



DIPDA. NAOMI RAQUEL PENICHE LÓPEZ.

PRESIDENTA DE LA MESA DIRECTIVA DEL CONGRESO DEL ESTADO DE YUCATÁN

P R E S E N T E

DIPUTADA CLARA PAOLA ROSALES MONTIEL integrante de la Fracción Legislativa del Partido Movimiento Regeneración Nacional de la LXIV Legislatura del H. Congreso del Estado de Yucatán, con fundamento en los artículos 35 fracción I de la Constitución Política del Estado de Yucatán; 16, 17, y 22 fracción VI de la Ley de Gobierno y 68, 69, 69 BIS y demás disposiciones relativas y aplicables del Reglamento de la Ley de Gobierno, ambas del Poder Legislativo del Estado de Yucatán someto a consideración de esta Honorable Asamblea, la **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES A LA LEY DE SALUD MENTAL EN MATERIA DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y POSVENCIÓN DEL SUICIDIO**, en atención a la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. PLANTEAMIENTO GENERAL Y NECESIDAD DE ACTUALIZACIÓN DEL ENFOQUE

La prevención del suicidio constituye un campo de intervención que exige articular salud pública, atención clínica, derechos humanos, participación comunitaria, educación, trabajo, comunicación responsable, vigilancia epidemiológica y evaluación de políticas. Su complejidad impide reducirlo a una sola causa, a un diagnóstico determinado o a una única ruta de atención. La respuesta institucional requiere, por el contrario, reconocer la interacción de factores personales, familiares, sociales, comunitarios y contextuales, así como la diversidad de trayectorias mediante las cuales una persona puede experimentar una condición de riesgo.

En Yucatán, esta necesidad de actualización adquiere una relevancia epidemiológica concreta. De acuerdo con las cifras definitivas de las Estadísticas de Defunciones Registradas de 2024 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, la entidad registró una tasa estandarizada de defunciones registradas por suicidio de 14.2 por cada 100 mil habitantes y una tasa bruta de 14.0, magnitudes que la situaron en el extremo superior de la distribución nacional. Este dato no permite, por sí mismo, atribuir causalidad ni valorar la eficacia o fracaso de una política específica; sí muestra la pertinencia de sostener una respuesta pública continua, territorialmente informada y susceptible de evaluación. A la fecha de elaboración de esta exposición, las cifras de 2025 disponibles son preliminares y el calendario oficial del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica prevé la publicación de las cifras definitivas el 10 de noviembre de 2026; por ello, la referencia epidemiológica central de este documento utiliza 2024 como último año con información definitiva comparable (INEGI, 2025; SNIEG, 2026).



La Ley de Salud Mental del Estado de Yucatán ya contiene disposiciones relevantes en materia de promoción de la salud mental, prevención del suicidio, atención, capacitación, información, participación institucional y coordinación (H. Congreso del Estado de Yucatán, 2024). La presente reforma no parte, por tanto, de la premisa de que exista una ausencia absoluta de respuesta normativa. Su propósito es actualizar, precisar y articular las disposiciones existentes a la luz de la evolución de la evidencia científica y de los modelos contemporáneos de prevención y atención, de manera que las obligaciones públicas puedan organizarse como un continuo coherente, evaluable y centrado en las necesidades de las personas.

Esta actualización resulta consistente con la orientación internacional vigente. La Organización Mundial de la Salud, mediante la iniciativa LIVE LIFE, plantea que la prevención del suicidio requiere una aproximación multinivel y multisectorial apoyada en análisis de situación, colaboración entre sectores, desarrollo de capacidades, financiamiento, vigilancia, monitoreo y evaluación. Dentro de sus intervenciones prioritarias se encuentran la identificación temprana, la evaluación, el manejo y el seguimiento de las personas afectadas por conductas suicidas; la comunicación responsable; el desarrollo de habilidades socioemocionales en población joven; y la reducción del acceso a medios de suicidio (OMS, 2021). Este marco permite comprender que la prevención no se limita a una campaña anual o a la atención de una crisis, sino que requiere estructuras capaces de sostener respuestas antes, durante y después de los episodios de mayor riesgo.

En el ámbito nacional, la construcción de la Estrategia Nacional para la Prevención y Atención del Comportamiento Suicida 2026–2030, informada por la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones en septiembre de 2026, ha identificado como pilares la evidencia científica, los derechos humanos y la pertinencia territorial. Asimismo, ha señalado la necesidad de definir con claridad las responsabilidades institucionales, fortalecer los mecanismos de referencia y contrarreferencia, mejorar la detección oportuna, desarrollar capacidades de los equipos de trabajo y articular los esfuerzos ya existentes para transformarlos en acciones efectivas en los territorios. Esta orientación nacional refuerza la pertinencia de revisar el marco estatal para asegurar coherencia entre prevención, atención, continuidad, participación comunitaria y evaluación (Secretaría de Salud, CONASAMA, 2026).

La reforma propone, en consecuencia, una actualización del enfoque con el que se organiza la respuesta frente al riesgo suicida. Esta actualización no sustituye el objeto general de la Ley de Salud Mental ni reduce la salud mental al fenómeno suicida. Busca integrar de manera coherente las disposiciones específicas relativas a la prevención, la condición de riesgo suicida, la atención posterior a un intento y la posversión después de una muerte por suicidio dentro del sistema general de promoción, prevención, atención y protección de derechos.

La tesis que articula la reforma es que no existe una única respuesta válida para todas las personas ni para todas las circunstancias. Se requiere una arquitectura de responsabilidades articuladas, contextualizadas a cada persona y verificables institucionalmente. Esto implica pasar de acciones aisladas a procesos que identifiquen responsables, rutas, recursos, mecanismos de seguimiento, indicadores y formas de evaluación.

II. CONDICIÓN DE RIESGO SUICIDA: UNA COMPRENSIÓN DINÁMICA, CONTEXTUAL Y NO LINEAL

Uno de los ejes centrales de la reforma es la incorporación de la categoría de condición de riesgo suicida como herramienta jurídica de activación de respuesta. Su finalidad es permitir que una persona acceda a valoración, atención, protección y seguimiento cuando sus pensamientos, manifestaciones conductuales, antecedentes o circunstancias hagan pertinente una intervención, sin exigir como condición previa la existencia de un diagnóstico de trastorno mental y sin convertir el riesgo en una identidad permanente.

La comprensión contemporánea del riesgo suicida exige cautela frente a modelos que lo presentan como una escalera predecible o como una clasificación estable. La presencia de ideación, planeación, intención, actos preparatorios, intentos o antecedentes no supone una progresión obligatoria entre unas manifestaciones y otras. Pueden coexistir, aparecer en combinaciones distintas, modificarse con rapidez o presentarse en contextos diferentes. Por ello, la reforma evita organizar estas manifestaciones como etapas necesarias de una secuencia lineal.

Esta perspectiva también tiene consecuencias para la valoración. Las recomendaciones del National Institute for Health and Care Excellence señalan que las herramientas o escalas de riesgo no deben utilizarse para predecir por sí mismas futuros suicidios o repeticiones de autolesiones, ni para decidir de manera automática quién debe recibir tratamiento, quién debe ser dado de alta o cómo debe clasificarse globalmente a una persona en categorías de riesgo bajo, medio o alto. En su lugar, la valoración debe centrarse en las necesidades de la persona y en cómo favorecer su seguridad psicológica y física inmediata y de largo plazo (NICE, 2022).

La reforma adopta esta cautela sin negar la utilidad de identificar factores, antecedentes, necesidades o circunstancias relevantes. La propuesta no sostiene que toda categorización carezca de valor, sino que una clasificación global no debe convertirse en un mecanismo predictivo ni en el único criterio para definir la respuesta. La valoración integral realizada por personal competente debe considerar el contexto particular de cada persona, sus necesidades inmediatas de seguridad, sus condiciones físicas y emocionales, sus recursos, su entorno social y la evolución de sus circunstancias.



Para efectos normativos, la categoría condición de riesgo suicida traduce esta comprensión dinámica y contextual a un lenguaje jurídico que permita activar respuestas sin atribuirle carácter diagnóstico ni predictivo. Su función es ampliar la protección y evitar que el acceso a servicios dependa exclusivamente de que exista una conducta potencialmente lesiva, un intento previo o un diagnóstico determinado.

Esta formulación también permite distinguir entre un antecedente y una condición actual. Una persona que ha realizado un intento de suicidio puede requerir continuidad, seguimiento o apoyos específicos, pero ese antecedente no implica por sí mismo que permanezca indefinidamente en una condición actual de riesgo. El seguimiento debe ser proporcional, revisable y ajustarse a las necesidades cambiantes de la persona. Esta distinción contribuye además a la desestigmatización, al impedir que un episodio de la historia de una persona se convierta en una etiqueta permanente que determine automáticamente la forma en que será interpretada o tratada.

III. PRECISIÓN TAXONÓMICA PARA REDUCIR AMBIGÜEDADES Y ORIENTAR RESPUESTAS

La precisión terminológica cumple una función sustantiva en una ley que regula prevención, atención, vigilancia, formación y posvección. El uso indistinto de términos como ideación, planeación, intención, conducta suicida, intento, autolesión o muerte por suicidio puede producir respuestas desproporcionadas, registros epidemiológicos poco comparables y dificultades para delimitar responsabilidades.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos han señalado desde sus definiciones uniformes para vigilancia de violencia autodirigida que la falta de terminología consistente dificulta la comunicación entre investigación, clínica y salud pública (Crosby et al., 2011). La estandarización conceptual no tiene como finalidad convertir la ley en un manual clínico, sino establecer un lenguaje común que permita distinguir fenómenos diferentes y evitar que sean tratados normativamente como equivalentes.

Por esta razón, la reforma propone una taxonomía amplia que diferencia, entre otros conceptos, ideación suicida, planeación suicida, intención suicida, actos preparatorios, intento abortado o autointerrumpido, intento interrumpido, intento de suicidio, conducta suicida, conductas autolesivas sin intención suicida y muerte por suicidio. A ello se incorporan categorías necesarias para delimitar sujetos y rutas de respuesta, como persona con antecedente de intento de suicidio, persona sobreviviente por pérdida por suicidio, personas allegadas y red de apoyo.

La diferenciación entre estas categorías no pretende establecer una jerarquía automática de gravedad ni una secuencia predictiva. Su finalidad es descriptiva y operativa: reconocer que pensamientos, planes, intención y conductas no son fenómenos idénticos y

que su presencia puede requerir respuestas distintas, siempre contextualizadas mediante una valoración integral.

Particular importancia tiene la definición de intención suicida. La reforma evita equipararla con una decisión rígida, plenamente deliberada o estable. La intención puede presentarse en grados distintos y coexistir con ambivalencia respecto de vivir o morir. Tampoco debe presumirse exclusivamente a partir del método utilizado, la gravedad de una lesión, la existencia de planeación o cualquier otro elemento considerado de manera aislada. Esta precisión permite diferenciar la conducta suicida de las conductas autolesivas sin intención suicida, sin desconocer que estas últimas pueden justificar una valoración integral cuando las circunstancias lo indiquen.

Asimismo, se diferencia el intento de suicidio de los actos preparatorios y de los intentos abortados o interrumpidos, conforme a distinciones utilizadas en marcos técnicos contemporáneos de clasificación de la conducta suicida (Crosby et al., 2011; Posner et al., 2011). La distinción resulta útil para describir con mayor precisión lo ocurrido y para evitar que conductas diferentes sean registradas o interpretadas como si fueran equivalentes. En ningún caso estas categorías deberán utilizarse por sí mismas como escalas automáticas de gravedad o como mecanismos predictivos.

La reforma también separa dos experiencias que con frecuencia se confunden bajo el término sobreviviente. Por una parte, se reconoce a la persona con antecedente de intento de suicidio, cuya ruta se relaciona con continuidad de cuidados, seguimiento, recuperación y reincorporación cuando resulte pertinente. Por otra, se reconoce a la persona sobreviviente por pérdida por suicidio, es decir, aquella afectada por la muerte por suicidio de una persona con quien mantenía un vínculo familiar, afectivo, social, comunitario o significativo. Esta segunda categoría se vincula con las acciones de posvención.

La precisión taxonómica permite así construir una arquitectura común para los distintos sectores involucrados, mejorar la calidad de los registros, orientar la capacitación y reducir interpretaciones estigmatizantes o simplificadoras. La ley no define a las personas por una categoría; define los fenómenos y las responsabilidades para responder de manera más adecuada.

IV. UN CONTINUO DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN, CONTINUIDAD, RECUPERACIÓN Y POSVENCIÓN

La reforma organiza las distintas obligaciones mediante un continuo de respuesta que comprende promoción y prevención, identificación oportuna, valoración integral, respuesta inicial y seguridad, atención y tratamiento, referencia y contrarreferencia, continuidad y seguimiento, recuperación y reincorporación, así como posvención después de una muerte por suicidio.

Este continuo no debe interpretarse como una secuencia obligatoria que todas las personas deban recorrer. Constituye una arquitectura de servicios y responsabilidades que permite que cada persona ingrese en el punto que corresponda a sus necesidades y circunstancias, y que pueda transitar entre distintos niveles y apoyos sin perder continuidad.

La promoción y prevención constituyen la base poblacional y comunitaria. Dentro de ellas, la evidencia internacional reconoce también la relevancia de reducir el acceso a medios de suicidio y fortalecer la seguridad de los entornos cuando resulte aplicable y dentro de las competencias de cada autoridad, sin convertir este componente en el eje único de la respuesta (OMS, 2021).

La identificación oportuna permite reconocer situaciones que requieren mayor atención sin convertir a los actores comunitarios en evaluadores clínicos. La valoración integral corresponde al personal competente y debe orientarse a comprender necesidades, circunstancias y seguridad, no a producir una etiqueta predictiva. La respuesta inicial y las medidas de seguridad deberán adecuarse a la situación concreta. La atención y el tratamiento se proporcionarán cuando correspondan, incluyendo la participación del primer nivel y de servicios especializados de acuerdo con sus competencias.

Dentro de este continuo, la referencia administrativa no equivale por sí misma a continuidad, ni la atención concluye necesariamente con la estabilización de una crisis. La arquitectura propuesta incorpora vinculación efectiva entre servicios, seguimiento proporcional, recuperación y reincorporación cuando resulten pertinentes, así como una respuesta diferenciada después de una muerte por suicidio. Los apartados siguientes desarrollan estas responsabilidades sin convertirlas en una secuencia uniforme para todas las personas.

Esta arquitectura coincide con la orientación de la Organización Mundial de la Salud hacia respuestas multisectoriales que integren identificación temprana, evaluación, manejo, seguimiento, colaboración, fortalecimiento de capacidades, financiamiento y evaluación (OMS, 2021). Asimismo, guarda coherencia con la orientación actualmente planteada para la construcción de la Estrategia Nacional 2026–2030, que busca articular capacidades institucionales y fortalecer referencia, contrarreferencia, seguimiento y acción territorial.

V. CONTINUIDAD POSTERIOR A UN INTENTO DE SUICIDIO

La atención posterior a un intento de suicidio no debe agotarse en la estabilización médica inmediata ni en una valoración aislada (NICE, 2022). La continuidad de cuidados constituye un componente específico de la prevención porque reduce las rupturas entre la necesidad identificada y la respuesta disponible, favorece la vinculación con servicios y permite ajustar el seguimiento conforme cambian las circunstancias de la persona.

Esta continuidad comprende, según las necesidades de cada caso, atención médica cuando existan lesiones, intoxicaciones u otras condiciones físicas; valoración integral por personal competente; planificación colaborativa de seguridad cuando resulte pertinente; definición de necesidades de tratamiento y apoyo; referencia y contrarreferencia; vinculación efectiva con servicios; seguimiento proporcional y revisable; y medidas orientadas a la recuperación y reincorporación familiar, educativa, laboral, social o comunitaria.

La referencia a otro servicio no deberá entenderse como la terminación automática de la responsabilidad asistencial. La continuidad exige mecanismos de articulación que faciliten la transición, identifiquen al servicio receptor, permitan compartir la información estrictamente necesaria conforme al marco jurídico aplicable y establezcan contrarreferencia o seguimiento cuando corresponda.

La participación de familiares, personas allegadas o redes de apoyo puede resultar relevante para favorecer seguridad, continuidad o reincorporación; sin embargo, no debe operar de manera automática. Su participación deberá considerar las necesidades y preferencias de la persona, así como autonomía, consentimiento, confidencialidad y las excepciones legalmente previstas.

El antecedente de intento de suicidio tampoco deberá convertirse en una condición permanente. Puede existir riesgo persistente o crónico en determinadas circunstancias, pero la intensidad y duración del seguimiento deberán revisarse conforme cambien las necesidades de la persona. El objetivo de la continuidad es favorecer reducción del riesgo, recuperación y restablecimiento de apoyos, no mantener indefinidamente una identidad asociada al episodio.

Este enfoque distingue con claridad la continuidad postintento de la posvención. La primera se dirige a la persona que continúa con vida y procura articular atención, seguimiento y recuperación; la segunda se activa después de una muerte por suicidio y se dirige a las personas, grupos, instituciones y comunidades afectadas por la pérdida.

VI. POSVENCIÓN DESPUÉS DE UNA MUERTE POR SUICIDIO

La incorporación explícita de la posvención responde a la evolución de la suicidología y de las estrategias contemporáneas de prevención (Andriessen, 2014). Desde finales de la década de 1960, el término se ha utilizado para describir las respuestas posteriores a una muerte por suicidio dirigidas a las personas afectadas por ella. Su desarrollo posterior ha ampliado la mirada desde el apoyo individual hacia respuestas familiares, institucionales y comunitarias.

Una muerte por suicidio puede generar efectos relevantes en familiares, amistades, parejas, compañeros de estudio o trabajo, profesionales, instituciones y comunidades.



Estos efectos no son uniformes ni deben presumirse automáticamente. La posvención requiere, por ello, respuestas proporcionales a las necesidades, vínculos, circunstancias y grado de afectación de las personas y grupos involucrados.

La reforma entiende la posvención como un conjunto organizado de estrategias, acciones y servicios posteriores a una muerte por suicidio, en congruencia con el desarrollo contemporáneo del apoyo a personas y grupos afectados por una pérdida por suicidio (World Health Organization, 2025). Puede comprender información y orientación, apoyo emocional y social, vinculación con servicios, atención especializada cuando resulte necesaria, grupos de apoyo, respuestas institucionales, comunicación responsable y otras medidas orientadas a atender las consecuencias de la pérdida y reducir efectos adversos y posibles nuevos riesgos.

El reconocimiento de instituciones y comunidades como posibles destinatarias resulta especialmente relevante en escuelas, centros laborales, organizaciones y otros espacios en los que una muerte puede afectar a múltiples personas y requerir una respuesta coordinada. Esta perspectiva evita reducir la posvención a psicoterapia individual o a un único modelo de duelo.

La función preventiva de la posvención debe explicarse sin convertirla en una consigna. Las acciones posteriores a una muerte pueden contribuir a reducir aislamiento, estigma, exposición dañina y nuevos riesgos, así como a facilitar apoyos y recuperación. Reconocer esta función no implica presumir que toda persona expuesta se encuentra en riesgo ni que requerirá atención clínica.

La reforma distingue expresamente la posvención de la atención posterior a un intento, con el fin de delimitar objetivos, sujetos, responsabilidades y rutas de respuesta.

VII. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, CRISIS Y ARTICULACIÓN DE SERVICIOS

La atención frente al riesgo suicida requiere una respuesta articulada entre los distintos niveles y servicios del sistema de salud. Su organización no debe depender exclusivamente de la atención especializada u hospitalaria, sino integrar al primer nivel de atención como puerta de entrada, espacio de identificación oportuna, respuesta inicial y continuidad, dentro de los límites de sus competencias y capacidades.

La presencia de una condición de riesgo suicida no determina por sí misma una única respuesta asistencial ni implica necesariamente hospitalización. La atención deberá contextualizarse a cada persona, considerando necesidades inmediatas de seguridad, condiciones físicas y emocionales, circunstancias, entorno social y los resultados de una valoración integral realizada por personal competente.

El primer nivel no sustituye a los servicios especializados (NICE, 2022). Su función consiste en reconocer necesidades, proporcionar respuestas acordes con sus competencias, identificar situaciones que requieren atención urgente o especializada, activar las rutas correspondientes y participar en mecanismos de seguimiento y continuidad. Esta distribución de funciones permite ampliar accesibilidad sin diluir responsabilidades profesionales.

También resulta necesario distinguir entre condición de riesgo, crisis, urgencia médica y hospitalización. Una emergencia médica puede existir cuando hay lesiones, intoxicación u otra condición que requiere atención inmediata. Otras situaciones pueden demandar medidas inmediatas de seguridad, valoración especializada, apoyo psicosocial o seguimiento sin que ello implique automáticamente una respuesta hospitalaria.

Cuando sea necesaria la intervención de otro nivel o servicio, la simple indicación de una referencia no garantiza continuidad. Por ello, deberán fortalecerse mecanismos de referencia, contrarreferencia y vinculación efectiva que permitan articular responsabilidades, facilitar las transiciones entre servicios y reducir interrupciones evitables.

La necesidad de atención hospitalaria por lesiones, intoxicación u otras consecuencias médicas no debe confundirse con el internamiento en servicios de salud mental. Este último se encuentra sujeto a las garantías y requisitos establecidos por la Ley General de Salud, que reconoce el consentimiento informado y regula el internamiento como último recurso terapéutico y de carácter voluntario (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2026). La reforma no pretende reproducir ese régimen, sino evitar que la sola existencia de una condición de riesgo se interprete como equivalente automático de hospitalización o pérdida de autonomía.

VIII. COMUNIDAD, EDUCACIÓN Y ACTORES NO ESPECIALIZADOS

La prevención del suicidio requiere capacidades distribuidas en los espacios donde las personas desarrollan su vida cotidiana. Docentes, personal educativo, cuerpos de seguridad, líderes comunitarios, personal administrativo, trabajadores y otros actores pueden encontrarse en una posición relevante para reconocer señales de preocupación, establecer una respuesta inicial y facilitar el acceso a apoyos.

Esta participación no implica trasladar funciones clínicas a personas no especializadas. La valoración integral, el diagnóstico cuando corresponda y las intervenciones especializadas competen al personal con formación y atribuciones suficientes. La función de los actores

comunitarios consiste en reconocer situaciones que requieren atención, responder dentro de los límites de su función y capacitación y activar las rutas institucionales correspondientes.

La formación de guardianes u otros actores comunitarios sólo adquiere pleno sentido cuando se integra en una red real de respuesta (NICE, 2018). Capacitar para reconocer señales sin contar con procedimientos, servicios disponibles y mecanismos de vinculación puede limitar de manera sustantiva la utilidad de la formación. Por ello, los procesos formativos deberán acompañarse de protocolos, rutas claras, recursos territoriales y mecanismos de actualización.

En el ámbito educativo, la respuesta no debe depender exclusivamente de la iniciativa individual de docentes u otros trabajadores. Las instituciones requieren procedimientos definidos, responsables identificados, personal que conozca sus funciones y mecanismos de coordinación con servicios de salud, familias y redes de apoyo cuando resulte pertinente.

Las competencias requeridas deberán corresponder a la función de cada actor. No todas las personas necesitan formación clínica: para muchos actores comunitarios e institucionales, la función consiste en reconocer, responder inicialmente y vincular. Los planes de formación diferenciados que sostienen estas competencias se desarrollan en un apartado posterior.

Asimismo, la respuesta institucional deberá considerar, cuando corresponda, las necesidades de quienes conforman el entorno inmediato de una persona, sin generar exposición innecesaria, estigmatización o divulgación indebida de información.

El modelo de guardianes puede constituir una modalidad dentro de esta arquitectura, pero no deberá establecerse como único mecanismo obligatorio. La ley debe permitir distintos modelos técnicamente adecuados, siempre que se integren a rutas, servicios, evaluación y responsabilidades institucionales. En el caso de niñas, niños y adolescentes, estas rutas deberán además articularse con las obligaciones de protección integral, participación acorde con edad y desarrollo, y coordinación con las personas e instituciones responsables de su cuidado, conforme al marco jurídico aplicable (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2026).

IX. ESPACIOS LABORALES

Los espacios laborales constituyen ámbitos relevantes para la promoción de la salud mental, la identificación oportuna de situaciones de malestar, la articulación de respuestas frente al riesgo suicida y la reincorporación posterior cuando resulte necesaria.

Las condiciones de trabajo, la organización laboral, las relaciones interpersonales, la violencia o el acoso, la inseguridad laboral, las cargas excesivas y la insuficiencia de apoyos pueden formar parte del contexto que afecta el bienestar (OMS, 2022; Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2018). Por ello, las acciones preventivas no deben reducirse exclusivamente a enseñar al trabajador a afrontar individualmente el malestar,



sino considerar también las condiciones organizacionales y los mecanismos institucionales de respuesta.

Los centros de trabajo pueden contribuir mediante prevención y gestión de riesgos psicosociales, formación diferenciada de personal directivo y trabajadores, procedimientos claros de actuación ante situaciones de riesgo, mecanismos de vinculación con servicios de salud y medidas de apoyo para continuidad y reincorporación laboral cuando sean pertinentes.

De manera semejante a los espacios educativos, la respuesta no deberá depender exclusivamente de la iniciativa individual de una persona supervisora, compañera o responsable de recursos humanos. Se requieren capacidades institucionales, procedimientos definidos, rutas de actuación, recursos para capacitación y mecanismos de evaluación.

Cuando una muerte por suicidio afecte a un centro laboral, deberán considerarse acciones de posvención dirigidas a las personas, equipos e instituciones afectadas, evitando respuestas improvisadas, exposición innecesaria, estigmatización o comunicaciones potencialmente perjudiciales.

La incorporación del ámbito laboral en esta exposición no prejuzga la distribución definitiva de competencias entre autoridades laborales, sanitarias y administrativas. La regulación concreta deberá armonizarse con el marco federal y estatal aplicable.

X. CAPACITACIÓN, COMPETENCIAS, PRESUPUESTO Y EVALUACIÓN

La construcción de una respuesta efectiva frente al riesgo suicida requiere personas e instituciones con competencias acordes con sus funciones. La capacitación no puede concebirse como una actividad uniforme, pues las responsabilidades de quienes realizan reconocimiento inicial, atención de primer contacto, valoración integral, intervención especializada, respuesta de emergencia, seguimiento o posvención son diferentes.

Por ello, las instituciones deberán desarrollar planes de formación y actualización diferenciados de acuerdo con las funciones y responsabilidades de su personal y de los actores que participan en las rutas de respuesta. Estos planes deberán sustentarse en la mejor evidencia disponible, considerar las competencias requeridas para cada función y actualizarse periódicamente conforme evolucionen la evidencia, los protocolos y las necesidades institucionales.

La evaluación de la formación no deberá limitarse al número de cursos impartidos o personas asistentes. Será necesario valorar, según corresponda, la adquisición y permanencia de conocimientos y habilidades, la capacidad para utilizar protocolos y rutas institucionales y el funcionamiento efectivo de los mecanismos de respuesta.

Resulta útil distinguir al menos tres niveles de evaluación: actividad, que comprende cursos realizados y cobertura; competencia, que incluye conocimientos, habilidades y capacidad de actuación; y funcionamiento institucional, que puede considerar tiempos de respuesta, activación de protocolos, vinculación efectiva, continuidad y calidad de registros. Esta distinción permite separar la realización de capacitaciones de la existencia real de capacidad instalada.

La formación deberá integrarse a procesos de mejora continua, de manera que sus resultados permitan identificar brechas de competencias, necesidades de actualización y dificultades de implementación.

El cumplimiento de estas obligaciones requiere previsión presupuestaria suficiente para capacitación, actualización y evaluación. La insuficiencia de recursos no deberá convertirse en una barrera estructural que mantenga a las instituciones sin las competencias necesarias para cumplir las responsabilidades que la propia normativa les asigna.

Asimismo, las instituciones podrán recurrir, conforme al marco jurídico aplicable, a universidades, organizaciones especializadas, sociedades científicas y personas expertas externas cuando ello permita fortalecer capacidades técnicas, actualizar conocimientos o cubrir necesidades que no puedan resolverse exclusivamente con recursos internos. Esta participación deberá sujetarse a criterios de competencia, transparencia, calidad, evaluación y prevención de conflictos de interés.

XI. COMUNICACIÓN RESPONSABLE, EFECTOS WERTHER Y PAPAGENO Y NARRATIVAS DE ESPERANZA

La comunicación pública constituye un componente relevante de la prevención del suicidio. La evidencia disponible muestra que determinadas formas de informar pueden asociarse con efectos adversos, particularmente cuando la cobertura es sensacionalista, prominente, repetitiva, presenta explicaciones simplificadas o describe innecesariamente los métodos utilizados. En sentido contrario, las narrativas que muestran formas de afrontar una crisis, acceder a apoyos y encontrar alternativas pueden contribuir a ampliar las posibilidades percibidas frente al sufrimiento.

Estos fenómenos han sido descritos en la literatura especializada mediante los conceptos de efecto Werther y efecto Papageno. Su incorporación normativa no pretende establecer que una publicación produzca automáticamente una conducta determinada, sino reconocer que la comunicación forma parte del entorno social en el que se construyen interpretaciones sobre el suicidio y sus alternativas.

La comunicación responsable comprende tanto la reducción de posibles daños como la construcción de alternativas. Ello implica evitar sensacionalización, glorificación,



estigmatización, explicaciones monocausales y detalles innecesarios del método, pero también hacer visibles formas de afrontamiento, recuperación, acceso a apoyos y respuestas sociales disponibles.

La incorporación de narrativas de esperanza no pretende imponer una interpretación optimista ni minimizar la intensidad del sufrimiento. Se refiere a la responsabilidad social de comunicar que, aun ante situaciones de profundo malestar, pueden existir alternativas y posibilidades de respuesta. La Organización Mundial de la Salud ha reforzado en sus recomendaciones recientes la relevancia de narrativas centradas en afrontamiento, recuperación, búsqueda de ayuda y esperanza, al mismo tiempo que advierte sobre los posibles daños de determinadas formas de representación del suicidio (World Health Organization, 2023).

Estos principios no se limitan al periodismo. También resultan relevantes para campañas institucionales, comunicaciones gubernamentales, materiales educativos y contenidos digitales relacionados con suicidio y su prevención.

Cuando la comunicación provenga de instituciones públicas, el estándar de responsabilidad debe ser reforzado. La información difundida deberá procurar precisión, contextualización y actualización conforme a la evidencia disponible, evitando sostener narrativas que simplifiquen fenómenos complejos, presenten asociaciones como causalidades o comuniquen resultados sin las limitaciones necesarias para interpretarlos adecuadamente.

Las campañas y acciones de sensibilización deberán integrarse dentro de estrategias preventivas más amplias. La difusión de mensajes, por sí sola, no sustituye la disponibilidad de servicios, rutas de atención, capacitación, seguimiento y respuesta comunitaria.

Finalmente, las acciones institucionales de comunicación deberán diseñarse y evaluarse conforme a objetivos definidos y criterios de calidad, evitando valorar su efectividad únicamente por número de publicaciones, alcance o interacciones. Cuando sea metodológicamente posible, deberán considerarse comprensión del mensaje, conocimiento de alternativas, acceso a recursos y calidad de la información pública.

XII. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, INFORMACIÓN Y CALIDAD DE LOS DATOS

La prevención del suicidio requiere sistemas de información capaces de producir datos oportunos, comparables y de calidad. La vigilancia epidemiológica permite dimensionar el fenómeno, identificar patrones y desigualdades, orientar recursos y evaluar las respuestas implementadas; sin embargo, su utilidad depende de definiciones consistentes, fuentes confiables y reglas claras sobre la finalidad y tratamiento de la información (OMS, 2016; OMS, 2025).

La reforma distingue la documentación necesaria para la atención individual de los mecanismos destinados a vigilancia epidemiológica, planeación, investigación y evaluación. La información identificable puede resultar necesaria para garantizar continuidad de cuidados en determinados contextos, mientras que los análisis poblacionales deberán privilegiar, cuando sea posible y conforme al marco jurídico aplicable, datos agregados o seudonimizados.

La identificación de pensamientos, conductas o antecedentes relacionados con suicidio deberá registrarse con precisión conceptual, evitando agrupar como equivalentes fenómenos distintos. La documentación clínica de una ideación suicida no implica por sí misma que toda manifestación deba incorporarse a un registro nominal permanente de vigilancia. Este punto requiere especial cautela por sus implicaciones de confidencialidad, protección de datos y posible estigmatización.

Los intentos de suicidio y las muertes por suicidio, en cambio, requieren mecanismos sistemáticos de registro y vigilancia capaces de mejorar la comprensión epidemiológica, reducir problemas de subregistro o clasificación y apoyar la planeación. En el caso de las muertes, la mejora de la vigilancia exige fortalecer la calidad de los registros, la certificación y clasificación de las causas de muerte y la integración de fuentes. La Organización Mundial de la Salud reconoce, cuando los sistemas de registro vital son insuficientes, el uso de la autopsia verbal como herramienta complementaria de vigilancia comunitaria (OMS, 2016). La autopsia psicológica cumple una función distinta: puede aportar información retrospectiva para investigación y comprensión de las circunstancias de una muerte, pero no sustituye la certificación de causa ni debe presentarse como mecanismo universal de vigilancia. Su utilización requiere criterios técnicos, éticos y de protección de datos, además de cautela frente a limitaciones de validez, estandarización y sesgo (Johal et al., 2024).

Los sistemas de información deberán procurar distinguir entre personas, eventos y contactos asistenciales, de manera que sea posible reducir duplicidades. Una misma persona puede tener múltiples encuentros con distintos servicios a partir de un mismo evento, y un sistema incapaz de diferenciarlos puede distorsionar tanto la comprensión epidemiológica como la evaluación de la respuesta institucional.

La interoperabilidad entre servicios debe facilitar continuidad, pero no implica circulación irrestricta de información sensible. Todo intercambio deberá sujetarse a principios de finalidad, necesidad, confidencialidad y protección de datos personales.

La vigilancia no debe limitarse a recopilar información. Los datos obtenidos deberán utilizarse para identificar brechas territoriales, poblaciones con necesidades específicas, interrupciones en rutas de atención y resultados de políticas y programas, permitiendo ajustar recursos y estrategias.



Finalmente, los principales indicadores deberán difundirse de manera periódica, accesible, actualizada y contextualizada, de forma que permitan tanto la toma de decisiones institucionales como el conocimiento y análisis social. La información pública deberá distinguir fuentes, periodos, datos preliminares y definitivos y limitaciones interpretativas. La variación de un indicador no deberá presentarse por sí misma como evidencia causal de éxito o fracaso de una intervención sin el análisis correspondiente.

XIII. GOBERNANZA, PROGRAMAS, EVALUACIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

La Ley de Salud Mental del Estado de Yucatán ya contempla estructuras de coordinación, participación, programación y evaluación (H. Congreso del Estado de Yucatán, 2024). La reforma no pretende desconocerlas, sino fortalecer su capacidad de producir responsabilidades verificables y una respuesta más articulada frente al riesgo suicida.

Una política pública en esta materia requiere identificar con claridad las responsabilidades de cada institución. La coordinación intersectorial no debe diluir la responsabilidad individual de las dependencias participantes, sino establecer qué corresponde hacer a cada una y cómo se articula con las demás.

Los programas deberán partir de diagnósticos actualizados y establecer objetivos, metas, responsables, plazos, recursos e indicadores. Esta exigencia busca evitar que la política pública se reduzca a capacitaciones, campañas o reuniones desarticuladas: atención, formación, comunicación, vigilancia, posvención y participación comunitaria requieren integrarse en instrumentos con una lógica común y mecanismos de seguimiento. Sólo así será posible distinguir entre actividades realizadas, cobertura alcanzada, calidad de implementación y resultados observados.

La evaluación debe tener consecuencias operativas. Sus resultados deberán utilizarse para identificar brechas, modificar estrategias, actualizar protocolos, reasignar recursos cuando corresponda y corregir dificultades de implementación. La evaluación que sólo documenta actividades sin retroalimentar decisiones pierde buena parte de su función pública.

La rendición de cuentas deberá incluir la publicación periódica de indicadores, evaluaciones, recomendaciones y avances de implementación, presentados con suficiente contexto metodológico para que puedan ser interpretados de manera adecuada y utilizados para análisis social e institucional.

La participación periódica de personas expertas independientes puede contribuir a fortalecer la actualización científica y la revisión crítica de políticas y programas. Esta participación deberá sujetarse a criterios transparentes de selección, reconocimiento de trayectoria, declaración de posibles conflictos de interés y delimitación clara de sus funciones.



Asimismo, la evaluación de las estrategias deberá procurar mecanismos de revisión técnica que complementen la autoevaluación de las instituciones responsables de implementarlas. Ello no supone desplazar las competencias legales de las autoridades, sino fortalecer verificabilidad, contraste de información y capacidad de corrección.

XIV. DERECHOS HUMANOS, AUTONOMÍA, NO PATOLOGIZACIÓN AUTOMÁTICA Y DESESTIGMATIZACIÓN

La atención frente al riesgo suicida debe sustentarse en un enfoque de derechos humanos que reconozca dignidad, autonomía y singularidad. La existencia de una condición de riesgo suicida no constituye por sí misma un diagnóstico de trastorno mental ni deberá utilizarse como requisito para condicionar el acceso a valoración, atención, protección o seguimiento.

El diagnóstico clínico conserva su relevancia cuando corresponda y puede resultar necesario para orientar determinadas intervenciones, pero no agota la comprensión del riesgo suicida. La valoración integral deberá considerar circunstancias personales y contextuales, evitando explicaciones únicas o reducciones exclusivamente diagnósticas. Asimismo, la atención deberá incorporar perspectiva de género, pertinencia cultural y lingüística y consideración del contexto territorial, en congruencia con el enfoque de derechos reconocido por la legislación sanitaria vigente (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2026).

La presencia de una condición de riesgo tampoco implica por sí misma pérdida automática de autonomía o capacidad para participar en decisiones relacionadas con la atención (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2026). Las respuestas deberán procurar la participación de la persona, respetar consentimiento informado y ajustarse a sus necesidades y circunstancias, aplicando las limitaciones que correspondan únicamente conforme al marco jurídico vigente.

Las medidas de atención y protección deberán individualizarse, procurando respuestas que proporcionen seguridad y continuidad con el menor grado de restricción compatible con la situación concreta y las disposiciones aplicables.

La protección de derechos debe extenderse más allá de la respuesta inmediata a una crisis e incluir continuidad de cuidados, seguimiento, recuperación y reincorporación cuando resulten necesarios. De igual forma, después de una muerte por suicidio deberán reconocerse las necesidades de las personas, familias, grupos, instituciones y comunidades afectadas.

Finalmente, la legislación deberá evitar que antecedentes de intento de suicidio, conductas autolesivas o episodios previos de riesgo se conviertan en etiquetas permanentes que determinen automáticamente el trato, las restricciones o la

interpretación de las necesidades actuales de una persona. Esta perspectiva contribuye a la desestigmatización, evita definir a las personas por un episodio de su historia y favorece respuestas centradas en sus necesidades presentes, contexto y posibilidades de recuperación.

Para mayor entendimiento se presenta el siguiente cuadro comparativo con la propuesta técnica:

LEY DE SALUD MENTAL DEL ESTADO DE YUCATÁN	
Texto vigente	Texto propuesto
Artículo 1.- La presente Ley es de orden público, interés social, aplicable en el Estado de Yucatán y tiene como finalidad regular las bases que garanticen el fomento, la promoción y preservación de la salud mental, así como la evaluación, diagnóstico, tratamiento digno y rehabilitación de personas con trastornos mentales que reciban servicios en instituciones de salud pública, privada y social del Estado de Yucatán. Artículo 2.- La presente Ley tiene por objeto: I.- Garantizar el fomento, promoción y preservación de la salud mental en la población del estado; II.-Promover y garantizar el respeto y la protección efectiva de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en el estado de Yucatán; III.- Regular las bases y modalidades, que garanticen el acceso a los servicios de salud mental en el Estado de Yucatán, con un enfoque integral, de calidad en la	Artículo 1.- La presente Ley es de orden público, interés social, aplicable en el Estado de Yucatán y tiene como finalidad regular las bases que garanticen el fomento, la promoción y preservación de la salud mental; la evaluación, diagnóstico cuando corresponda, tratamiento digno, rehabilitación, seguimiento y recuperación de las personas usuarias de servicios de salud mental; así como establecer las bases para la prevención y atención de las condiciones de riesgo suicida, el seguimiento posterior a los intentos de suicidio y la posvención después de una muerte por suicidio, con independencia de la existencia de un trastorno mental diagnosticado, en instituciones de salud pública, privada y social del Estado de Yucatán. Artículo 2.- La presente Ley tiene por objeto: I.- Garantizar el fomento, promoción y preservación de la salud mental en la población del estado;

atención, amplia cobertura y respeto a los derechos humanos. IV.- Establecer los mecanismos adecuados para la promoción de la salud mental, así como la prevención, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y rehabilitación de los pacientes con trastornos mentales en instituciones de los sectores público, privado y social, que brinden servicios de salud mental o coadyuven en la prestación de estos en el estado de Yucatán; V.- Definir los mecanismos y lineamientos para promover la participación de la ciudadana, en el desarrollo de los programas de salud mental en el Estado de Yucatán; VI.- Promover la erradicación de los prejuicios y estigmas contra las personas que padecen trastornos mentales; VII.- Ampliar la cobertura de los servicios de salud mental en el Estado de Yucatán; VIII.- Los demás que señalen otras leyes y disposiciones aplicables. Artículo 5.- Para efectos de la presente Ley, se entenderá por: I. Ley: Ley de Salud Mental del Estado de Yucatán. II. Ley General: Ley General de Salud. III. Secretaría: Secretaría de Salud y Servicios de Salud de Yucatán.	II.- Promover y garantizar el respeto y la protección efectiva de los derechos humanos de las personas usuarias de servicios de salud mental, de las personas en condición de riesgo suicida y de las personas afectadas por una muerte por suicidio, en el estado de Yucatán; III.- Regular las bases y modalidades, que garanticen el acceso a los servicios de salud mental en el Estado de Yucatán, con un enfoque integral, de calidad en la atención, amplia cobertura, accesibilidad, pertinencia cultural y respeto a los derechos humanos. IV.- Establecer mecanismos para la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, la identificación y atención de condiciones de riesgo suicida, el diagnóstico cuando clínicamente corresponda, el tratamiento oportuno, la rehabilitación, el seguimiento posterior a los intentos de suicidio y la posvención posterior a una muerte por suicidio, en instituciones de los sectores público, privado y social, que brinden servicios de salud mental o coadyuven en la prestación de estos en el estado de Yucatán; V.- Definir los mecanismos y lineamientos para promover la participación ciudadana y comunitaria, en el desarrollo, implementación y evaluación de los programas de salud mental en el Estado de Yucatán; VI.- Promover la erradicación de prejuicios, estigmas y prácticas
--	---

IV. Titular de la Secretaría: Secretario de Salud y Director de los Servicios de Salud de Yucatán. V. Consejo: Consejo de Salud Mental del Estado de Yucatán. VI. Instituto: Instituto de Salud Mental del Estado de Yucatán. VII. Programa Estatal: Programa de Salud Mental del Estado de Yucatán. VIII. Derecho a la salud mental: Es la garantía de toda persona al bienestar psíquico y físico y de un tratamiento digno e integral de ser necesario, con el propósito de una óptima integración social, para lo cual el Gobierno del estado tiene la obligación de planear, operar y supervisar las acciones a las que se refiere la presente ley. IX. Enfoque o perspectiva de género en la atención a la salud mental: a la consideración de que mujeres y hombres presentan diferencias biológicas, poder y control desigual sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas y su salud mental, su posición y condición social, el modo en que son tratados dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental. X. Interculturalidad: Es un proceso respetuoso de relación horizontal entre el personal de salud, las personas usuarias y otros actores involucrados, que permite comprender e incorporar en la atención la forma de percibir la realidad y el mundo del otro, a través del diálogo, el	discriminatorias relacionadas con la salud mental, las conductas autolesivas, las condiciones de riesgo suicida y las personas afectadas por una muerte por suicidio. VII.- Ampliar la cobertura y accesibilidad territorial de los servicios de salud mental en el Estado de Yucatán; VIII.- Impulsar los protocolos de primer contacto y rutas de valoración, respuesta, referencia, contrarreferencia, seguimiento y continuidad de la atención ante posibles condiciones de riesgo suicida e intentos de suicidio; IX.- Promover acciones interinstitucionales e interdisciplinarias, comunitarias, educativas, laborales y sanitarias para la promoción de la salud mental, la prevención del suicidio, la atención y seguimiento de las condiciones de riesgo suicida y la posvención; y X.- Los demás que señalen otras leyes y disposiciones aplicables. Artículo 5.- Para efectos de la presente Ley, se entenderá por: I. (...) II. (...) III. (...) IV. (...) V. (...)
--	--



reconocimiento y el respeto a sus particularidades culturales.	VI. (...)
	VII. (...)
XI. Fomento a la salud mental: a varias actuaciones orientadas a lograr un cambio profundo de las barreras estructurales y de actitud para así alcanzar unos resultados positivos en la salud mental de la población. Concepto desarrollado para promover los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y para reducir el estigma y la discriminación. Comprende acciones como: aumento de la conciencia social, información, educación, formación, apoyo mutuo, asesoramiento, mediación, defensa y denuncia.	VIII. (...)
	IX. (...)
	X. (...)
	XI. (...)
	XII. (...)
	XIII. (...)
	XIV. (...)
	XV. (...)
XII. Promoción a la salud mental: a varias actuaciones orientadas a lograr un cambio profundo de las barreras estructurales y de actitud para así alcanzar unos resultados positivos en la salud mental de la población. Concepto desarrollado para promover los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y para reducir el estigma y la discriminación. Comprende acciones como: aumento de la conciencia social, información, educación, formación, apoyo mutuo, asesoramiento, mediación, defensa y denuncia.	XVI. (...)
	XVII. (...)
	XVIII. (...)
	XIX. (...)
	XX. (...)
	XXII. (...)
	XXIII. (...)
	XXIV. (...)
XIII. Trastorno Mental: Afectación de la salud mental de una persona, debido a la presencia de un comportamiento derivado de un grupo de signos	XXV. (...)
	XXVI. (...)
	XXVII. (...)
y síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompaña de malestar e interfiere en las	XXVIII. (...)

actividades cotidianas del individuo y su entorno. XIV. Tratamiento: diseño, planeación, instrumentación y conducción de estrategias médicas, psiquiátricas, farmacológicas, psicológicas y sociales encaminadas a restaurar, mejorar o mantener la calidad de vida de la persona que presenta algún trastorno mental. XV. Tratamiento psiquiátrico: diseño, planeación, instrumentación y conducción de estrategias médicas, psiquiátricas, farmacológicas, psicológicas y sociales encaminadas a restaurar, mejorar o mantener la calidad de vida de la persona que presenta algún trastorno mental. XVI. Familiar: persona con parentesco o consanguinidad o afinidad civil con la persona con algún trastorno mental y usuaria de los servicios de salud mental. XVII. Acompañante terapéutico: al personal capacitado que se inserta en la cotidianidad de la persona usuaria de los servicios de salud mental y trabaja dentro de un equipo interdisciplinario para facilitar la operación y funcionamiento de estos servicios. Su función es la de compañero/a, guía y sostén de la persona usuaria, con el fin de facilitar la construcción y/o continuidad del lazo social, instauración de actitudes positivas, así como su integración social, el fortalecimiento de sus capacidades y los rasgos positivos de la personalidad. XVIII. Psicoterapia: conjunto de métodos y recursos utilizados para el tratamiento psicológico de las personas, mediante los	XXIX. (...) XXX. (...) XXXI. (...) XXXII. (...) XXXIII. (...) XXXIV. (...) XXXV. (...) XXXVI. (...) XXXVII. Condición de riesgo suicida: Situación dinámica y contextual en la que una persona presenta pensamientos, manifestaciones conductuales, antecedentes o circunstancias que, valorados de manera integral, indican la necesidad de adoptar medidas proporcionales de evaluación, atención, protección o seguimiento ante la posibilidad de una conducta suicida. Su identificación no constituye por sí misma un diagnóstico ni presupone una progresión lineal entre sus distintas manifestaciones. XXXVIII. Muerte por suicidio: muerte causada por un comportamiento lesivo autodirigido con la intención de morir como resultado de dicho comportamiento. XXXIX. Ideación suicida: Pensamientos o deseos relacionados con la posibilidad de causar la propia muerte, independientemente de que exista o no una planeación específica.
---	---

cuales interacciona la persona usuaria y el especialista en la materia con el propósito de promover la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integridad de la identidad psicológica, el bienestar de las personas y el mejoramiento de su calidad de vida.

XIX. Rehabilitación Psicosocial: conjunto de procedimientos dirigidos a las personas usuarias de los servicios de salud mental, los cuales se ocupan de la evolución del trastorno mental y de aquellos factores como la calidad de las relaciones interpersonales y el desempeño en la vida cotidiana. Su objetivo es mejorar la calidad de vida, para que el usuario en salud mental, pueda actuar en comunidad tan activamente como sea posible y de manera independiente en su entorno social.

XX. Primer nivel de atención: atención en unidades de primer contacto, públicas y privadas, que ofrecen servicios de promoción, prevención, detección y orientación a la población, así como consulta ambulatoria.

XXI. Segundo nivel de atención: atención en unidades públicas y privadas que ofrecen principalmente atención especializada ambulatoria y hospitalaria, así como intervención integral orientada a la recuperación y reintegración social de personas con trastornos mentales.

XXII. Tercer nivel de atención: atención hospitalaria y ambulatoria especializada otorgada a personas que cursan condiciones psiquiátricas de alta complejidad que requieren tratamiento

XL. Planeación suicida: Formulación de un plan para llevar a cabo una conducta suicida, con diversos grados de especificidad respecto de método, momento, lugar u otras circunstancias relevantes..

XLI. Intención suicida: Evidencia explícita o implícita de que una persona pretende que la muerte ocurra como resultado de una conducta autodirigida. Puede variar en grado y coexistir con ambivalencia respecto de vivir o morir.

XLII. Conducta suicida: Manifestación conductual autodirigida realizada con algún grado de intención de que ocurra la propia muerte, que puede incluir conductas preparatorias, intentos abortados o interrumpidos e intentos de suicidio.

XLIII. Conducta preparatoria: Acción mediante la cual una persona dispone medios, condiciones o circunstancias para llevar a cabo una conducta suicida antes de iniciar una acción potencialmente lesiva.

XLIV. Intento abortado o interrumpido: Conducta en la que una persona inicia o se encuentra próxima a iniciar una acción potencialmente lesiva con intención de morir y ésta se detiene por decisión propia o por intervención externa antes de que se produzca el acto potencialmente lesivo completo.

XLV. Intento de suicidio: Conducta autodirigida potencialmente lesiva, no fatal, realizada con algún grado de

especializado e interdisciplinario no disponible en el segundo nivel.

XXIII. Servicios de Salud de Yucatán: Organismo Público Descentralizado del Gobierno del Estado de Yucatán, dedicado a la operación de programas preventivos, así como a la atención médica y a la protección contra riesgos sanitarios.

XXIV. Módulo comunitario de salud mental: módulo de atención en salud mental del primer nivel de atención ubicado en todos los municipios donde no hay Centro Integral de Salud Mental y que se encarga de la promoción, prevención, detección, atención, primaria y referencia a un CISAME o al Hospital Psiquiátrico de Yucatán.

XXV. Red Estatal de Salud Mental: La estructura articulada de servicios de salud mental dentro del Sistema Estatal de Salud conformada por todas las unidades de salud, establecimientos asistenciales, de rehabilitación, hospitalarios y de investigación, públicos, privados y de organizaciones sociales de los diferentes niveles de atención, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, a fin de dar cumplimiento al derecho a la salud mental en todo el territorio del Estado.

XXVI. Centro Integral de Salud Mental (CISAME): es una unidad especializada de atención ambulatoria instalada en los municipios estratégicos de mayor población en el estado que proporciona servicios integrales orientados a la prevención y atención inmediata de cualquier trastorno mental, o en su caso,

intención de morir.

XLVI. Conductas autolesivas sin intención suicida: Conductas deliberadas y autodirigidas que provocan o pueden provocar lesión física sin intención de causar la propia muerte. Su presencia puede justificar una valoración de posible condición de riesgo suicida, pero no deberá equipararse automáticamente con una conducta suicida.

XLVII. Muerte por suicidio: Muerte que resulta de una conducta autodirigida realizada con intención de causar la propia muerte.

XLVIII. Posvención: Conjunto organizado de estrategias, acciones y servicios posteriores a una muerte por suicidio, dirigidos a personas, familias, grupos, instituciones o comunidades afectadas, con el objeto de atender necesidades derivadas de la pérdida, favorecer el duelo y la recuperación, reducir efectos adversos de la exposición y contribuir a la prevención de nuevas conductas suicidas.

XLIX. Efecto Werther: Incremento potencial del riesgo de conductas suicidas asociado a determinadas formas de exposición o comunicación sobre suicidio, especialmente cuando existe tratamiento sensacionalista, repetitivo, simplista, identificatorio o con detalles innecesarios sobre métodos o circunstancias.

L. Efecto Papageno. Efecto potencialmente protector asociado a

para referencia a unidades hospitalarias de las personas usuarias. Prestan también servicios de promoción de la salud mental y están conformados por equipos multidisciplinarios básicos que constan al menos, de un psiquiatra, un psicólogo clínico, un psicólogo especialista en psicoterapia, un trabajador social, un enfermero, admisión, farmacia y administrativos.

XXVII. Unidad de Psiquiatría en Hospital General: al servicio de atención médica ubicada en Hospitales Generales, la cual otorga servicios de hospitalización psiquiátrica breve y consulta externa.

XXVIII. Urgencia Psiquiátrica: condición en la cual la persona presenta signos y síntomas consistentes en una alteración del estado mental que pone en riesgo su vida y/o la de otros. Estos signos y síntomas pueden ser ideación o intento suicida, ideación homicida, incremento de síntomas depresivos o de ansiedad, psicosis, manía, trastornos cognitivos agudos, agitación psicomotriz, confusión, alucinaciones o cambios súbitos en el comportamiento.

XXIX. Discapacidad Psicosocial: Es aquella que padecen personas con "diagnóstico de trastorno mental" que han sufrido los efectos de factores sociales negativos, como el estigma, la discriminación y la exclusión.

XXX. Telepsiquiatría: a la rama de la telemedicina que brinda servicios de psiquiatría remotos o a distancia, mediante el uso de tecnologías de la información y comunicación electrónica,

contenidos que muestran afrontamiento, búsqueda de ayuda, recuperación, alternativas ante el sufrimiento y formas responsables de enfrentar una crisis.

LI. Prevención selectiva: acciones enfocadas en grupos que, por sus características o contexto, presentan mayor riesgo.

LII. Prevención indicada: estrategias dirigidas a personas que ya muestran señales de riesgo suicida o que han realizado intentos previos.

LIII. Redes de apoyo: conjunto de relaciones e instancias que proporcionan asistencia emocional, instrumental, informativa o económica en momentos de necesidad o crisis.

LIV. Personas allegadas: aquellas con quienes la persona mantiene un vínculo afectivo significativo, independientemente de la existencia de un lazo legal o consanguíneo.

LV. persona sobreviviente por pérdida de suicidio: persona que ha experimentado la muerte por suicidio de alguien con quien mantenía un vínculo familiar, afectivo, social o significativo, y cuya vida puede verse afectada por dicha pérdida. Comprende a familiares, amistades, parejas y otras personas allegadas, sin limitarse al parentesco jurídico ni presuponer una respuesta emocional determinada.

Artículo 6.- Son principios de la Ley:

siendo la teleconferencia la herramienta más usada; el uso de la telepsiquiatría es importante para la desconcentración de la atención de salud mental y optimización de los recursos; también puede ser útil para la actualización en línea.

XXXI. Programa de Acción Específico de Atención Psiquiátrica 2013-2018: al que establece los principales aspectos para avanzar en la atención comunitaria, integral y multidisciplinaria de la salud mental.

XXXII. Programa de Acción Específico de Salud Mental 2013-2018: al que establece lineamientos y principios rectores en materia de salud mental; promueve la creación de nuevas estructuras de servicios de atención, prevención, hospitalización, rehabilitación, así como de reintegración social para todas las personas que padecen algún trastorno mental y del comportamiento a fin de brindar un servicio de atención integral, digno, oportuno, sin discriminación, de calidad, calidez, equidad y de respeto a los derechos humanos.

XXXIII. Villas de Transición Hospitalaria: son áreas de estancia hospitalaria con la estructura de una casa común, donde las usuarias/os reciben atención integral médico-psiquiátrica las veinticuatro horas del día. Cuentan con área de talleres de rehabilitación, banco de reforzadores, salón de usos múltiples para las personas usuarias, unidades de atención médica de cuidados especiales, oficinas administrativas, áreas de urgencias y consulta externa.

I. La promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales y del suicidio como una prioridad para el Gobierno del Estado de Yucatán;

II. La universalidad, accesibilidad y no discriminación en el acceso a servicios de salud mental y a respuestas oportunas ante condiciones de riesgo suicida;

III. La confidencialidad, la protección de datos personales y el respeto al secreto profesional conforme a las disposiciones aplicables;

IV. El trabajo interdisciplinario e intersectorial entre las instituciones del Estado;

V. La cobertura amplia, territorialmente accesible y con continuidad de la atención;

VI. La universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad de los derechos humanos;

VII. La interculturalidad y pertinencia cultural;

VIII. La perspectiva de género;

IX. La dignidad humana, autonomía y trato libre de estigma y discriminación;

X. La participación ciudadana y comunitaria; y XI. La utilización de la mejor evidencia científica disponible, su actualización periódica y la evaluación de resultados de las políticas, programas, protocolos e



XXXIV. Hogares protegidos: a la instancia residencial alternativa, para personas con discapacidad de causa psíquica que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente y no pueden ser atendidos por sus familias. XXXV. Prevención de riesgos en salud mental: conjunto de acciones contenidas en los planes, programas, campañas y proyectos gubernamentales, nacionales e internacionales, con la finalidad de informar y educar a la población en relación a cualquier aspecto vinculado a la salud mental, e intervenir en las comunidades para evitar situaciones de riesgo y dar a conocer procedimientos con el propósito principal de preservar la calidad de vida. XXXVI. Reglamento: Reglamento de la Ley de Salud Mental del Estado de Yucatán. Artículo 6.- Son principios de la Ley: I. La promoción de la Salud Mental y la prevención de los trastornos mentales como una prioridad para el Gobierno del estado de Yucatán II. La universalidad en el acceso a una atención de calidad para todas las personas con trastornos mentales en el Estado, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación; III. La confidencialidad y la protección de los datos personales de los pacientes con trastornos mentales;	intervenciones. Artículo 7.- Además de los derechos fundamentales establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la Constitución Política del Estado Libre y soberano de Yucatán, y en la Ley de Salud, son derechos de las personas usuarias de servicios de salud mental, de las personas en condición de riesgo suicida y de las personas afectadas por una muerte por suicidio, los siguientes: I.- (...) II.- (...) III.- (...) IV.- (...) V.- (...) VI.- (...) VII.- (...) VIII.- (...) IX.- (...) X.- (...) XI.- (...) XII.- (...) XIII.- (...) XIV.- (...) XV.- (...)
--	--

IV. El trabajo multidisciplinario entre las instituciones del estado, y, V. La cobertura amplia en los servicios de salud mental. Artículo 7.- Además de los derechos fundamentales establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la Constitución Política del Estado Libre y soberano de Yucatán, y en la Ley de Salud, son derechos de las personas que padezcan algún trastorno mental, los siguientes: I. El ser atendidas y vivir en el seno de su familia o de un hogar que la sustituya, así como a participar en todas las actividades sociales o recreativas. II.- El reconocimiento a su identidad, pertenencia, genealogía, historia y a su personalidad jurídica. III.- El respeto a su dignidad humana, singularidad, autonomía y consideración de los vínculos familiares y sociales al encontrarse en proceso de atención. IV. El ser informado sobre las campañas, planes, programas y servicios que proporcione el Gobierno y las instituciones privadas y sociales en materia de salud mental. V. - El acceso oportuno y digno a los servicios de salud mental que ofrecen las instituciones públicas, privadas y sociales en la materia, los cuales tendrán un enfoque de calidad en la atención, amplia	XVI.- (...) XVII.- (...) XVIII.- (...) XIX.- (...) XX.- (...) XXI. Contar con rutas accesibles, oportunas y claramente definidas de orientación, valoración, atención y seguimiento ante posibles condiciones de riesgo suicida. XXII. Recibir una evaluación integral, oportuna, accesible, contextualizada y libre de prejuicios, así como diagnóstico cuando clínicamente corresponda. XXIII. Recibir intervenciones y tratamientos oportunos sustentados en la mejor evidencia científica disponible, incluidos medicamentos cuando estén clínicamente indicados. XXIV. Recibir trato digno, respetuoso, no estigmatizante y libre de discriminación. XXV. Recibir atención con respeto a su lengua, prácticas culturales, cosmovisión y contexto territorial. XXVI. Recibir continuidad de la atención y seguimiento posterior a una crisis o intento de suicidio, incluyendo referencia y contrarreferencia cuando corresponda. XXVII. Recibir apoyo para la
--	---



cobertura, reinserción psicosocial y estricto apego a los derechos humanos. VI.- El recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades. VII.- El no ser identificado ni discriminado por padecer o haber padecido algún trastorno mental. VIII.- La información adecuada y comprensible, inherente a su salud y a su diagnóstico, tratamiento, incluyendo las alternativas para su atención. IX. El que se informe al padre, madre, pareja o representante legal con amplitud y veracidad, de la condición y el posible efecto del tratamiento que reciba el paciente usuario con algún trastorno mental. X.- El que se trate confidencialmente la información que le concierne. XI.- A solicitar una segunda opinión diagnóstica y de tratamiento. XII.- El ser atendidas, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive, salvo que por su estado de salud mental, requiera atención especializada en una institución de segundo o tercer nivel que no se encuentre en su comunidad. XIII.- El ser ingresado a algún centro de internamiento mental por prescripción médica, cuando la severidad de los síntomas y signos así lo indiquen,	reincorporación familiar, educativa, laboral, social y comunitaria cuando, a partir de la valoración de necesidades, resulte pertinente. XXVIII. Acceder a espacios de ayuda mutua y redes de apoyo cuando sean adecuados a sus necesidades y preferencias. XXIX. Que, con respeto a su autonomía, confidencialidad y consentimiento, sus familiares, personas allegadas o integrantes significativos de su red de apoyo reciban orientación y psicoeducación para favorecer una respuesta segura y la continuidad asistencial; y, en caso de muerte por suicidio, acceder a acciones de posvención. Artículo 13. Corresponden a la Secretaría y Servicios de Salud de Yucatán, en el ámbito de su competencia y sin menoscabo de las demás que se encuentren estipuladas en esta Ley y demás ordenamientos legales, las siguientes acciones para garantizar el derecho a la salud mental de la población en el estado: I. (...) II. (...) III. (...) IV. (...) V. (...) VI. Emitir y promover lineamientos,
--	---

conforme a las mejores prácticas de la psicología, la psiquiatría y medicina. XIV.- El recibir atención especializada, a contar con un plan o programa integral de tratamiento para la recuperación de sus funciones cerebrales, habilidades cognitivas, proceso de aprendizaje, así como a la reinserción al ámbito familiar, social y productivo, cuando ya no exista el riesgo de que su conducta o acciones puedan causarle daño físico inmediato o inminente a sí mismo o a terceros. XV.- A ser egresado del centro de internamiento mental, sólo cuando el médico tratante considere que puede continuar su tratamiento en forma ambulatoria. XVI.- A presentar quejas conforme a los procedimientos establecidos en la normatividad vigente. XVII.- A recibir un trato digno y apropiado en procedimientos administrativos y judiciales. XVIII. A un recurso efectivo ante los tribunales competentes, que los ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución federal, las leyes que emanen de ella, la constitución local y las leyes del estado. XIX.- A igualdad de oportunidades y trato digno en el empleo, a reintegrarse después de haber sufrido un trastorno	recomendaciones y buenas prácticas para la comunicación responsable sobre salud mental, autolesiones y suicidio en medios de comunicación, plataformas digitales y comunicación institucional, sustentados en la mejor evidencia científica disponible y orientados a reducir riesgos asociados al efecto Werther y favorecer contenidos compatibles con el efecto Papageno, sin perjuicio de las competencias de otras autoridades. VII. (...) VIII. (...) IX. (...) X. Implementar y fortalecer medios telefónicos y electrónicos accesibles de orientación, comunicación, canalización e intervención en crisis en materia de salud mental, con rutas claras de vinculación y seguimiento. XI. (...) XII. (...) XIII. Establecer lineamientos técnicos y mecanismos de coordinación intersectorial para que las instituciones públicas y privadas, conforme a sus competencias, participen en promoción de la salud mental, prevención del suicidio, respuesta inicial, vinculación, continuidad y posvención. XIV. (...) XV. (...)
---	--



mental y a no ser despedido únicamente por antecedente de un trastorno mental. XX. A recibir pensión por discapacidad psicosocial en un monto similar al de personas con discapacidad física. Artículo 13. Corresponden a la Secretaría y Servicios de Salud de Yucatán, en el ámbito de su competencia y sin menoscabo de las demás que se encuentren estipuladas en esta Ley y demás ordenamientos legales, las siguientes acciones para garantizar el derecho a la salud mental de los yucatecos: I. Crear el Consejo de Salud Mental del Estado de Yucatán. II. Crear el Instituto de Salud Mental del Estado de Yucatán. III. Elaborar a través del Instituto, el Programa de Atención a la Salud Mental del Estado de Yucatán, conforme a los lineamientos establecidos en la Ley General de Salud, las Normas Oficiales Mexicanas, y el presente ordenamiento, fomentando la participación de los sectores social y privado. IV. Autorizar e implementar los programas de salud mental para el estado de Yucatán, con un enfoque de derechos humanos y perspectiva de género e interculturalidad. V. Contribuir en la elaboración e implementación de programas de salud mental en otras instancias de gobierno o	XVI. Formular e implementar el Programa Estatal de Investigación, Prevención, Atención, Seguimiento y Posvección en materia de Suicidio, sin perjuicio de su integración al Programa Estatal de Salud Mental. XVII. (...) XVIII. (...) XIX. Diseñar, impulsar, realizar y evaluar campañas y acciones de comunicación pública sustentadas en la mejor evidencia científica disponible, orientadas a promover salud mental, reducir estigma, favorecer búsqueda de ayuda y evitar mensajes simplistas, alarmistas o potencialmente imitativos. XX. (...) XXI. (...) Artículo 18.- La Secretaría de Salud, fomentará y llevará a cabo acciones de gestión y coordinación con la secretaría de educación pública, para que en los centros escolares del nivel básico y medio superior en el sector público se contemple lo siguiente: I. (...) II.- (...) III.- (...) IV.- (...) V.- (...) VI. Cuenten con protocolos de
--	---



instituciones, de acuerdo con la normatividad aplicable. VI. Regular la información manejada en medios de difusión masiva en asuntos relacionados con la salud mental, las adicciones, la violencia y el suicidio. VII. Impulsar la integración de las diferentes instituciones y dependencias involucradas en la Red Estatal de Salud Mental y realizar la coordinación y supervisión de ésta. VIII. Implementar servicios de salud mental en todas las unidades de los Servicios de Salud de Yucatán. IX. Fomentar la integración de la información, vigilancia y evaluación de Salud Mental en el Sistema Estatal de Vigilancia Epidemiológica. X. Implementar medios telefónicos y electrónicos de orientación, comunicación y canalización, a la población en materia de salud mental. XI. Suscribir convenios, acuerdos o cualquier instrumento jurídico de coordinación con los Estados y Municipios de la región y del país a efecto de mejorar la atención en materia de salud mental. XII. Fijar los lineamientos de coordinación para que los Municipios, en el ámbito de su competencia, intervengan en la promoción de la salud mental, en la prevención de problemas y trastornos, e incentiven la participación social.	actuación ante posibles condiciones de riesgo suicida, intentos de suicidio o muertes por suicidio que afecten a la comunidad educativa, que establezcan reconocimiento inicial, respuesta segura, activación de rutas, vinculación con servicios competentes, seguimiento institucional, reincorporación y posvención, según corresponda. VII. Implementen mecanismos continuos para reconocer situaciones de malestar o posibles condiciones de riesgo suicida, activar rutas institucionales de respuesta y realizar seguimiento de la vinculación con servicios cuando corresponda; así como programas de formación diferenciados para personal docente, administrativo y de apoyo, incluyendo limpieza, mantenimiento, vigilancia, transporte y funciones afines, además de estudiantes, madres, padres y personas cuidadoras, de acuerdo con las funciones, responsabilidades y nivel de exposición de cada grupo VIII. Promuevan, conforme a la mejor evidencia científica disponible y de manera apropiada para la edad y el contexto, habilidades socioemocionales, regulación emocional, resolución de problemas, afrontamiento, búsqueda de apoyo, convivencia y fortalecimiento de vínculos, evitando mensajes estigmatizantes, simplificaciones causales o contenidos que puedan incrementar riesgos de imitación.
--	--



XIII. Establecer acciones para la protección de la salud mental aplicables a todas las instituciones públicas y privadas, afines y ajenas al ámbito de la salud. XIV. Impulsar la integración laboral de las personas con trastornos mentales, mediante acciones coordinadas intersectorialmente. XV. Presentar al Consejo Estatal de Salud Mental un informe anual sobre las políticas públicas y programas implementados y el cumplimiento de éstos. XVI. Formular e implementar el Programa Estatal de Investigación y Prevención del Suicidio. XVII. Suscribir convenios o acuerdos de coordinación con los municipios del Estado, a efecto de instalar en sus centros de salud, un módulo comunitario de salud mental, que permita ampliar la cobertura de atención en esta materia. XVIII. Fomentar, apoyar y asesorar a grupos de autoayuda. XIX. Diseñar, impulsar y realizar campañas que contribuyan a la reducción de los factores de riesgo, y colaborar en el desarrollo de las mismas, cuando sea requerido por otras instancias de gobierno o instituciones, de acuerdo con la normatividad aplicable. XX. Diseñar y ejecutar de manera permanente en los medios de difusión masiva campañas educativas para orientar, motivar e informar a la población	IX. Implementen acciones universales, selectivas e indicadas cuando resulten pertinentes conforme a las necesidades de la población, el contexto y la mejor evidencia científica disponible. Artículo 22.- El Programa de Salud Mental del Estado de Yucatán deberá contemplar el asesoramiento del Consejo de Salud Mental del Estado de Yucatán y enfocarse en garantizar la promoción de la salud mental; la prevención de los trastornos de la salud mental, la prevención, atención integral y posversión del comportamiento suicida y otros trastornos de la salud mental, la atención de calidad para las personas usuarias, el respeto irrestricto a los derechos humanos, la amplia cobertura de los servicios; el involucramiento y apoyo de los familiares, personas allegadas y redes de apoyo de pacientes con comportamiento suicida o algún trastorno de la salud mental, el desarrollo de estrategias diferenciadas de prevención universal, selectiva e indicada y la inclusión de los sectores social y privado en la planeación y ejecución de las acciones correspondientes. Artículo 23.- Además de lo señalado, al Instituto le corresponde: I.- (...) II.- (...) III.- (...) IV.- (...)
---	--

sobre la salud mental, los trastornos mentales, los estigmas imperantes, los síntomas, los servicios y modalidades de atención en coordinación con las dependencias e instituciones competentes.	V.- (...)
	VI.- (...)
	VII.- (...)
	VIII.- (...)
XXI. Participar en las acciones de atención psicológica a personas afectadas en situación de emergencia o desastre en el Estado de Yucatán.	IX.- (...)
	X.- (...)
	XI.- (...)
Artículo 18.- La Secretaria de Salud, fomentará y llevará a cabo acciones de gestión y coordinación con la secretaría de educación pública, para que en los centros escolares del nivel básico y medio superior en el sector público se contemple lo siguiente:	XII.- (...)
	XIII.- (...)
I. Desarrollar actividades educativas, socioculturales y recreativas con carácter permanente que contribuyan a la salud mental.	XIV.- (...)
	XV.- (...)
	XVI.- (...)
	XVII.- (...)
	XVIII.- (...)
II.- Contar con el personal capacitado y actualizado en psicología y psicopedagogía con el objetivo de identificar un posible trastorno mental que presenten niñas, niños, adolescentes y jóvenes, debiendo canalizarlos a algún módulo comunitarios de salud mental, CISAME o centro hospitalario, así como informar a su padre o tutor lo correspondiente.	XIX.- (...)
	XX.- (...)
	XXI. (...)
	XXII. (...)
	XXIII. (...)
III.- Incorporar al plan de estudios programas relacionados con la salud mental.	XXIV. (...)
	XXV. (...)
IV.- proporcionar a los padres o tutores material informativo básico en salud	XXVI. (...)



mental con la finalidad de identificar algún tipo de riesgo para la salud mental en el menor. V.- Establecer convenios de colaboración con las instituciones educativas privadas correspondientes, para desarrollar estrategias que prevengan la depresión y los trastornos mentales en las niñas, niños, adolescentes y jóvenes en el estado de Yucatán Artículo 22.- El programa de Salud mental deberá contemplar el asesoramiento del Consejo de Salud mental y enfocarse en garantizar la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales y la prevención del suicidio, la atención de calidad para los usuarios, el respeto irrestricto a los derechos humanos, una amplia cobertura de los servicios, el involucramiento y apoyo de los familiares de pacientes con algún trastorno mental y la inclusión de los sectores privado y social en la planeación y ejecución de las acciones correspondientes. Artículo 23.- Además de lo señalado, al Instituto le corresponde: I.- Elaborar el Programa de Salud Mental del Estado de Yucatán. II.- Diseñar y evaluar políticas en materia de promoción a la salud mental, educación para la salud mental, atención integral médico-psiquiátrica, participación ciudadana, así como analizar y asesorar los planes y proyectos de las acciones para la atención de la salud mental.	XXVII. (...) XXVIII. (...) XXIX. (...) XXX. (...) XXXI. (...) XXXII.- (...) XXXIII. Coordinar técnicamente las acciones estatales de prevención, atención y posvención del comportamiento suicida. XXXIV. Elaborar protocolos de primer contacto, contención, referencia, contrarreferencia y seguimiento. XXXV. promover capacitación continua del personal de salud en prevención del suicidio, primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis y posvención. XXXVI. generar y sistematizar información, estadísticas, investigaciones y evaluaciones sobre autolesión, intento suicida y suicidio. Artículo 25.- El Consejo de Salud Mental del Estado de Yucatán, es un órgano de coordinación, consulta, análisis y asesoría para el desarrollo de planes, programas y proyectos que en materia de salud mental brinda el Gobierno Federal, Estatal y Municipal, y será integrado permanentemente por los titulares de las siguientes Secretarías de la Administración Pública del Estado:
--	---

III.- La asignación de personal especializado en atención integral para cada uno de los trastornos que requieran atención prioritaria en base al presupuesto asignado. IV.- Instalar, administrar y operar la línea telefónica de ayuda psicológica, de prevención del suicidio y de intervención en crisis, así como la página electrónica de Salud Mental, para brindar orientación y canalización del usuario, las 24 horas, de los 365 días del año. V.- Difundir en los medios de difusión masiva, campañas permanentes que eduquen y orienten a la población sobre el concepto de salud mental, la identificación de los trastornos mentales, la detección oportuna de personas con riesgo de suicidio y la cultura de la no discriminación de estos pacientes. VI.- Convenir, apoyar, asesorar y llevar el registro censo de los Grupos de Autoayuda y asociaciones civiles que promueven la salud mental y la prevención del suicidio. VII.- Participar en las acciones de atención a personas afectadas en situación de emergencia o desastre en el Estado. VIII.- Detectar y manejar de manera oportuna conflictos en la convivencia del núcleo familiar. IX.- Informar acerca de las consecuencias del abandono, el maltrato y explotación de menores, personas con discapacidad,	I.- (...) II.- (...) III.- (...) IV. (...) Los integrantes del Consejo tendrán derecho a voz y voto. Los cargos en el Consejo serán honoríficos, con excepción del Secretario Técnico, quienes dependen de la Secretaría de Salud. En el ejercicio de sus atribuciones, el Consejo incorporará de manera expresa el análisis, asesoría, seguimiento y evaluación de políticas, programas, protocolos y proyectos en materia de prevención, atención integral y posvención del comportamiento suicida. Artículo 44.- La atención al comportamiento suicida es de carácter prioritario por lo cual el Estado implementará políticas públicas integrales para la prevención, detección oportuna, atención integral y posvención del comportamiento suicida, desde un enfoque de derechos humanos, perspectiva de género, interculturalidad, participación comunitaria, evidencia científica y pertinencia cultural, y comprende: I.- El tamizaje universal de manera permanente para detectar el riesgo suicida y los factores asociados a este
---	---



adultos mayores, y pacientes con algún trastorno mental. X.- Promover y coordinar con otras dependencias públicas, privadas y sociales, la investigación y registro epidemiológico de los trastornos mentales en el estado. XI.- El instituto se encargará de coordinar, asesorar y supervisar la instalación, administración y operación de la red de estatal de salud mental, que estará conformada en su infraestructura por los módulos y dispositivos comunitarios de salud mental, los CISAME, las villas de transición, los servicios de telepsiquiatría y otras unidades especializadas. XII.- Gestionar recursos para el desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud mental y la infraestructura necesaria en unidades de los Servicios de Salud de Yucatán. XIII.- Coadyuvar en el desarrollo de un sistema unificado de información epidemiológica y estadística de servicios y recursos en todo el estado. XIV.- Coordinar el registro de trastornos mentales y condiciones asociadas a la salud mental con instancias federales, estatales y municipales. XV.- Participar en el Consejo de Salud Mental del Estado de Yucatán. XVI.- Realizar investigación y capacitación en evaluación y tratamiento de trastornos mentales, así como en modelos de	comportamiento, con el fin de informar y otorgar atención especializada a cualquier persona en riesgo de suicidio. II.- La atención urgente en hospitales o centros de salud a cualquier persona que acuda con comportamiento suicida, con el fin de establecer un plan de seguridad, darles un tratamiento integral y seguimiento por el tiempo requerido para cada persona en particular, de acuerdo con el Programa Nacional para la Prevención de Suicidio denominado Código Cien. III.- El establecimiento de una red integrada de servicios de salud mental para la atención del comportamiento suicida en el núcleo familiar. IV.- El registro de casos de ideación, comportamiento e intento suicida, para una adecuada vigilancia epidemiológica y seguimiento oportuno. V.- La detección y acompañamiento o tratamiento a las personas sobrevivientes de un suicidio. VI.- La capacitación continua del personal sanitario y no sanitario, en prevención, intervención en crisis, atención y posvención del comportamiento suicida. La capacitación incluirá un programa de formación a los trabajadores de la salud, educación, seguridad y justicia en las distintas áreas de prevención, asistencia y posvención. Artículo 45.- Los padres, madres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad de menores, los responsables de su guarda,
---	--

rehabilitación psicosocial y reinserción social. XVII.- Informar sobre la situación sanitaria en materia de salud mental en el estado en foros estatales, nacionales e internacionales. XVIII.- Incorporar la participación ciudadana y de representantes de personas usuarias y familiares en el diseño y evaluación de planes y programas de salud mental. XIX.- Promover la integración de los servicios de salud mental en las unidades de salud de todas las instituciones públicas de salud en el Estado. XX.- Diseñar e implementar campañas para reducir factores de riesgo relacionados con los trastornos mentales, las adicciones, la violencia, el suicidio y demás problemáticas biopsicosociales. XXI. Implementar estrategias de coordinación de índole interinstitucional con los prestadores de servicios de salud mental del sector público, social y privado, con la finalidad de fortalecer la promoción, prevención y atención en materia de salud mental. XXII. Realizar gestiones y acuerdos para que las personas con trastornos mentales tengan acceso a educación, empleo, vivienda, justicia y seguridad. XXIII. Establecer líneas de desarrollo y estrategias de formación continua de recursos humanos, para la atención integral en salud mental y la investigación.	las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con los mismos, procurará la atención inmediata de los menores cuando se identifiquen signos o señales de autolesión, ideación suicida o riesgo suicida. Las autoridades educativas deberán promover acciones de prevención, detección temprana y canalización oportuna a servicios especializados de salud mental. Artículo 47.- Todas las instituciones públicas y privadas deberán reportar a los Servicios de Salud de Yucatán los casos de ideación suicida, intentos de suicidio, autolesión y suicidio consumado a los Servicios de Salud de Yucatán. Los registros deberán garantizar la confidencialidad de los datos personales y utilizarse exclusivamente para fines estadísticos, preventivos y de política pública. Artículo 48.- Es responsabilidad de los Servicios de Salud de Yucatán llevar a cabo el Programa Estatal de Investigación, Prevención, Atención y Posvención del Comportamiento Suicida.
--	---



XXIV. Emitir los dictámenes, opiniones, estudios e informes sobre los asuntos de su competencia, de conformidad con la normatividad vigente.

XXV. Proporcionar la cooperación técnica que le sea requerida en el ámbito

de su competencia, de acuerdo con las políticas y normas establecidas.

XXVI. Elaborar y evaluar los planes y programas de salud mental, sujetándose a las normas y lineamientos aplicables vigentes.

XXVII. Proponer anualmente modificaciones a los programas de salud mental, lineamientos y presupuesto adecuado para su ejecución.

XXVIII. Difundir las normas, lineamientos y Guías de Práctica Clínica entre los prestadores de servicios de salud mental.

XXIX. Administrar el presupuesto asignado por el Departamento de Control Presupuestal de la Secretaría de Salud.

XXX. Valorar los protocolos de investigación en salud mental que deben someterse a su consideración, de acuerdo a la normatividad aplicable vigente.

XXXI. Asegurar la existencia y/o actualización de la reglamentación sobre la disponibilidad y el uso racional de medicamentos psicotrópicos.

XXXII.- Las demás que le otorgue la presente Ley y otras disposiciones legales aplicables.



Artículo 25.- El Consejo de Salud Mental del Estado de Yucatán, es un órgano de coordinación, consulta, análisis y asesoría para el desarrollo de planes, programas y proyectos que en materia de salud mental brinda el Gobierno Federal, Estatal y Municipal, y será integrado permanentemente por los titulares de las siguientes Secretarías de la Administración Pública del Estado:

I.- El Gobernador del Estado, quien será el Presidente.

II.- El Secretario de Salud del Estado, quien fungirá como Vicepresidente.

III.- El Director del Instituto de Salud Mental de Yucatán, quien fungirá como

el Secretario Técnico.

IV. Los siguientes participantes en calidad de Consejeros:

a) El Secretario de Educación.

b) El Secretario de Desarrollo Social.

c) Se deroga.

Inciso derogado D.O. 31-07-2019

d) El Secretario de Investigación, Innovación y Educación Superior.

e) El Secretario de Seguridad Pública.

f) El Director general del Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya de Yucatán.



- g) El Director general del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán.
- h) El Director del Hospital Psiquiátrico Yucatán.
- i) El Presidente de la Comisión Permanente de Salud y Seguridad Social del Poder Legislativo.
- j) Los presidentes municipales de los cinco municipios más poblados del Estado de Yucatán.
- k) El Delegado estatal del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- l) El Delegado estatal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- m) Los rectores de las Universidades en las que se imparten las carreras de Medicina, Psicología, Psicopedagogía y la especialidad de Psiquiatría.
- n) El Presidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, Capítulo Yucatán
- ñ) El Presidente del Colegio de Psicólogos del Estado de Yucatán, A. C.
- o) El Presidente del Colegio de Psiquiatras de Yucatán, A.C.
- p) Los representantes de al menos dos de las asociaciones civiles o fundaciones que trabajen en favor de la salud mental en el estado.



Los integrantes del Consejo tendrán derecho a voz y voto.

Los cargos en el Consejo serán honoríficos, con excepción del Secretario Técnico, quienes dependen de la Secretaría de Salud.

Artículo 44.- La atención al comportamiento suicida es de carácter prioritario y comprende:

I.- El tamizaje universal de manera permanente para detectar el riesgo

suicida y los factores asociados a este comportamiento, con el fin de informar y otorgar atención especializada a cualquier persona en riesgo de suicidio.

II.- La atención urgente en hospitales o centros de salud a cualquier persona que acuda con comportamiento suicida, con el fin de establecer un plan de seguridad, darles un tratamiento integral y seguimiento por el tiempo requerido para cada persona en particular, de acuerdo con el Programa Nacional para la Prevención de Suicidio denominado Código Cien.

III.- El establecimiento de una red integrada de servicios de salud mental para la atención del comportamiento suicida en el núcleo familiar.

IV.- El registro de casos de ideación, comportamiento e intento suicida, para una adecuada vigilancia epidemiológica y seguimiento oportuno.



V.- La detección y acompañamiento o tratamiento a los supervivientes de un suicidio.

VI.- La capacitación continua del personal sanitario y no sanitario, en la detección, atención y seguimiento de las personas con comportamiento suicida. La capacitación incluirá un programa de formación a los trabajadores de la salud, educación, seguridad y justicia en las distintas áreas de prevención, asistencia y posvención.

Artículo 45.- Los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad de menores, los responsables de su guarda, las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con los mismos, procurará la atención inmediata de los menores que presenten signos o señales que indiquen autolesión o riesgo de suicidio.

Artículo 47.- Todas las instituciones tienen la obligación de reportar las incidencias de casos de autolesión y conducta suicida a los Servicios de Salud de Yucatán.

Artículo 48.- Es responsabilidad de los Servicios de Salud de Yucatán llevar

a cabo el Programa de Investigación, Prevención y Atención del fenómeno Suicida.



--	--

Por lo anteriormente expuesto y fundado, sometemos a la consideración del Pleno del H. Congreso del Estado de Yucatán la siguiente iniciativa con carácter de:

DECRETO

PRIMERO: Se reforman y adicionan diversas disposiciones de los artículos 1, 2, 6, 7, 13, 18, 22, 23, 25, 44, 45, 47 y 48 de la Ley de Salud Mental del Estado de Yucatán, para quedar como sigue:

Artículo 1.- La presente Ley es de orden público, interés social, aplicable en el Estado de Yucatán y tiene como finalidad regular las bases que garanticen el fomento, la promoción y preservación de la salud mental; la evaluación, diagnóstico cuando corresponda, tratamiento digno, rehabilitación, seguimiento y recuperación de las personas usuarias de servicios de salud mental; así como establecer las bases para la prevención y atención de las condiciones de riesgo suicida, el seguimiento posterior a los intentos de suicidio y la posvención después de una muerte por suicidio, con independencia de la existencia de un trastorno mental diagnosticado, en instituciones de salud pública, privada y social del Estado de Yucatán.

Artículo 2.- La presente Ley tiene por objeto:

I.- Garantizar el fomento, promoción y preservación de la salud mental en la población del estado;

II.- Promover y garantizar el respeto y la protección efectiva de los derechos humanos de las personas usuarias de servicios de salud mental, de las personas en condición de riesgo suicida y de las personas afectadas por una muerte por suicidio, en el estado de Yucatán;

III.- Regular las bases y modalidades, que garanticen el acceso a los servicios de salud mental en el Estado de Yucatán, con un enfoque integral, de calidad en la atención, amplia cobertura, accesibilidad, pertinencia cultural y respeto a los derechos humanos.

IV.- Establecer mecanismos para la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, la identificación y atención de condiciones de riesgo suicida, el diagnóstico cuando clínicamente corresponda, el tratamiento oportuno, la

rehabilitación, el seguimiento posterior a los intentos de suicidio y la posvención posterior a una muerte por suicidio, en instituciones de los sectores público, privado y social, que brinden servicios de salud mental o coadyuven en la prestación de estos en el estado de Yucatán;

V.- Definir los mecanismos y lineamientos para promover la participación ciudadana y comunitaria, en el desarrollo, implementación y evaluación de los programas de salud mental en el Estado de Yucatán;

VI.- Promover la erradicación de prejuicios, estigmas y prácticas discriminatorias relacionadas con la salud mental, las conductas autolesivas, las condiciones de riesgo suicida y las personas afectadas por una muerte por suicidio.

VII.- Ampliar la cobertura y accesibilidad territorial de los servicios de salud mental en el Estado de Yucatán;

VIII.- Impulsar los protocolos de primer contacto y rutas de valoración, respuesta, referencia, contrarreferencia, seguimiento y continuidad de la atención ante posibles condiciones de riesgo suicida e intentos de suicidio;

IX.- Promover acciones interinstitucionales e interdisciplinarias, comunitarias, educativas, laborales y sanitarias para la promoción de la salud mental, la prevención del suicidio, la atención y seguimiento de las condiciones de riesgo suicida y la posvención; y

X.- Los demás que señalen otras leyes y disposiciones aplicables.

Artículo 5.- Para efectos de la presente Ley, se entenderá por:

I. (...)

II. (...)

III. (...)

IV. (...)

V. (...)

VI. (...)

VII. (...)

VIII. (...)



IX. (...)

X. (...)

XI. (...)

XII. (...)

XIII. (...)

XIV. (...)

XV. (...)

XVI. (...)

XVII. (...)

XVIII. (...)

XIX. (...)

XX. (...)

XXII. (...)

XXIII. (...)

XXIV. (...)

XXV. (...)

XXVI. (...)

XXVII. (...)

XXVIII. (...)

XXIX. (...)

XXX. (...)

XXXI. (...)

XXXII. (...)

XXXIII. (...)

XXXIV. (...)

XXXV. (...)

XXXVI. (...)

XXXVII. Condición de riesgo suicida: Situación dinámica y contextual en la que una persona presenta pensamientos, manifestaciones conductuales, antecedentes o circunstancias que, valorados de manera integral, indican la necesidad de adoptar medidas proporcionales de evaluación, atención, protección o seguimiento ante la posibilidad de una conducta suicida. Su identificación no constituye por sí misma un diagnóstico ni presupone una progresión lineal entre sus distintas manifestaciones.

XXXVIII. Muerte por suicidio: muerte causada por un comportamiento lesivo autodirigido con la intención de morir como resultado de dicho comportamiento.

XXXIX. Ideación suicida: Pensamientos o deseos relacionados con la posibilidad de causar la propia muerte, independientemente de que exista o no una planeación específica.

XL. Planeación suicida: Formulación de un plan para llevar a cabo una conducta suicida, con diversos grados de especificidad respecto de método, momento, lugar u otras circunstancias relevantes..

XLI. Intención suicida: Evidencia explícita o implícita de que una persona pretende que la muerte ocurra como resultado de una conducta autodirigida. Puede variar en grado y coexistir con ambivalencia respecto de vivir o morir.

XLII. Conducta suicida: Manifestación conductual autodirigida realizada con algún grado de intención de que ocurra la propia muerte, que puede incluir conductas preparatorias, intentos abortados o interrumpidos e intentos de suicidio.

XLIII. Conducta preparatoria: Acción mediante la cual una persona dispone medios, condiciones o circunstancias para llevar a cabo una conducta suicida antes de iniciar una acción potencialmente lesiva.

XLIV. Intento abortado o interrumpido: Conducta en la que una persona inicia o se encuentra próxima a iniciar una acción potencialmente lesiva con intención de morir y ésta se detiene por decisión propia o por intervención externa antes de que se produzca el acto potencialmente lesivo completo.

XLV. Intento de suicidio: Conducta autodirigida potencialmente lesiva, no fatal, realizada con algún grado de intención de morir.

XLVI. Conductas autolesivas sin intención suicida: Conductas deliberadas y autodirigidas que provocan o pueden provocar lesión física sin intención de causar la propia muerte. Su presencia puede justificar una valoración de posible condición de riesgo suicida, pero no deberá equipararse automáticamente con una conducta suicida.

XLVII. Muerte por suicidio: Muerte que resulta de una conducta autodirigida realizada con intención de causar la propia muerte.

XLVIII. Posvención: Conjunto organizado de estrategias, acciones y servicios posteriores a una muerte por suicidio, dirigidos a personas, familias, grupos, instituciones o comunidades afectadas, con el objeto de atender necesidades derivadas de la pérdida, favorecer el duelo y la recuperación, reducir efectos adversos de la exposición y contribuir a la prevención de nuevas conductas suicidas.

XLIX. Efecto Werther: Incremento potencial del riesgo de conductas suicidas asociado a determinadas formas de exposición o comunicación sobre suicidio, especialmente cuando existe tratamiento sensacionalista, repetitivo, simplista, identificatorio o con detalles innecesarios sobre métodos o circunstancias.

L. Efecto Papageno. Efecto potencialmente protector asociado a contenidos que muestran afrontamiento, búsqueda de ayuda, recuperación, alternativas ante el sufrimiento y formas responsables de enfrentar una crisis.

LI. Prevención selectiva: acciones enfocadas en grupos que, por sus características o contexto, presentan mayor riesgo.

LII. Prevención indicada: estrategias dirigidas a personas que ya muestran señales de riesgo suicida o que han realizado intentos previos.

LIII. Redes de apoyo: conjunto de relaciones e instancias que proporcionan asistencia emocional, instrumental, informativa o económica en momentos de necesidad o crisis.

LIV. Personas allegadas: aquellas con quienes la persona mantiene un vínculo afectivo significativo, independientemente de la existencia de un lazo legal o consanguíneo.

LV. persona sobreviviente por pérdida de suicidio: persona que ha experimentado la muerte por suicidio de alguien con quien mantenía un vínculo familiar, afectivo,



social o significativo, y cuya vida puede verse afectada por dicha pérdida. Comprende a familiares, amistades, parejas y otras personas allegadas, sin limitarse al parentesco jurídico ni presuponer una respuesta emocional determinada.

Artículo 6.- Son principios de la Ley:

- I. La promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales y del suicidio como una prioridad para el Gobierno del Estado de Yucatán;
- II. La universalidad, accesibilidad y no discriminación en el acceso a servicios de salud mental y a respuestas oportunas ante condiciones de riesgo suicida;
- III. La confidencialidad, la protección de datos personales y el respeto al secreto profesional conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. El trabajo interdisciplinario e intersectorial entre las instituciones del Estado;
- V. La cobertura amplia, territorialmente accesible y con continuidad de la atención;
- VI. La universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad de los derechos humanos;
- VII. La interculturalidad y pertinencia cultural;
- VIII. La perspectiva de género;
- IX. La dignidad humana, autonomía y trato libre de estigma y discriminación;
- X. La participación ciudadana y comunitaria; y XI. La utilización de la mejor evidencia científica disponible, su actualización periódica y la evaluación de resultados de las políticas, programas, protocolos e intervenciones.

Artículo 7.- Además de los derechos fundamentales establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la Constitución Política del Estado Libre y soberano de Yucatán, y en la Ley de Salud, son derechos de las personas usuarias de servicios de salud mental, de las personas en condición de riesgo suicida y de las personas afectadas por una muerte por suicidio, los siguientes:

- I.- (...)
- II.- (...)
- III.- (...)
- IV.- (...)



V.- (...)

VI.- (...)

VII.- (...)

VIII.- (...)

IX.- (...)

X.- (...)

XI.- (...)

XII.- (...)

XIII.- (...)

XIV.- (...)

XV.- (...)

XVI.- (...)

XVII.- (...)

XVIII.- (...)

XIX.- (...)

XX.- (...)

XXI. Contar con rutas accesibles, oportunas y claramente definidas de orientación, valoración, atención y seguimiento ante posibles condiciones de riesgo suicida.

XXII. Recibir una evaluación integral, oportuna, accesible, contextualizada y libre de prejuicios, así como diagnóstico cuando clínicamente corresponda.

XXIII. Recibir intervenciones y tratamientos oportunos sustentados en la mejor evidencia científica disponible, incluidos medicamentos cuando están clínicamente indicados.

XXIV. Recibir trato digno, respetuoso, no estigmatizante y libre de discriminación.

XXV. Recibir atención con respeto a su lengua, prácticas culturales, cosmovisión y contexto territorial.

XXVI. Recibir continuidad de la atención y seguimiento posterior a una crisis o intento de suicidio, incluyendo referencia y contrarreferencia cuando corresponda.

XXVII. Recibir apoyo para la reincorporación familiar, educativa, laboral, social y comunitaria cuando, a partir de la valoración de necesidades, resulte pertinente.

XXVIII. Acceder a espacios de ayuda mutua y redes de apoyo cuando sean adecuados a sus necesidades y preferencias.

XXIX. Que, con respeto a su autonomía, confidencialidad y consentimiento, sus familiares, personas allegadas o integrantes significativos de su red de apoyo reciban orientación y psicoeducación para favorecer una respuesta segura y la continuidad asistencial; y, en caso de muerte por suicidio, acceder a acciones de posvención.

Artículo 13. Corresponden a la Secretaría y Servicios de Salud de Yucatán, en el ámbito de su competencia y sin menoscabo de las demás que se encuentren estipuladas en esta Ley y demás ordenamientos legales, las siguientes acciones para garantizar el derecho a la salud mental de la población en el estado:

I. (...)

II. (...)

III. (...)

IV. (...)

V. (...)

VI. Emitir y promover lineamientos, recomendaciones y buenas prácticas para la comunicación responsable sobre salud mental, autolesiones y suicidio en medios de comunicación, plataformas digitales y comunicación institucional, sustentados en la mejor evidencia científica disponible y orientados a reducir riesgos asociados al efecto Werther y favorecer contenidos compatibles con el efecto Papageno, sin perjuicio de las competencias de otras autoridades.

VII. (...)

VIII. (...)

IX. (...)

X. Implementar y fortalecer medios telefónicos y electrónicos accesibles de orientación, comunicación, canalización e intervención en crisis en materia de salud mental, con rutas claras de vinculación y seguimiento.

XI. (...)

XII. (...)

XIII. Establecer lineamientos técnicos y mecanismos de coordinación intersectorial para que las instituciones públicas y privadas, conforme a sus competencias, participen en promoción de la salud mental, prevención del suicidio, respuesta inicial, vinculación, continuidad y posvención.

XIV. (...)

XV. (...)

XVI. Formular e implementar el Programa Estatal de Investigación, Prevención, Atención, Seguimiento y Posvención en materia de Suicidio, sin perjuicio de su integración al Programa Estatal de Salud Mental.

XVII. (...)

XVIII. (...)

XIX. Diseñar, impulsar, realizar y evaluar campañas y acciones de comunicación pública sustentadas en la mejor evidencia científica disponible, orientadas a promover salud mental, reducir estigma, favorecer búsqueda de ayuda y evitar mensajes simplistas, alarmistas o potencialmente imitativos.

XX. (...)

XXI. (...)

Artículo 18.- La Secretaría de Salud, fomentará y llevará a cabo acciones de gestión y coordinación con la secretaría de educación pública, para que en los centros escolares del nivel básico y medio superior en el sector público se contemple lo siguiente:

I. (...)

II.- (...)

III.- (...)

IV.- (...)

V.- (...)

VI. Cuenten con protocolos de actuación ante posibles condiciones de riesgo suicida, intentos de suicidio o muertes por suicidio que afecten a la comunidad educativa, que establezcan reconocimiento inicial, respuesta segura, activación de rutas, vinculación con servicios competentes, seguimiento institucional, reincorporación y posvención, según corresponda.

VII. Implementen mecanismos continuos para reconocer situaciones de malestar o posibles condiciones de riesgo suicida, activar rutas institucionales de respuesta y realizar seguimiento de la vinculación con servicios cuando corresponda; así como programas de formación diferenciados para personal docente, administrativo y de apoyo, incluyendo limpieza, mantenimiento, vigilancia, transporte y funciones afines, además de estudiantes, madres, padres y personas cuidadoras, de acuerdo con las funciones, responsabilidades y nivel de exposición de cada grupo

VIII. Promuevan, conforme a la mejor evidencia científica disponible y de manera apropiada para la edad y el contexto, habilidades socioemocionales, regulación emocional, resolución de problemas, afrontamiento, búsqueda de apoyo, convivencia y fortalecimiento de vínculos, evitando mensajes estigmatizantes, simplificaciones causales o contenidos que puedan incrementar riesgos de imitación.

IX. Implementen acciones universales, selectivas e indicadas cuando resulten pertinentes conforme a las necesidades de la población, el contexto y la mejor evidencia científica disponible.

Artículo 22.- El Programa de Salud Mental del Estado de Yucatán deberá contemplar el asesoramiento del Consejo de Salud Mental del Estado de Yucatán y enfocarse en garantizar la promoción de la salud mental; la prevención de los trastornos de la salud mental, la prevención, atención integral y posvención del comportamiento suicida y otros trastornos de la salud mental, la atención de calidad para las personas usuarias, el respeto irrestricto a los derechos humanos, la amplia cobertura de los servicios; el involucramiento y apoyo de los familiares, personas allegadas y redes de apoyo de pacientes con comportamiento suicida o algún trastorno de la salud mental, el desarrollo de estrategias diferenciadas de prevención universal, selectiva e indicada y la inclusión de los sectores social y privado en la planeación y ejecución de las acciones correspondientes.



Artículo 23.- Además de lo señalado, al Instituto le corresponde:

I.- (...)

II.- (...)

III.- (...)

IV.- (...)

V.- (...)

VI.- (...)

VII.- (...)

VIII.- (...)

IX.- (...)

X.- (...)

XI.- (...)

XII.- (...)

XIII.- (...)

XIV.- (...)

XV.- (...)

XVI.- (...)

XVII.- (...)

XVIII.- (...)

XIX.- (...)

XX.- (...)

XXI.- (...)

XXII.- (...)



XXIII. (...)

XXIV. (...)

XXV. (...)

XXVI. (...)

XXVII. (...)

XXVIII. (...)

XXIX. (...)

XXX. (...)

XXXI. (...)

XXXII.- (...)

XXXIII. Coordinar técnicamente las acciones estatales de prevención, atención y posvención del comportamiento suicida.

XXXIV. Elaborar protocolos de primer contacto, contención, referencia, contrarreferencia y seguimiento.

XXXV. promover capacitación continua del personal de salud en prevención del suicidio, primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis y posvención.

XXXVI. generar y sistematizar información, estadísticas, investigaciones y evaluaciones sobre autolesión, intento suicida y suicidio.

Artículo 25.- El Consejo de Salud Mental del Estado de Yucatán, es un órgano de coordinación, consulta, análisis y asesoría para el desarrollo de planes, programas y proyectos que en materia de salud mental brinda el Gobierno Federal, Estatal y Municipal, y será integrado permanentemente por los titulares de las siguientes Secretarías de la Administración Pública del Estado:

I.- (...)

II.- (...)

III.- (...)

IV. (...)

Los integrantes del Consejo tendrán derecho a voz y voto.

Los cargos en el Consejo serán honoríficos, con excepción del Secretario Técnico, quienes dependen de la Secretaría de Salud.

En el ejercicio de sus atribuciones, el Consejo incorporará de manera expresa el análisis, asesoría, seguimiento y evaluación de políticas, programas, protocolos y proyectos en materia de prevención, atención integral y posvención del comportamiento suicida.

Artículo 44.- La atención al comportamiento suicida es de carácter prioritario por lo cual el Estado implementará políticas públicas integrales para la prevención, detección oportuna, atención integral y posvención del comportamiento suicida, desde un enfoque de derechos humanos, perspectiva de género, interculturalidad, participación comunitaria, evidencia científica y pertinencia cultural, y comprende:

I.- El tamizaje universal de manera permanente para detectar el riesgo suicida y los factores asociados a este comportamiento, con el fin de informar y otorgar atención especializada a cualquier persona en riesgo de suicidio.

II.- La atención urgente en hospitales o centros de salud a cualquier persona que acuda con comportamiento suicida, con el fin de establecer un plan de seguridad, darles un tratamiento integral y seguimiento por el tiempo requerido para cada persona en particular, de acuerdo con el Programa Nacional para la Prevención de Suicidio denominado Código Cien.

III.- El establecimiento de una red integrada de servicios de salud mental para la atención del comportamiento suicida en el núcleo familiar.

IV.- El registro de casos de ideación, comportamiento e intento suicida, para una adecuada vigilancia epidemiológica y seguimiento oportuno.

V.- La detección y acompañamiento o tratamiento a las personas sobrevivientes de un suicidio.

VI.- La capacitación continua del personal sanitario y no sanitario, en prevención, intervención en crisis, atención y posvención del comportamiento suicida. La capacitación incluirá un programa de formación a los trabajadores de la salud, educación, seguridad y justicia en las distintas áreas de prevención, asistencia y posvención.

Artículo 45.- Los padres, madres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad de menores, los responsables de su guarda, las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con los mismos, procurará la atención inmediata de



los menores cuando se identifiquen signos o señales de autolesión, ideación suicida o riesgo suicida.

Las autoridades educativas deberán promover acciones de prevención, detección temprana y canalización oportuna a servicios especializados de salud mental.

Artículo 47.- Todas las instituciones públicas y privadas deberán reportar a los Servicios de Salud de Yucatán los casos de ideación suicida, intentos de suicidio, autolesión y suicidio consumado a los Servicios de Salud de Yucatán.

Los registros deberán garantizar la confidencialidad de los datos personales y utilizarse exclusivamente para fines estadísticos, preventivos y de política pública.

Artículo 48.- Es responsabilidad de los Servicios de Salud de Yucatán llevar a cabo el Programa Estatal de Investigación, Prevención, Atención y Posvención del Comportamiento Suicida.

TRANSITORIOS

PRIMERO

El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial del Gobierno del Estado de Yucatán.

SEGUNDO

El Poder Ejecutivo del Estado, por conducto de la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud de Yucatán, así como las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal que, conforme a las disposiciones del presente Decreto, participen en acciones de promoción de la salud mental, prevención, atención y posvención del comportamiento suicida deberán adecuar los reglamentos, protocolos, lineamientos, programas y mecanismos de actuación dentro del ámbito de sus respectivas competencias, en un plazo no mayor a ciento ochenta días naturales contados a partir de la entrada en vigor del presente Decreto.

TERCERO

La Secretaría de Salud deberá actualizar el Programa Estatal de Salud Mental y el Programa Estatal de Investigación y Prevención del Suicidio dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la entrada en vigor del presente Decreto a fin de armonizarlos con las disposiciones contenidas en el mismo.

CUARTO

Se derogan todas las disposiciones que se opongan al presente Decreto.



H. CONGRESO DEL
ESTADO DE YUCATÁN

LXIV Legislatura

2024-2027

**CLARA
ROSALES**
DIPUTADA DISTRITO VI

morena
La esperanza de México

Dado en el Recinto del Poder Legislativo, Mérida, Yucatán a los 24 días del mes de septiembre de 2026.

DIP. CLARA PAOLA ROSALES MONTIEL

***Integrante de la Fracción Legislativa del Partido
Movimiento Regeneración Nacional en la LXIV
Legislatura del H. Congreso del Estado de Yucatán***

Se adhieren a la presente iniciativa:

Dip. Rosana de J. Lovoh Chan

Dip. José Julián Bustillos Medina.