se diseñaron y respaldaron las propuestas que se generaron para la atención de las principales necesidades identificadas.

Se generó el contenido para una sensibilización rápida (con duración de 10 a 15 minutos) acorde con las necesidades de los servicios y de la carga de trabajo, para el personal de enfermería. Mediante una evaluación pre y post se midió el conocimiento previo y posterior a la sensibilización.

Consideraciones éticas

La investigación fue aprobada por los Comités de Ética en Investigación y de Investigación institucionales (INP 60/2022). Se obtuvo consentimiento informado de las personas participantes.

RESULTADOS

Fase 1. Entrevistas semiestructuradas

Se identificaron 19 áreas y 35 puestos de personas involucradas en la atención de niñas, niños y adolescentes con intentos de suicidio (**Cuadro 1**), con las cuáles se conformó el "Grupo de trabajo para la atención de las conductas suicidas en el INP (GTACSINP)".

Los servicios de medicina crítica, sobre todo urgencias (prehospitalización y sala de urgencias), seguidas de las unidades de terapia intermedia e intensiva, fueron los espacios físicos en los que se atiende primordialmente a NNA con intentos de suicidio. En las áreas de hospitalización, el servicio de Gastronomía fue el que primordialmente ingresa adolescentes con conducta suicida y trastornos alimentarios, aunque por las características y patologías de los pacientes que se atienden, en cualquier área y servicio se pueden presentar pacientes con estas conductas.

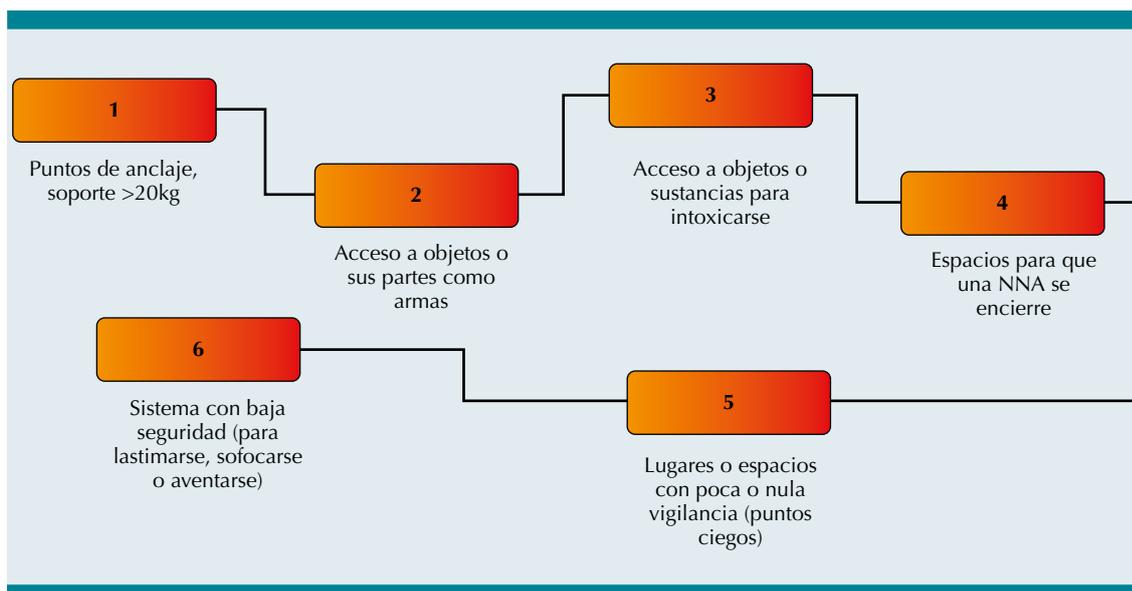


Figura 1. Riesgos físicos identificados para la atención de niñas, niños y adolescentes con conductas suicidas en el INP.

Cuadro 1. Áreas involucradas en la atención de las conductas suicidas en el INP y que conformaron el “Grupo de trabajo para la atención de las conductas suicidas en el INP”

1. Centro de Estudios Avanzados sobre Violencia – Prevención (CEAVI-P)	7. Coordinación general de obras	13. Departamento de Pre y posgrado
2. Dirección Médica	8. Servicios generales, (incluyendo ropería)	14. Enlace institucional
3. Medicina crítica (Departamento de Urgencias y Unidades de terapia intermedia e intensiva)	9. Departamento de Consulta Externa	15. Investigación en Epidemiología
4. Servicio de salud mental	10. Relaciones hospitalarias	16. Subdirección de asuntos jurídicos
5. Departamento de trabajo social	11. Departamento de Diseño y Calidad	17. Protección civil
6. Subdirección de enfermería	12. Subdirección de Tecnologías de la Información y Comunicación	18. Servicio externo de vigilancia
		19. Archivo clínico

Las necesidades identificadas se agruparon en cinco categorías para el análisis (**Cuadro 2**).

La mayoría del personal entrevistado refirió la necesidad de contar con espacios adecuados y seguros para la atención integral de NNA con conductas suicidas u otros problemas de salud mental.

El personal identificó de manera reiterada la necesidad de contar con procesos, protocolos y modelos para brindar una atención integral, lo que brinda confianza y seguridad en el manejo.

La mayoría del personal entrevistado manifestó que no se siente suficientemente preparado para tratar a un paciente con conductas suicidas. Ade-

Cuadro 2. Categorías de análisis de la información y necesidades identificadas (continúa en la siguiente página)

Categoría temática	Necesidades identificadas
1. Espacios físicos y riesgos físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Generación de espacios seguros con los recursos disponibles. • Adecuación de espacios para la atención de pacientes con problemas de salud mental. • Espacio físico para la hospitalización de pacientes que requieran una estancia mayor a 24 horas. • Identificación de riesgos físicos en la infraestructura actual. • Modificación de los riesgos físicos en las áreas de atención inmediata. • Establecer un código para la identificación del riesgo durante la estancia hospitalaria. • Generar instrumentos de verificación para la generación de espacios seguros. • Personal de vigilancia entrenado para vigilar NNA con conductas suicidas y para evitar fugas. • Limitar el acceso a familiares de objetos que pueden utilizarse para lastimarse, sobre todo en las áreas críticas. • Revisión de bolsas, mochilas y detección de metales a familiares.
2. Sistematización, procesos, protocolos y modelos de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Generar un proceso de atención estandarizado en el servicio de urgencias. • Validar e implementar de manera sistemática instrumentos de tamizaje para identificación de conductas suicidas, evaluación del riesgo y posibles factores condicionantes. • Establecimiento de proceso de tamizaje para las áreas de urgencias, hospitalización y consulta externa. • Compartir e intercambiar información, de manera segura y confidencial, entre las y los profesionales que brindan la atención. • Compartir e intercambiar información, de manera segura y confidencial, entre las instituciones que atienden conductas suicidas en niñas, niños y adolescentes. • Brindar atención integral y colaborativa entre los diferentes profesionales que intervienen en la atención. • Implementación de la atención centrada en el paciente e informada en el trauma. • Iniciar intervención inmediata a NNA con base en la valoración. • Generar intervenciones integrales, que incluyan a padres/cuidadores/tutores y la familia (estado de ánimo, educación sobre plan de seguridad y situaciones que les generan preocupación). • Generar un modelo de atención estandarizado, que permita evaluar su efectividad y replicabilidad. • Establecer un plan de seguimiento estandarizado. • Implementación de un instrumento para evaluar el riesgo en casa, para el egreso del paciente. • Generación de plan de seguridad para el egreso y seguimiento. • Establecer procedimiento de seguimiento telefónico durante las primeras 2 a 4 semanas posteriores al egreso. • Generación de directorio para canalización y establecimiento de contacto con instituciones de salud mental cerca al domicilio del NNA. • Monitoreo y evaluación de los procesos y modelos de atención. • Integración de la nueva normativa en los procesos de atención (Art. 72 LGS), incluidas las perspectivas de niñez, género, interculturalidad e interseccionalidad. • Registro suficiente y sistematizado de información en los expedientes clínicos. • Reporte de información a sistemas externos (DGIS). • Monitoreo y reporte de eventos centinela.

Cuadro 2. Categorías de análisis de la información y necesidades identificadas (continuación)

Categoría temática	Necesidades identificadas
3. Sensibilización y capacitación al personal	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización e información sobre las conductas suicidas (mitos y realidades). • En qué casos sospechar. • Registro y nomenclatura (CIE) de las conductas suicidas. • Cómo aproximarse e interactuar con NNA con conductas suicidas y sus familiares. • Cómo y qué valorar en NNA con conductas suicidas. • Cuidados durante el internamiento. • Generación de espacios seguros y seguridad del personal. • Contención emocional y primeros auxilios psicológicos. • Intervención en crisis. • Manejo del paciente agitado, de medicamentos y métodos de sujeción gentil. • Atención centrada en el paciente e informada en trauma. • Sensibilización, educación y capacitación práctica al personal por parte del servicio de salud mental, en cada caso que se atienda. • Disminución del estigma hacia la salud mental. • Desarrollo de materiales y modelos de capacitación adecuados para el personal y las necesidades institucionales.
4. Generación de evidencia científica	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de factores de riesgo. • Validación e implementación de instrumentos de tamizaje. • Diseño, medición y evaluación de modelos de atención. • Evaluación de modelos y materiales de capacitación.
5. Desarrollo de estrategias de prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigidas hacia niñas, niños y adolescentes. • Dirigidas hacia padres, cuidadores, tutores y personal que convive con NNA. • Dirigidas hacia el personal de salud. • Sobre identificación de conductas suicidas. • Qué hacer y/o a dónde acudir en caso de identificar conductas suicidas. • Profesionales de la salud mental y quiénes brindan ayuda profesional. • Disminución del estigma de la atención de la salud mental y de las personas con problemas de salud mental.

más, que algunas de las prácticas que se llevan a cabo, requieren mejoras para estar alineadas con las reformas a la LGS en materia de salud mental, así como para evitar el estigma y la revictimización. Lo que evidenció la necesidad de sensibilización y capacitación en la materia.

También se reconoció la necesidad de generar evidencia científica para identificar factores de riesgo o protectores en la población mexicana, generar reportes epidemiológicos sobre las conductas suicidas, contar con instrumentos de tamizaje validados en población mexicana, así como el desarrollo, implementación y evalua-

ción de las mejores estrategias de prevención adecuadas a nuestra población.

En el caso del desarrollo de estrategias de prevención, se identificó la necesidad de dirigirlas primordialmente a tres grupos poblacionales: 1) niñas, niños y adolescentes; 2) padres y cuidadores; 3) personal que esté en contacto con población pediátrica. Los contenidos clave a incluir fueron: a) Identificación de las conductas suicidas; b) que hacer en caso de detectar un caso; c) a donde dirigirse en caso de detectar un caso; d) identificar al personal de salud mental.

Fases 2 y 3

1. Identificación de riesgos físicos y necesidad de generar espacios físicos con mínimos riesgos para la atención.

Con base en la recomendación de ASHE de tres pasos: identificar, observar, remover⁸ y de las recomendaciones internacionales para seguridad de los pacientes^{7,9,10} se generaron dos propuestas: 1) Una lista de verificación para remover riesgos físicos de las áreas cuando ingrese un paciente con intento de suicidio (**Figura 2**) y 2) se generó una propuesta arquitectónica (por la coordinación general de obras), para disminuir los riesgos físicos identificados en las instalaciones actuales del servicio de urgencias en la medida de lo posible.

De manera inmediata posterior a la identificación de los riesgos físicos del servicio de urgencias, se retiraron los espejos y se cambiaron las chapas de los baños de los pacientes (para evitar que se encierren).

2. Generación de procesos, protocolos y un modelo de atención efectivo y replicable.

Se realizaron búsquedas en la literatura para identificar los principales factores de riesgo y/o desencadenantes del intento de suicidio en adolescentes. (**Puede consultarlo en este suplemento: Factores riesgo de las conductas suicidas en adolescentes, revisión de la literatura**) También se identificaron y buscaron instrumentos de tamizaje autoaplicables, para el riesgo de intento de suicidio y los principales factores de riesgos y/o desencadenantes en población adolescente. (11-14) (**Puede consultarlo en este suplemento: Intento de suicidio en población pediátrica: abordaje integral en el área de urgencias**)

Se creó una propuesta de proceso de atención estandarizado para la atención integral en el servicio de urgencias (**puede consultarlo en este suplemento: Propuesta de protocolo de atención para niñas, niños y adolescentes con intento de suicidio**). El siguiente paso será la implementación y evaluación del proceso propuesto.

Lista de verificación para remover riesgos físicos	
•	Remover termómetros y guantes.
•	Remover reguladores del flujo de las tomas de oxígeno y aspiración.
•	Remover botes, ganchos o puntos de anclaje y cánulas.
•	Remover monitores y cables.
•	Remover botes de ropería.
•	Remover bombas de infusión y tripiés.
•	Retirar carros de enfermería.
•	Colocar señalización de Ocupado/Desocupado en el baño del paciente.
•	Remover cortinas.
•	Revisar y asegurar los cajones y lugares de almacenamiento de insumos (incluyendo refrigeradores).
•	Remover teléfonos, computadoras, entre otros objetos que tengan cables largos.
•	Remover sábanas y ropa innecesarias.
•	Asegurar la visibilidad del lugar donde estará el paciente.
•	Resguardar las pertenencias del paciente y los familiares.

Figura 2. Listado que se generó para la verificación de remoción de riesgos físicos.



3. Sensibilización y capacitación al personal

Se identificaron los recursos disponibles en línea, para la capacitación del personal de salud, para la atención de una persona con conductas suicidas:

Se diseñó el contenido de una sensibilización breve sobre conceptos básicos para la atención de niñas, niños y adolescentes hospitalizados con conductas suicidas. La cual incluyó: a) definición de conducta suicida, b) pasos básicos para la contención de una persona que llora, c) qué es el plan de seguridad, d) identificación de seis riesgos físicos para pacientes hospitalizados con conductas suicidas, e) recursos disponibles de capacitación para la atención de personas con conductas suicidas y finalmente se les preguntó sobre la utilidad de la sensibilización.

La sensibilización se impartió al personal de enfermería de las áreas de urgencias y encargadas de los servicios en las áreas de hospitalización (n = 100), así como al personal médico de Gastroenterología (n = 21). Los resultados se muestran en el **Cuadro 3**.

4. Generación de evidencia científica

Se desarrolló con metodología científica un protocolo de investigación para llevar a cabo el

diagnóstico situacional. Se documentó el proceso y los resultados mediante artículos científicos (**Puede consultarlo todos los artículos de este suplemento**).

5. Desarrollo de estrategias de prevención

Se diseñó una estrategia de comunicación en salud dirigida hacia la población adolescente para la identificación de las conductas suicidas entre pares (Puede consultarlo en este suplemento: Diseño de una estrategia de comunicación en salud para la prevención del suicidio entre adolescentes).

DISCUSIÓN

Derivado de las reformas a la Ley General de Salud en el 2022, en materia de salud mental, que hace referencia al acceso a los servicios de atención de salud mental que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud deberán brindar,⁴ cobra relevancia contar con un diagnóstico institucional que facilite la transición. Aunado a esto, ha habido un aumento de casos de suicidio en los últimos años,¹⁵ esto se ve reflejado en el aumento de intentos suicidas que llegan a los servicios hospitalarios (**Puede consultarlo en este suplemento: Intentos de suicidio atendidos en un servicio de urgencias pediátrico, antes y durante la pandemia de COVID-19**).

Cuadro 3. Resultados de la evaluación pre y post sensibilización breve sobre conceptos básicos para la atención de niñas, niños y adolescentes hospitalizados con conductas suicidas (n=121; 21 médicos y 100 enfermeras)

Pregunta	% respuestas correctas pre-sensibilización	% respuestas correctas post-sensibilización
1. Definición de conducta suicida	65%	100%
2. Pasos básicos para la contención de una persona que llora	41%	100%
3. Qué es el Plan de seguridad	52%	98%
4. Identificación de seis riesgos físicos para pacientes hospitalizados con conductas suicidas	38%	100%
5. Recursos disponibles de capacitación para la atención de una persona con conductas suicidas	25%	100%
6. La plática fue útil		100%

Los resultados obtenidos con este diagnóstico situacional, permitieron cumplir con el objetivo de este artículo, para identificar las necesidades y áreas de oportunidad para la atención de las conductas suicidas en NNA y por ende a la salud mental. También evidenció la importancia de la participación de múltiples áreas, servicios y personal que están involucrados directa o indirectamente en la atención que se brinda a niñas, niños y adolescentes con intentos de suicidio.¹⁶

Derivado de lo anterior, se hace evidente la importancia de la capacitación y prevención no sólo al personal de atención primaria, sino a todas las personas involucradas en el proceso de atención.¹⁶

Sensibilización y capacitación

El papel de la atención primaria, para la atención del suicidio, cuenta con el respaldo de estudios que demuestran la eficacia de la sensibilización y de la capacitación de estos profesionales.¹⁷ Los pediatras y personal de atención de primera línea de esta crítica crisis de salud pública requieren educación y capacitación para detectar el riesgo de suicidio, manejar y conectar a sus pacientes con las intervenciones y tratamientos de salud mental que tanto necesitan.²⁵

La sensibilización y capacitación al personal es muy importante, esta es la base para que la atención integral se pueda dar en la institución. Se pudo identificar que aún existe el estigma hacia los pacientes con problemáticas de salud mental. En parte, esto se puede deber a la falta de entrenamiento sobre cómo tratar a NNA que llegan después de un intento de suicidio.¹⁸ En gran medida, las instituciones de salud se han enfocado en atender de manera prioritaria las urgencias fisiológicas más que las urgencias de salud mental, como es el caso de los intentos suicidas, lo que posiblemente ha generado el déficit en la capacitación en la atención de la salud mental.^{19,20} La formación en salud mental de los

pediatras, especialmente de atención primaria, por su proximidad y continuidad con las familias, médicos de atención primaria y enfermeras es crucial para la prevención, ya que son los grupos de profesionales que atienden a las niñas, niños y adolescentes de forma sistemática. La Asociación Española de Pediatría recomienda que todos los residentes de pediatría, al igual que los médicos de atención primaria, deberían realizar de forma obligatoria rotaciones formativas en psiquiatría infantil y adolescente.²¹

Generación de procesos, protocolos y un modelo de atención efectivo y replicable

Contar con protocolos o un modelo de atención ayudan a resolver y facilitar la intervención del personal, así como agilizar y activar otras áreas de atención institucional. Además, se debe tener un protocolo de seguimiento al paciente, tanto en los diferentes servicios internos de la institución como en las demás instituciones donde es atendido y valorar su apego al tratamiento.²² El apego al tratamiento de incluirse, con la finalidad de que el paciente no vuelva a tener otros intentos suicidas, ya que estos pueden llegar a ser fatales y también generan gastos económicos para el Estado. En un estudio donde se analizaban los costos del tratamiento en pacientes con intentos suicidad, dichos costos aumentaron conforme se incrementó el número de intentos.²³

La Guía de Intervención mhGAP sugiere la evaluación de pensamientos, planes y actos de autolesión durante la evaluación inicial y posteriormente de forma periódica, según sea necesario.²⁴ Para esto se necesitan instrumentos, los cuales deberán estar validados, ya que ayudan a la toma de decisiones, sobre todo en áreas críticas que reciben a estos pacientes, como el servicio de Urgencias.¹² La misma guía mhGAP indica que las preguntas sobre autolesiones no provocan estos actos, pueden reducir la ansiedad asociada con los pensamientos o los actos de autolesión y ayudan a que la persona se sienta comprendida.²⁴



Las herramientas de detección y evaluación del riesgo de suicidio basadas en la evidencia, junto con las intervenciones, son factibles y potencialmente salvan vidas en el entorno médico.²⁵ Estos instrumentos ayudarán a la toma de decisiones del personal y a orientar al familiar sobre cómo deben apoyar al personal y al paciente, tanto en la estancia en el hospital, como en el hogar.²⁶ De acuerdo a la Guía de práctica clínica del Departamento de Asuntos de Veteranos y Departamento de Defensa [Department of Veterans Affairs & Department of Defense (VA/DoD)] para Evaluación y Gestión de Pacientes en Riesgo de Suicidio, contar con un instrumento para la evaluación del riesgo en casa, ayuda a que la familia pueda tener un mejor control del paciente y les da confianza para la atención en su hogar.²⁷

Se ha demostrado que se puede usar una combinación de características demográficas de los pacientes, diagnósticos, procedimientos, medicamentos y pruebas de laboratorio para construir modelos precisos de aprendizaje automático, que predicen el riesgo de intentos de suicidio entre pacientes pediátricos que reciben atención hospitalaria y ambulatoria en un centro médico infantil.²⁸

La disponibilidad de la información sobre el paciente entre los diferentes servicios que están en contacto para su atención, facilita la interacción entre éstos y ayuda a tener una mejor toma de decisiones para dar una atención integral, sin la necesidad de revictimizarlo. De igual manera, poder compartir la información entre las instituciones que lo atienden, puede facilitar un mejor control y seguimiento del tratamiento. Esta información se deberá poder compartir entre el personal que atiende al NNA en diferentes instituciones, con un manejo de confidencialidad, con la finalidad de no generar victimización y estrés al momento de que tenga que volver a dar esta información.²⁹

Espacios físicos

Dentro de este diagnóstico, se identificaron riesgos en los espacios físicos, debido a que desde su concepción y construcción el hospital no fue diseñado para la atención de pacientes con problemas de salud mental. Por lo que con base en lo que marca la Guía de práctica clínica del (VA/DoD)] para Evaluación y Gestión de Pacientes en Riesgo de Suicidio, se buscó la manera de generar espacios seguros, con pequeñas adecuaciones estructurales, con mayor vigilancia y revisión de los objetos que se ingresan a las áreas donde se encuentran hospitalizados los NNA con intentos de suicidio.²⁷

Esta categoría es muy importante, porque es posible atender a una persona con intento suicida en un espacio hospitalario, haciendo adecuaciones al espacio donde estará y generando medidas de vigilancia. Las medidas de vigilancia deben estar acopladas tanto con el personal de salud como con la familia, porque esta juega un papel importante en la recuperación del paciente.^{25,30} La Guía de Intervención mhGAP indica que la persona debe estar en un entorno seguro, no dejarla sola y ofrecer apoyo a cuidadores. La finalidad de estas medidas es controlar los posibles riesgos a los cuales el paciente puede estar expuesto en las primeras 72 horas después del intento suicida.²⁴

Generación de evidencia científica

Al ser el suicidio es un problema multifactorial, es importante la generación de evidencia científica respecto a la identificación de factores de riesgos, así como la validación de instrumentos de tamizaje en la población pediátrica mexicana.³¹

Debemos ser conscientes de que la mayoría de la investigación científica que se ha reportado en nuestro país sobre conductas suicidas, se han realizado en población adulta. Por lo que

es relevante incrementar la misma en NNA, quienes constituyen un grupo prioritario.¹ Otro grupo prioritario es la población indígena. En México, 23,2 millones de personas mayores de 3 años se autoidentifican como Indígenas, esto equivale al 19.4% de la población total del país,³² de ahí que en las reformas a la LGS también se incluyó la interculturalidad. La perspectiva intercultural pretende la convivencia armónica a partir de la diferencia; surge como una propuesta para la atención a la diversidad cultural, basada en principios de inclusión, respeto, tolerancia, equidad y valoración positiva de la diferencia.^{4,33,34} Esto hace evidente que se tiene que hacer un esfuerzo para hacer investigación en este grupo doblemente prioritario, que incluye a la población pediátrica indígena de nuestro país. Realizar investigación con una perspectiva de interculturalidad, nos proporcionará información sobre los factores que influyen en estos grupos y cómo prevenirlos.^{35,36}

Es importante recalcar que los pediatras están en una posición única para ayudar a fomentar la resiliencia en sus pacientes y equipar a las familias de pacientes en riesgo con planes de seguridad y asesoramiento sobre seguridad de medios letales. La implementación de estrategias preventivas desde la salud pública que evalúen y hagan seguimiento a los factores psicosociales podría reducir la presentación de la problemática y de sus costos médicos directos.

Finalmente, podemos mencionar que, para poder atender las nuevas políticas de salud mental, un diagnóstico sobre las necesidades institucionales, es de utilidad para identificar las áreas de oportunidad para facilitar la transición, así como la integración de estas nuevas políticas y perspectivas que deben incluirse en las prácticas institucionales para la atención de la salud mental.

CONCLUSIONES

Se identificó que, en la atención de las conductas suicidas en niñas, niños y adolescentes en nuestra institución, se encuentran involucradas diversas áreas (18 áreas) y puestos de personas (35 puestos). Las necesidades institucionales identificadas se agruparon en cinco categorías: 1) identificación de riesgos físicos y necesidad de generar espacios físicos con mínimos riesgos para la atención; 2) generación de procesos, protocolos y un modelo de atención efectivo y replicable, 3) sensibilización y capacitación al personal; 4) generación de evidencia científica y 5) desarrollo de estrategias de prevención dirigidas a niñas, niños, adolescentes, familiares y personal de salud. Contar con un diagnóstico institucional, nos permitió iniciar a tomar acción para la implementación de las nuevas políticas y perspectivas incluidas en la LGS en materia de atención a la salud mental.

Agradecimientos

Los autores agradecemos la colaboración en la realización de este estudio al grupo de trabajo para la atención de las conductas suicidas en el INP, conformado por: Dra. María del Carmen Obregón Mondragón, Dr. Carlos López Candiani, Dr. Enrique Moreno Alanís, Dra. Patricia Solís Iniesta, Lic. Araceli Argueta Morales, Lic. Elizabeth Trejo Calvo, Lic. Xóchitl Fernández Guerrero, Mtra. Flora Castellanos Sanjuan, Dra. María José Pecero Hidalgo, Psic. Alma Delia Salcedo Jiménez, Arq., Ing. Ramon Rodríguez Rodríguez, Ing. Ricardo García Zamudio, Lic. Cristina Ledesma Miranda, Ing. Alejandra Duarte Peña, Lic. María Magdalena López Simental, Ing. Misael T. Tovar Cruz, Dra. Rosa Valentina Vega Rangel, Dra. Beatriz Llamosas Gallardo, Dra. Ana Alejandra Ortiz Hernández, Lic. Roberto Ruiz Arciniega, Lic. En Psic. Ma. Auxilio Montiel Salinas, Pas Psic. Ladis Valdés Valdés, Lcda.

Erika Guadalupe Salazar Díaz, Lcda. Georgina Mendoza, Lcda. Martha Aurea Saavedra Barrios, Lcda. María de Lourdes Rosas Parra, Lcda. Patricia González Pérez, Lcda. Ubalda Sánchez Garrido, Enfermera Amelia Sánchez Medina, Lcda. Cecilia Luengas Salazar. Dr. León Felipe Mendoza Vega, Dr. Pedro Antonio Sánchez Márquez, Dra. Flora Zárate Mondragón, Dr. José Francisco Cadena León, Dra. Ericka Montijo Barrios, Dra. Esther Lombardo Aburto, Psic. Sandra Posadas Pedraza, Lcda. en T.S. Carolina Sánchez Jaimes, Lcda. en T.S. Silvia Ramírez Ramírez, Lcda. en T.S. Araceli Suárez Jiménez.

REFERENCIAS

1. Valdez-Santiago R, Villalobos-Hernández A, Arenas-Monreal L. Conducta suicida en México: análisis comparativo entre población adolescente y adulta. 2023;65:110-6.
2. Breslin K, Balaban J, Shubkin CD. Adolescent suicide: what can pediatricians do? *Curr Opin Pediatr.* 2020;32(4):595-600.
3. Medina M, Sarti E, Real T. La depresión y otros trastornos psiquiátricos. La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura. 2015. 39-58 p.
4. Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión. Ley General de Salud. DOF. 2023;352.
5. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. PRONUNCIAMIENTO DGDDH/037/2022 Ciudad. 2022.
6. Sakinofsky I. Preventing suicide among inpatients. *Can J Psychiatry.* 2014;59(3):131-40.
7. Mills PD, Vince Watts B, Miller S, Kemp J, Knox K, De Rosier JM, et al. A checklist to identify inpatient suicide hazards in Veterans Affairs hospitals. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010;36(2):87-93. [http://dx.doi.org/10.1016/S1553-7250\(10\)36015-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1553-7250(10)36015-6)
8. American Hospital Association. Patient Safety Tools and Resources: Preventing Self Harm and Ligation Risk [Internet]. ASHE Patient Safety and Ligation Identification Checklist. 2023. <https://www.ashe.org/patientsafety>
9. New York State Office of Mental Health. Patient Safety Standards, Materials and Systems Guidelines. New York; 2022.
10. The Joint Commission. Suicide Prevention Resources to support Joint Commission Accredited organizations implementation of NPSG 15.01.01. 2020;(October 2007):4-6. <http://www.ashe.org/resources/preventing-self-harm-and-ligation->
11. Casas-Muñoz A, Velasco-Rojano ÁE, Rodríguez-Caballero A, Prado-Solé E, Álvarez MG. ACE-IQ extended version validation and ACE's frequency in Mexican adolescents. *Child Abuse Negl.* 2023 Oct 5:106492
12. Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, Ballard E, Klima J, Rosenstein DL, et al. Ask suicide-screening questions (ASQ): A brief instrument for the pediatric emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2012;166(12):1170-6.
13. Casas Muñoz A, Velasco Rojano ÁE, Loredo Abdalá A. Adaptación y validación de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en adolescentes mexicanos de una población semirural. *Rev Int Investig en Adicciones.* 2022;8(1):30-9.
14. Arrieta J, Aguerrebere M, Raviola G, Flores H, Elliott P, Espinosa A, et al. Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study. *J Clin Psychol.* 2017;73:1076-90.
15. INEGI. Comunicado De Prensa Núm . 520 / 21 8 De Septiembre De 2021 Estadísticas a Propósito Del Día Mundial Para La Prevención Del Suicidio. *Comun prensa Núm 520/21* [Internet]. 2021;1-5. Available from: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf
16. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012;5(1):8-23.
17. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry.* 2016;3(7):646-59.
18. Bharadwaj P, Pai MM, Suziedelyte A. Mental health stigma. *Econ Lett.* 2017;159:57-60.
19. Navarro Gomez N, Trigueros Ramos R. Stigma in mental health professionals: A systematic review. *Psychol Soc Educ.* 2019;11(2):253-66.
20. da Silva AG, Baldaçara L, Cavalcante DA, Fasanella NA, Palha AP. The Impact of Mental Illness Stigma on Psychiatric Emergencies. *Front Psychiatry.* 2020;11(June):1-9.
21. Vázquez López P, Armero Pedreira P, Martínez-Sánchez L, García Cruz JM, Bonet de Luna C, Notario Herrero F, et al. Self-injury and suicidal behavior in children and youth population: Learning from the pandemic. *An Pediatr.* 2023;98(3):204-12.
22. Lozano PSS. Atendiendo a la persona en riesgo de suicidio en el Servicio Andaluz de Salud : un estudio cualitativo del proceso de institucionalización *Caring for People at Risk of Suicide in the Andalusian Health Service : A Qualitative Study of the Institutionalisation.* *Rev Cent Ciencias Soc.* 2022;1:81-102.
23. Medina M, Velásquez AV, Ribero OJ, Trujillo N. Direct medical costs of suicide attempts by patients in Columbia's Antioquia Mental Hospital. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 2020;42:1-8.
24. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada [Internet]. Vol.

- Versión 2., Repositorio Institucional para intercambio de información. 2018. 1–173 p. http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071%0Ahttp://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf%5Chttps://www.scribd.com/doc/64758557/Guia-de-Intervencion-Trastornos-Mentales-Neurologicos-y-por-uso-de-sustancias-OMS
25. Horowitz L, Tipton M V., Pao M. Primary and secondary prevention of youth suicide. *Pediatrics*. 2020;145(2).
 26. Lantos JD, Yeh HW, Raza F, Connelly M, Goggin K, Sullivant SA. Suicide Risk in Adolescents During the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics*. 2022;149(2).
 27. Department of Veterans Affairs & Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide. 2013. 76 p.
 28. Su C, Aseltine R, Doshi R, Chen K, Rogers SC, Wang F. Machine learning for suicide risk prediction in children and adolescents with electronic health records. *Transl Psychiatry*. 2020;10(1).
 29. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379(9834):2373–82.
 30. Asarnow JR, Hughes JL, Babeva KN, Sugar CA. Cognitive-Behavioral Family Treatment for Suicide Attempt Prevention: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2017;56(6):506–14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.015>
 31. Latime EA, Garièpy G, Greenfield B. Cost-Effectiveness of a Rapid Response Team Intervention for Suicidal Youth Presenting at an Emergency Department. *Can J Psychiatry*. 2014;59(6):310–8.
 32. Mamo D, Parellada A, Rose G, Sierra SP, Thorsell S. THE INDIGENOUS WORLD 2023. 2023. 720 p.
 33. Ávila Domínguez R. Interculturality in Health: The pending issue of the Mexican Health System. *Mex J Med Res ICSA*. 2018;6(12):6–9.
 34. Garita Pulido AV. La orientación intercultural: Una perspectiva para favorecer la convivencia en contextos multiculturales Intercultural Counseling: A Perspective to Favor Coexistence in Multicultural Contexts. *Rev Electrónica Educ (Educare Electron Journal)* EISSN. 1409;18(1):281–91. <http://www.una.ac.cr/educare>
 35. Bahk J, Kim AM, Khang YH. Associations of multicultural status with depressive mood and suicidality among Korean adolescents: The roles of parental country of birth and socioeconomic position. *BMC Public Health*. 2017;17(1):1–12.
 36. Lee E. Effects of school violence on depression and suicidal ideation in multicultural adolescents. *Iran J Public Health*. 2019;48(2):262–9.