



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS DE LA SEGURIDAD
Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

"Ciencia para la Seguridad"

DOCUMENTO ACADÉMICO INFORMATIVO

SALUD MENTAL DEL PERSONAL OPERATIVO EN MÉXICO:

**Diagnóstico epidemiológico, vacíos institucionales
y marcos de referencia para el debate académico.**

Área de Psicología y Seguridad

Instituto Superior de Ciencias de la Seguridad y Administración Pública

"Ciencia para la Seguridad"

México, 2026



RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento analiza la crisis silenciosa de salud mental que afecta al personal operativo de las fuerzas militares y policiales en México, desde una perspectiva clínico-psicológica. A partir de evidencia epidemiológica nacional e internacional, se identifican los vacíos estructurales en la atención psicológica institucional, se examinan los modelos de referencia internacionales y se ofrece un marco conceptual orientado a estimular el debate académico y la generación de política pública basada en evidencia.

Los datos disponibles revelan una emergencia documentada: entre 2018 y 2023, la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) registró 82 suicidios y 174 intentos entre sus elementos, con una tasa de letalidad del 47%. En el ámbito policial, el Proyecto Azul Cobalto contabilizó 111 suicidios de policías entre 2018 y agosto de 2024, de los cuales al menos 47 ocurrieron mientras el agente estaba en servicio activo. A pesar de estas cifras, no más de 10 corporaciones policiales en todo el país cuentan con un programa de atención psicológica.

El argumento central que articula este trabajo es que la magnitud del daño no se explica únicamente por la peligrosidad del entorno operativo, sino por la ausencia sistemática de un modelo de atención psicológica preventivo, continuo y clínicamente fundamentado que reconozca al personal de seguridad como sujeto de



derechos en salud mental. Esta ausencia no es neutral: tiene consecuencias medibles en vidas, en eficacia institucional y en legitimidad del Estado.

El Instituto Superior de Ciencias de la Seguridad y Administración Pública (ISCISAP) pone a disposición de la comunidad académica, las instituciones de seguridad y los tomadores de decisiones este análisis como punto de partida para una conversación que México tiene pendiente.

CIFRAS CLAVE

- 82 suicidios de militares (SEDENA, 2018-2023)
- 47% de los intentos consumados
- 111 suicidios de policías (Proyecto Azul Cobalto, 2018-agosto 2024)
- 4.3% prevalencia de TEPT en zonas de alto riesgo (duplica la tasa civil)
- 12% depresión
- 15% ansiedad en personal militar activo (SEDENA interna)
- 60% no busca ayuda por estigma institucional (ISSFAM)

Menos de 10 corporaciones policiales en México con programa de atención psicológica



I. MARCO CONCEPTUAL: LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA DEL SERVICIO OPERATIVO

1.1. El personal operativo como población de alto riesgo en salud mental

El trabajo operativo en entornos de seguridad pública y defensa nacional constituye una de las ocupaciones con mayor densidad de estresores psicológicos documentados a nivel mundial. La exposición recurrente a situaciones de violencia extrema, la vivencia de muertes propias y ajenas, la toma de decisiones bajo presión vital, las jornadas extenuantes, la cultura institucional de supresión emocional y la amenaza continua sobre la integridad propia y la de los seres queridos configuran un ecosistema laboral que excede de forma sistemática la capacidad de regulación de cualquier sistema psicológico sin el apoyo técnico adecuado.

Un estudio realizado por el Instituto de Psicología Clínica de la Universidad de Oxford, que analizó la salud mental de 272,462 policías de 24 países, encontró que aproximadamente uno de cada cuatro oficiales presentaba consumo peligroso de alcohol, uno de cada siete cumplía criterios diagnósticos para TEPT o depresión, y uno de cada diez tenía síntomas de ansiedad o ideación suicida. La conclusión del estudio fue que los policías son dos veces más vulnerables que la población general a desarrollar enfermedades mentales (Nexos, 2023).



En el caso específico del personal militar, la literatura internacional documenta una prevalencia de TEPT entre el 2% y el 59% dependiendo de la intensidad del despliegue y las características de la población estudiada (Universidad del Rosario, 2022). El desarrollo del trastorno depende de la interrelación de factores individuales, culturales y laborales: la intensidad del trauma, las circunstancias en que ocurrió, el entrenamiento previo, las relaciones con pares y superiores, y el apoyo social disponible.

Desde una perspectiva de Seguridad Nacional, este panorama adquiere una dimensión estratégica que frecuentemente se omite del debate: la Seguridad Nacional no se garantiza únicamente con tecnología, armamento o estructura de mando. Se garantiza, en última instancia, con personas. La capacidad operativa real de cualquier fuerza de seguridad depende de que sus elementos piensen con claridad bajo presión, actúen con ética ante situaciones extremas, mantengan la cohesión grupal en condiciones adversas y sostengan la confianza de la ciudadanía a quien sirven. Esas son capacidades psicológicas. La Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública establece como principios rectores el profesionalismo y la eficiencia; ninguno de estos principios es alcanzable en una fuerza con tasas documentadas del 12% de depresión y 15% de ansiedad en su personal activo, sin mecanismos de detección ni de tratamiento. Un elemento que opera con psicopatología no diagnosticada ni tratada no puede cumplir el estándar profesional que la ley exige, no por falta de voluntad, sino porque sus recursos psicológicos han sido consumidos por el deterioro acumulado.



En este sentido, la atención a la salud mental del personal operativo no es un gasto de bienestar: es una inversión en capacidad operativa y en soberanía de seguridad.

1.2. Tres disciplinas complementarias: psicología clínica, psicología policial y psicología militar

Una comprensión cabal del problema exige distinguir y articular tres disciplinas que con frecuencia se confunden, se solapan o se aplican de forma aislada cuando su fortaleza reside precisamente en su complementariedad.

Psicología clínica en contextos operativos

La psicología clínica aporta el fundamento diagnóstico y terapéutico del modelo integral. Es la disciplina que permite evaluar con rigor la estructura de personalidad, los antecedentes de trauma de desarrollo, la presencia de trastornos mentales activos y el nivel de riesgo suicida. Sus herramientas —la evaluación psicométrica multinivel, la entrevista clínica estructurada, la psicoterapia especializada como la Terapia de Esquemas, la Terapia Dialéctica Conductual y el EMDR— son insustituibles cuando el problema trasciende el estrés laboral y se convierte en patología. El caso clínico ilustrado en la Sección II solo es comprensible y tratable desde este encuadre: un trastorno de personalidad con cinco esquemas maladaptativos activos, historia de trauma de desarrollo y riesgo suicida estructural no constituyen un problema de rendimiento laboral; son una condición clínica que requiere un psicólogo clínico especializado. La psicología clínica es, en este sentido, el suelo sobre el que las otras dos disciplinas deben asentarse.



Psicología policial

La psicología policial es una rama aplicada que se ocupa específicamente de los procesos psicológicos vinculados a la función policial. Sus ámbitos de acción incluyen la selección y evaluación psicológica de candidatos, la capacitación en gestión del estrés operativo y toma de decisiones bajo presión, el apoyo en negociaciones y manejo de crisis, la atención a víctimas, el análisis de la conducta del agente en contextos de uso de la fuerza y la investigación sobre el impacto psicológico acumulado de la función policial. En México, la psicología policial ha sido reducida predominantemente a los procesos de control de confianza, es decir, a la evaluación de confiabilidad con fines de seguridad institucional. Esto representa apenas una fracción de su potencial y deja fuera precisamente la dimensión de atención y cuidado del agente, que es donde la demanda no atendida es más urgente.

Psicología militar

La psicología militar cuenta con reconocimiento formal desde 1945, cuando la Society for Military Psychology se fundó como la 19ª sección de la American Psychological Association (APA, 2018). Se define como la aplicación de las teorías, principios y métodos de la psicología al ámbito castrense para contribuir a la mayor eficacia y bienestar del personal (Gal y Mangelsdorff, 1991). Sus funciones abarcan la evaluación de ingreso, la preparación psicológica previa al combate, la intervención en incidentes críticos, la posvención ante el suicidio de compañeros y la rehabilitación psicológica post-despliegue.



La psicología militar ha desarrollado además reflexión específica sobre la identidad del combatiente, la cohesión de grupo como factor protector, el duelo operativo y las implicaciones éticas del uso de la fuerza sobre la psique del agente.

La articulación como imperativo: por qué ninguna disciplina es suficiente sola

La confusión más frecuente en los sistemas que intentan abordar la salud mental del personal operativo es aplicar una sola de estas disciplinas como si fuera la totalidad del campo. Un sistema basado exclusivamente en psicología policial puede seleccionar bien y entrenar en competencias, pero carece de herramientas para tratar la psicopatología instalada. Un sistema basado solo en psicología militar puede gestionar el trauma operativo, pero no detecta ni interviene el trauma de desarrollo previo que lo amplifica. Un sistema basado solo en psicología clínica puede diagnosticar y tratar con rigor, pero ignora las particularidades del contexto operativo que determinan cómo se expresa el trastorno y cómo debe comunicarse la intervención para ser aceptada culturalmente. El modelo que ISCISAP propone como horizonte académico es el de la articulación de las tres disciplinas en torno a la persona del agente, concebida como sujeto clínico con historia, con función y con identidad profesional específica.



1.3. La cultura del silencio como obstáculo estructural

Uno de los mayores obstáculos para la atención en salud mental del personal operativo no es técnico sino cultural: la valoración institucional de la fortaleza física y emocional como competencia nuclear del rol genera un estigma profundo sobre cualquier expresión de vulnerabilidad. Solo el 40% del personal militar afectado por problemas de salud mental busca ayuda, según encuestas del ISSFAM, por temor a ser percibido como incapaz o débil (Guardianes México, 2025).

Esta cultura del silencio tiene consecuencias epidemiológicas directas: los trastornos no detectados ni tratados evolucionan hacia la cronicidad, se complejizan con comorbilidades —abuso de alcohol, trastornos de personalidad, deterioro del vínculo familiar— y terminan expresándose en conductas de alto riesgo para el propio agente, su entorno inmediato y la ciudadanía a quien debe proteger.

A esta cultura interna se suma el estigma social externo que pesa sobre la figura del policía en México. Ser policía en México implica, como señala Zepeda (2010), alto riesgo, sueldo bajo y un estigma social muy negativo. Este estigma no es únicamente un problema de percepción ciudadana: afecta directamente la salud mental del agente. Quien internaliza la imagen social negativa de su propio rol profesional experimenta una disonancia identitaria crónica que se añade a los estresores operativos, erosiona la autoestima y el sentido de propósito del servicio, y aumenta la vulnerabilidad psicológica ante las situaciones de mayor demanda.



La investigación de Bergman y Flom (2012) y de Grijalva y Fernández (2017) documenta que la desconfianza ciudadana en la policía predice el miedo al delito incluso controlando por victimización efectiva: la imagen deteriorada del agente produce inseguridad subjetiva en la población independientemente de los datos objetivos de criminalidad. El círculo es perturbador: el estigma social deteriora la salud mental del agente, el deterioro del agente genera conductas que refuerzan el estigma, y el estigma reforzado profundiza la desconfianza, que a su vez alimenta la sensación generalizada de inseguridad. Este ciclo solo puede interrumpirse desde múltiples frentes, y la atención clínica al agente es uno de ellos.



II. DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO: LA CRISIS DOCUMENTADA

2.1. Suicidio en las Fuerzas Armadas mexicanas

La Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) registró 82 suicidios entre sus elementos en el período 2018-2023, según documentos obtenidos vía transparencia por Infobae México (febrero de 2024). En el mismo período se documentaron 174 intentos de suicidio, lo que representa una tasa de letalidad del 47%: prácticamente uno de cada dos intentos terminó en muerte. Solo en 2023 se registraron 18 suicidios, la cifra anual más alta del período analizado.

Un análisis más granular revela un patrón particularmente preocupante: de los 64 suicidios reportados entre 2018 y septiembre de 2022, 52 correspondían a elementos de la SEDENA comisionados a la Guardia Nacional, según datos publicados por la revista Proceso (febrero de 2023). Los elementos consultados señalan que la Guardia Nacional genera un estrés excesivo porque obliga a sus elementos a realizar funciones para las cuales no fueron preparados, con capacitaciones de apenas cuatro semanas, horarios sobreestresantes y ausencia de una función operativa específica.



Período	Institución	Suicidios	Intentos	Dato relevante
2018-2023	SEDENA	82	174	47% de intentos consumados
2023	SEDENA	18	N/D	Año más letal del período
2018-2022	SEDENA comisionados en GN	52/64	N/D	81% de los casos ocurrió en GN
2007-2012	SEDENA	90	N/D	Período 'guerra narco' Calderón
2010-2017	SEDENA	2,464 con trastorno mental	10 suicidios	1,279 ansiedad · 47 depresión · 40 TEPT

2.2. Suicidio en corporaciones policiales

El Proyecto Azul Cobalto documentó 111 suicidios de agentes entre 2018 y agosto de 2024, con una trayectoria ascendente: de 12 en 2018 pasó a 30 en 2020, con un incremento del 66% entre 2019 y 2020 (El Universal, septiembre de 2024). En al menos 47 de estos casos, el agente se encontraba en servicio activo al momento del suicidio. La distribución por institución revela: 41 policías municipales, 37 estatales, 20 ministeriales, 10 de la Guardia Nacional y 3 penitenciarios. Los estados con mayor incidencia son Chihuahua (18), Veracruz (11), Ciudad de México (10), Estado de México (8) y Puebla (7).



La Comisión Permanente del Congreso de la Unión ha expresado formalmente su preocupación y ha llamado a las autoridades de los tres órdenes de gobierno a implementar programas de atención a la salud mental de los policías (Excélsior, agosto de 2024). Sin embargo, a la fecha no existe una respuesta sistemática ni vinculante.

"No más de 10 instituciones policiales en México tienen un programa de atención psicológica. Esto representa un déficit estructural, no una carencia circunstancial."

— Ernesto López Portillo, coordinador del Programa de Seguridad Ciudadana, Universidad Iberoamericana (El Universal, 2024)

2.3. Carga psicopatológica en el personal operativo

Más allá del suicidio —expresión terminal de un proceso de deterioro progresivo—, los datos sobre la carga psicopatológica del personal operativo en México dibujan un panorama de emergencia silenciosa. El TEPT afecta al 4.3% del personal militar en zonas de alto riesgo, tasa que duplica la prevalencia en la población civil mexicana (1.8%, INEGI 2020). El 12% del personal militar padece depresión y el 15% ansiedad, de acuerdo con informes internos de la SEDENA (Guardianes México, 2025).



Una investigación con personal del Ejército Mexicano que participó en operaciones contra el narcotráfico encontró que el 57.14% de la muestra tenía riesgo de alcoholismo. La asociación entre padecimientos psiquiátricos y consumo de alcohol alcanza el 76.19% para los trastornos de ansiedad y el 54.34% para los trastornos del estado de ánimo (Mendoza-Cortés, REDEO, 2024). En el personal policial, Causa en Común reporta que un 40% de los elementos considera que su salud se ve afectada por su trabajo, con padecimientos frecuentes de insomnio, irritabilidad, ansiedad y fatiga crónica.

2.4. El caso clínico como ilustración del problema estructural

El siguiente perfil, derivado de un caso clínico real cuyos datos de identificación han sido suprimidos en su totalidad, ilustra la convergencia de factores de riesgo documentados en la literatura sobre el personal operativo en México. Su inclusión no tiene propósito descriptivo-aneecdótico, sino analítico: demostrar cómo el vacío institucional en la atención psicológica se materializa en la trayectoria vital y clínica de un individuo concreto.

PERFIL CLÍNICO ANÓNIMO — Elemento Operativo Activo

Sexo: masculino · Situación: en servicio activo · Motivo de consulta: dos intentos de suicidio en seis meses

Historia clínica: maltrato físico severo en la infancia, negligencia y abandono por



parte de cuidadores primarios. Primera y única relación de pareja desde los 13 años, tres hijos. Separación conyugal reciente. Exposición acumulativa a muertes violentas en contexto operativo. Consumo de alcohol iniciado durante la crisis.

Evaluación psicométrica multinivel (Big Five · PBQ · YSQ-S2 · MMPI-2 · EGEP):

Diagnóstico: Trastorno de Personalidad por Evitación con rasgos paranoides significativos

Cinco esquemas maladaptativos activos: Sacrificio · Inhibición emocional · Abandono · Dependencia · Disciplina insuficiente

Síntomas traumáticos subumbral (reexperimentación, evitación, hiperactivación, embotamiento afectivo)

Depresión enmascarada (perfil D sumergido) + activación impulsiva ante desbordamiento (Ma elevada, MMPI-2)

IS=T72 como escala más alta de todo el perfil MMPI-2 (incomodidad social severa)

Factor de riesgo crítico no gestionado: acceso cotidiano a arma de fuego como elemento operativo activo.

Este caso llegó a evaluación psicológica integral únicamente después del segundo intento de suicidio, sin haber sido detectado por ningún mecanismo institucional de



tamizaje previo.

Este perfil ilustra tres principios que la investigación internacional confirma de forma consistente: (1) la historia de trauma de desarrollo previo amplifica exponencialmente el impacto de los estresores operativos; (2) la cultura institucional de supresión emocional convierte el sufrimiento crónico en invisible hasta que se produce la crisis aguda; y (3) el acceso a armas de fuego, inherente al rol operativo, incrementa la letalidad potencial de cualquier episodio de descompensación. Los tres principios son abordables mediante intervención clínica especializada, pero solo si esta existe antes de que la crisis se consume.



III. VACÍOS EN LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA INSTITUCIONAL EN MÉXICO

3.1. El diagnóstico del sistema actual

México carece de un sistema integral, universal y clínicamente fundamentado de atención psicológica para su personal operativo. Lo que existe —en el mejor de los casos— son intervenciones fragmentadas, reactivas y orientadas principalmente a la gestión de la queja manifiesta, no a la prevención o al tratamiento estructurado de los trastornos identificados.

La SEDENA cuenta con una Directiva de Prevención, Valoración y Manejo del Personal con Riesgo de Suicidio en el Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos (2020). El Manual Operacional de Salud Mental ISSFAM-SEDENA-SEMAR reconoce explícitamente la tendencia al aumento de los suicidios y señala como uno de los problemas más importantes el diagnóstico tardío de los trastornos mentales, que favorece la cronicidad y el abandono terapéutico. A pesar de este reconocimiento institucional, el propio jefe de Salud Mental de SEDENA ha reconocido públicamente la necesidad de triplicar el número de psicólogos para 2030. En el ámbito policial, la situación es estructuralmente más grave: el informe 'Las Policías en México: Radiografía de un retraso crónico 2018-2024' (Causa en Común) documenta que el abandono de las policías resulta de la inoperancia del Consejo Nacional de Seguridad Pública, recortes presupuestales y la militarización acelerada de la seguridad pública.



3.1 B. La policía municipal: el eslabón más crítico y menos atendido

En México, el primer contacto del ciudadano con el Estado en materia de seguridad no es la Guardia Nacional ni el Ejército: es el policía municipal. Con un estado de fuerza que supera los 160,000 elementos distribuidos en más de 2,000 municipios del país, la policía municipal es la institución de seguridad más extensa, más cercana a la población y, simultáneamente, la más precaria en términos de formación, salarios, equipamiento y atención a la salud mental. La Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE) documenta consistentemente que apenas el 38.6% de los mexicanos confía en la policía municipal: la cifra más baja de todas las instituciones de seguridad evaluadas.

Los modelos de policía de proximidad o comunitaria —que la investigación internacional identifica como los más eficaces para construir confianza ciudadana y prevenir el delito— requieren como condición de posibilidad un agente psicológicamente estable, emocionalmente regulado y con capacidad de sostener vínculos de confianza con la comunidad a la que sirve. La investigación de Malone y Dammert (2021) sobre policía comunitaria en América Latina concluye que las estrategias de proximidad impactan positivamente la confianza institucional, pero que esa confianza exige que el agente demuestre integridad, competencia y capacidad de respuesta empática. Un agente con síndrome de burnout, TEPT subclínico o depresión enmascarada no puede sostener esa presencia de forma consistente.



La inversión en salud mental de la policía municipal es, en consecuencia, también una inversión en la percepción de seguridad y en la legitimidad del Estado ante sus ciudadanos.

La vinculación entre deterioro psicológico y vulnerabilidad a la corrupción policial es un eje que la investigación psicológica ha comenzado a documentar y que el debate de política pública raramente incorpora. Un estudio fenomenológico con policías preventivos de Tijuana, Ciudad de México y Mérida (Yam-Chalé y Clairgue Caizero, 2020) documenta que las condiciones laborales que generan deterioro psicológico — jornadas extenuantes, salarios bajos, equipamiento deficiente, trato denigrante por parte de superiores— son percibidas por los propios agentes como factores que facilitan y normalizan la corrupción. Las condiciones adversas generan estados de agotamiento, resentimiento y desmoralización que erosionan progresivamente los límites éticos del agente. El elemento psicológicamente deteriorado no solo es un agente en riesgo suicida: es un agente con mayor vulnerabilidad a la captura por redes de corrupción, a la violencia desproporcionada en el servicio y al abandono funcional de su misión institucional. Incorporar esta dimensión al análisis no relativiza la responsabilidad individual ni la necesidad de marcos de rendición de cuentas; la enriquece con una variable que las estrategias anticorrupción convencionales no contemplan.



3.2. Vacíos identificados por dimensión

Dimensión	Vacío identificado	Consecuencia documentada
Cobertura	Menos de 10 corporaciones policiales con programa psicológico activo	La gran mayoría del personal sin acceso a atención especializada
Modelo	Predomina el modelo reactivo (gestión de crisis) sobre el preventivo-continuo	Diagnóstico tardío; cronicidad de los trastornos
Personal especializado	Déficit severo de psicólogos clínicos con formación en contextos operativos	La SEDENA reconoce necesidad de triplicar su plantilla
Detección temprana	Sin protocolos estandarizados de tamizaje psicológico periódico	TEPT, depresión y trastornos de personalidad no detectados en servicio activo
Estigma	Cultura institucional que penaliza la expresión de vulnerabilidad emocional	60% del personal afectado no busca ayuda (ISSFAM)
Gestión de armas	Sin protocolo de restricción preventiva ante riesgo suicida identificado	Acceso a arma incrementa la letalidad potencial de los intentos
Transparencia de datos	Información sobre salud mental clasificada como reservada	Imposibilidad de investigación independiente y diseño de políticas basadas en evidencia
Formación inicial	Academias sin formación en psicología del estrés operativo ni proyecto de vida	Agentes sin herramientas de afrontamiento ante el trauma acumulado
Familia	Sin programas de atención a familias del personal operativo	El estrés psicosocial familiar es factor de riesgo documentado y no gestionado



3.3. La ausencia del modelo clínico-psicológico como problema nuclear

El déficit más profundo no es cuantitativo —aunque la escasez de psicólogos es urgente— sino cualitativo: México carece de un modelo que reconozca al personal operativo como sujeto clínico con una psicología específica, con una historia de vida que antecede y determina su respuesta al estrés operativo, con trastornos diagnosticables y tratables mediante psicoterapia especializada.

El caso clínico descrito en la sección anterior es ilustrativo: un elemento con historia documentada de trauma de desarrollo, trastorno de personalidad activo, síntomas traumáticos subumbral y riesgo suicida severo acumuló dos intentos de suicidio antes de llegar a una evaluación psicométrica integral. Las directivas vigentes contemplan protocolos de riesgo suicida, pero no contemplan la evaluación multinivel de personalidad como herramienta diagnóstica de rutina, ni modelos psicoterapéuticos especializados como la Terapia Dialéctica Conductual o la Terapia de Esquemas como respuestas clínicamente indicadas para este perfil.

La psicoterapia de entrenamiento —preparación psicológica previa al despliegue— ha demostrado ser efectiva para prevenir los estragos del estrés postraumático. Una investigación señala que es posible prevenir el desarrollo del TEPT mediante un tratamiento previo al combate, lo que hace que la psicoterapia de entrenamiento sea muy efectiva para preparar a los elementos para enfrentar las emociones que pueden presentarse ante un evento traumático (Scielo, 2009). Este conocimiento



existe en la literatura internacional y en la práctica de múltiples ejércitos del mundo. Lo que no existe en México es la decisión institucional de implementarlo.





IV. PSICOLOGÍA MILITAR Y POLICIAL: MODELOS INTERNACIONALES DE REFERENCIA

4.1. El caso canadiense: Together for Life

El programa Together for Life, implementado en la policía de la ciudad de Montreal, es el modelo con mayor evidencia empírica disponible en el mundo sobre prevención del suicidio en corporaciones policiales. El estudio de Mishara, Martin y Martin (2012), publicado en la revista Crisis, evaluó su impacto en los 4,178 miembros de la policía de Montreal durante 12 años. La tasa de suicidio previa al programa era de 30.5 por cada 100,000 efectivos por año. Los resultados a 12 años documentaron una reducción del 79%, alcanzando 6.4 por 100,000, mientras que otras fuerzas policiales de Quebec registraron un incremento no significativo del 11% en el mismo período.

El programa se sustenta en tres componentes: (1) un día y medio de entrenamiento en salud mental para todos los oficiales; (2) un día completo de capacitación en técnicas de reconocimiento y abordaje de crisis para supervisores; y (3) una línea de ayuda telefónica confidencial. La confidencialidad no es un detalle menor: es la condición que hace posible que el personal busque ayuda sin temor a consecuencias institucionales. Su traslado al contexto mexicano plantea preguntas de investigación específicas que ISCISAP propone como agenda abierta.



RESULTADO CLAVE — Together for Life (Montreal, Canadá)

Reducción del 79% en la tasa de suicidio policial en 12 años (Mishara et al., 2012, revista Crisis).

Componentes: capacitación universal · formación de supervisores · línea confidencial desestigmatización activa

4.2. El modelo español de Psicología Militar

España ha desarrollado el modelo más documentado de psicología militar en el ámbito hispanohablante. La especialidad de Psicología Militar Operativa cuenta con reconocimiento académico e institucional, con psicólogos militares integrados orgánicamente en las estructuras del Ejército y la Armada a través de las Secciones de Psicología de las Direcciones de Sanidad, los Gabinetes de Psicología en Unidades y los Servicios de Salud Mental de los Hospitales Militares.

El modelo español distingue dos orientaciones complementarias: el modelo preventivo —que interviene antes del despliegue mediante preparación psicológica, evaluación de resiliencia y entrenamiento en gestión del estrés— y el modelo asistencial —que proporciona tratamiento a quienes desarrollan psicopatología durante o después del servicio.



La experiencia española en misiones internacionales (Afganistán, Líbano, Kosovo), donde el Hospital Militar de Campaña en Herat contó con un Servicio de Psicología integrado desde 2005, ofrece una referencia directamente aplicable al tipo de despliegues del personal operativo mexicano en zonas de alta intensidad.

4.3. El modelo de EE.UU.: Comprehensive Soldier and Family Fitness

Estados Unidos ha invertido significativamente en psicología militar desde las lecciones aprendidas en Vietnam. El programa Comprehensive Soldier and Family Fitness (CSF2), desarrollado con la participación de Martin Seligman, aplica principios de psicología positiva y entrenamiento en resiliencia a toda la tropa como intervención preventiva universal. El Departamento de Defensa cuenta con el Centro de Excelencia en Salud Psicológica, que ofrece evaluación de salud mental, recursos para miembros del servicio y sus familias, y coordinación con el sistema TRICARE para cobertura de salud mental. Estudios de los CDC en EE.UU. han reportado que más policías mueren por suicidio que como consecuencia directa de su servicio, hallazgo que motivó intervenciones legislativas y programáticas específicas a nivel federal y estatal.

4.4. Principios comunes de los modelos eficaces: hacia una agenda de investigación

El análisis comparado de los modelos internacionales permite identificar ocho principios que aparecen de forma consistente en los programas con resultados documentados.



Su enunciación no equivale a una propuesta operativa de implementación, sino a un marco de referencia para orientar la investigación, el debate y el diseño de respuestas adaptadas al contexto mexicano.

Principio	Descripción	Pregunta de investigación para México
Universalidad	Intervención dirigida a todo el personal, no solo a quienes presentan síntomas	¿Qué barreras normativas e institucionales impiden la implementación universal en México?
Continuidad	Seguimiento psicológico longitudinal a lo largo de toda la carrera	¿Cómo diseñar un sistema de seguimiento compatible con la movilidad y el secreto operativo?
Confidencialidad estructural	Separación entre evaluación clínica y evaluación operativa-disciplinaria	¿Qué reformas normativas son necesarias para garantizar esta separación en el marco legal mexicano?
Desestigmatización activa	Campañas internas y cultura institucional de cuidado liderada por los mandos	¿Qué factores culturales específicos del personal operativo mexicano deben considerarse?
Preparación previa al despliegue	Entrenamiento psicológico antes de la exposición al estrés operativo intenso	¿Qué metodologías tienen mayor viabilidad en el contexto de academias militares y policiales mexicanas?
Inclusión de la familia	Extensión de la atención al entorno familiar	¿Cómo gestionar la atención familiar ante la presión del crimen organizado sobre familias de policías?
Psicólogos en campo	Profesionales integrados orgánicamente en las unidades	¿Qué perfil de formación se requiere para el psicólogo clínico operativo en México?



Evaluación de impacto	Medición de resultados con indicadores precisos	¿Cómo construir un sistema de información epidemiológica confiable con datos actualmente reservados?
------------------------------	---	--

V. RIESGO SUICIDA EN PERSONAL OPERATIVO: MECANISMOS Y FACTORES ESPECÍFICOS

5.1. El perfil de riesgo del personal operativo

El suicidio en el personal operativo no obedece al mismo perfil que en la población general. La investigación especializada ha identificado una constelación específica de factores de riesgo que se articulan de manera sinérgica en este colectivo, amplificando el riesgo de forma que la suma de factores individuales no captura.

El primer factor diferencial es el acceso inmediato a medios letales. Un agente policial o militar en servicio porta cotidianamente armas de fuego, lo que significa que cualquier impulso suicida puede convertirse en acción letal en segundos, sin el período de latencia que en la población general permite la intervención. La gestión de armas es, por tanto, un componente irrenunciable de cualquier plan de prevención del suicidio en entornos operativos, con implicaciones que trascienden lo clínico para ingresar al terreno de la normativa institucional.

El segundo factor diferencial es la cultura de supresión emocional como competencia profesional requerida.



Si la fortaleza emocional es parte de la identidad del rol, el sufrimiento psicológico no puede comunicarse sin percibir una amenaza a la propia identidad profesional. Esta dinámica produce el patrón acumulativo-impulsivo documentado en la literatura: sufrimiento silenciado durante períodos prolongados, sin señales externas visibles, seguido de una descarga conductual impulsiva ante un detonante de alta carga emocional.

5.2. Factores de riesgo específicos del personal operativo

- **Factor crítico:** Dos o más intentos de suicidio previos: el predictor individual más potente de suicidio consumado en cualquier población.
- **Historia vital:** Trauma de desarrollo (abuso, negligencia, abandono) que preexiste al servicio operativo y amplifica la vulnerabilidad ante el estrés laboral.
- **Psicopatología:** Trastorno de personalidad no diagnosticado ni tratado: en estudios con militares mexicanos, el trastorno evitativo ($p=0.04$) fue significativamente más frecuente en el grupo con TEPT que sin él (UNAM, 2019).
- **Comorbilidad:** TEPT, depresión y ansiedad no tratados: la comorbilidad múltiple eleva el riesgo de forma exponencial.
- **Sustancias:** Consumo de alcohol y sustancias: actúa como desinhibidor de la conducta de riesgo, reduciendo el umbral de actuación impulsiva.



- **Vínculos:** Pérdida de vínculos significativos: separación conyugal, rechazo familiar, muerte de compañeros. En personal con un único vínculo de apego significativo, una ruptura equivale al colapso del sistema de soporte vital.
- **Cognición:** Desesperanza y pérdida percibida de control: ausencia de expectativas de cambio y vivencia de impotencia generalizada.
- **Sueño:** Insomnio crónico: más del 50% del personal policial evaluado lo padece; es un factor de riesgo suicida independiente.
- **Red de apoyo:** Aislamiento institucional: inexistencia de redes de apoyo entre pares y desconfianza generalizada en el entorno laboral.

5.3. El mecanismo acumulativo-impulsivo

La investigación sobre el suicidio en personal operativo identifica un mecanismo específico que difiere del modelo de crisis aguda: la acumulación silenciosa de malestar crónico, mantenida por la cultura de supresión emocional, hasta que un detonante vincular o situacional de alta carga desencadena una descarga impulsiva que supera el umbral de control. Este mecanismo explica por qué los intentos de suicidio en este colectivo frecuentemente no son precedidos por señales de alarma visibles y por qué ocurren con alta frecuencia en horas de servicio o con el arma reglamentaria.



El alcohol actúa como catalizador de este mecanismo: al reducir los frenos inhibitorios habituales, el consumo en el contexto de una crisis emocional transforma el impulso suicida en acción. Este patrón es consistente con los datos del Proyecto Azul Cobalto y con los registros internos de la SEDENA que señalan el consumo de alcohol como un factor presente en asesinatos, riñas y conductas de alto riesgo entre el personal militar.

La implicación clínica de este mecanismo es directa: la intervención efectiva no puede limitarse a gestionar las crisis cuando se producen, porque para entonces el daño es potencialmente irreversible. Desde el modelo clínico-psicológico, la intervención debe ser preventiva y longitudinal, dirigida a los tres eslabones del mecanismo: la acumulación, el detonante y el catalizador. Esta arquitectura de la intervención es la que diferencia al modelo clínico del modelo puramente reactivo.



VI. MARCOS DE REFERENCIA PARA EL DEBATE ACADÉMICO Y LA GENERACIÓN DE POLÍTICA PÚBLICA

6.1. La psicología clínica como disciplina ausente en el sistema de seguridad mexicano

El análisis presentado en las secciones anteriores permite formular una tesis que ISCISAP somete a la consideración de la comunidad académica: la psicología clínica especializada en contextos operativos es, en México, una disciplina aplicada cuya ausencia institucional tiene costos humanos, económicos y de eficacia que la evidencia disponible permite cuantificar, aunque no con la precisión que la opacidad de los datos impone como límite.

Esta ausencia no es equiparable a otras carencias del sistema de seguridad. La falta de equipo o de armamento puede resolverse con presupuesto; la falta de un modelo clínico-psicológico requiere la construcción de una capacidad técnica y académica que no existe, la transformación de una cultura institucional profundamente arraigada y la modificación de marcos normativos que aún no reconocen al personal operativo como sujeto de derechos en salud mental. Estas tres tareas son, por definición, académicas antes de ser institucionales: requieren investigación, teorización, debate y formación de comunidades especializadas.



Es en este espacio donde ISCISAP identifica su misión y su oportunidad: contribuir a la construcción del fundamento académico sobre el que cualquier transformación institucional futura deberá apoyarse.

6.2. Ejes del debate académico pendiente

La revisión de la literatura disponible y el análisis de los casos documentados permiten identificar al menos cinco ejes de debate académico que permanecen abiertos en el contexto mexicano y que requieren investigación rigurosa, metodológicamente sólida y publicada de forma accesible.

Eje 1. ¿Qué es la salud mental del personal operativo en el contexto mexicano?

La literatura internacional ofrece definiciones operacionales del bienestar psicológico del personal de seguridad que no han sido sometidas a validación en el contexto sociocultural, institucional e histórico de México. La pregunta no es trivial: las condiciones de trabajo del policía municipal en Guerrero no son comparables a las de un agente de la policía de Montreal, y la cultura del silencio en el Ejército Mexicano tiene raíces históricas distintas a las de los ejércitos europeos. ¿Qué instrumentos de medición son válidos y confiables para esta población específica? ¿Qué construcciones teóricas son exportables y cuáles requieren adaptación?

Eje 2. ¿Cuál es la magnitud real del problema?

La opacidad de los datos disponibles —clasificación como reservada de información sobre suicidios, ausencia de registros estandarizados en corporaciones policiales, inexistencia de un observatorio epidemiológico— impide conocer con precisión la



magnitud del problema que se pretende abordar. Esta limitación no es solo técnica: es política. La pregunta académica es cómo construir sistemas de información confiables en contextos institucionales con resistencia estructural a la transparencia, y qué metodologías alternativas —estudios de prevalencia, encuestas anónimas, análisis de series de tiempo hemerográficas— pueden paliar este déficit en tanto se resuelve el problema de fondo.

Eje 3. ¿Cuál es el perfil psicológico del personal operativo mexicano?

El caso clínico descrito en este documento sugiere que la historia de trauma de desarrollo es un factor de vulnerabilidad estructural que precede al ingreso al servicio operativo y que amplifica el impacto de los estresores laborales. La literatura internacional sobre trastornos de personalidad en personal de seguridad es escasa; la literatura sobre este tema en México es prácticamente inexistente. ¿Qué prevalencia tienen los trastornos de personalidad, los traumas de desarrollo y las historias de adversidad infantil en el personal operativo mexicano? ¿Qué papel juegan en la comprensión del riesgo suicida y del deterioro funcional? Estas preguntas solo pueden responderse mediante investigación clínica sistemática.

Eje 4. ¿Qué modelos de intervención son eficaces, factibles y culturalmente pertinentes?

Los modelos internacionales revisados en la Sección IV ofrecen evidencia de eficacia en sus contextos de origen, pero su trasplante al contexto mexicano no puede darse por sentado.



La adaptación cultural de instrumentos psicométricos, protocolos de intervención y estrategias de desestigmatización requiere investigación específica. El debate académico sobre qué tomar, qué adaptar y qué construir desde cero es una tarea que las universidades, los centros de formación en psicología y las instituciones como ISCISAP deben asumir de forma proactiva, antes de que la urgencia de la crisis imponga soluciones improvisadas.

Eje 5. ¿Cuál es el marco normativo necesario?

La atención en salud mental del personal operativo tiene dimensiones jurídicas que la academia debe analizar: el derecho a la confidencialidad clínica en el marco del secreto institucional, la responsabilidad del Estado ante el daño psicológico derivado del servicio, el régimen de incapacidades por trastornos mentales de origen laboral, y la posible necesidad de reformas a la Ley General de Salud, a las leyes orgánicas de las fuerzas armadas y a las leyes de seguridad pública. El debate sobre el marco normativo adecuado es inseparable del debate sobre el modelo de atención.

6.3. El rol de ISCISAP en esta agenda

ISCISAP se posiciona en este debate no como espectador sino como agente. La elaboración de este documento es, en sí misma, un acto académico con intención política: poner sobre la mesa, con evidencia y rigor, una conversación que las instituciones de seguridad han evitado por décadas.



El mandato de 'Ciencia para la Seguridad' se concretiza aquí en la producción de conocimiento que no tiene otro destino que la mejora real de las condiciones del personal operativo y, por extensión, de la seguridad de las personas a quienes ese personal sirve.

Las líneas de acción académica que ISCISAP propone como agenda propia incluyen: el desarrollo de investigación sobre prevalencia de psicopatología en personal operativo mexicano; la adaptación y validación de instrumentos de evaluación para este contexto específico; la creación de espacios de formación especializada en psicología clínica operacional; la publicación de estudios de caso y revisiones sistemáticas que contribuyan a la literatura científica de habla hispana sobre el tema; y el establecimiento de alianzas con instituciones nacionales e internacionales que trabajan en el mismo campo. Este documento es el primer paso en esa dirección, y está pensado como una puerta abierta, no como una conclusión cerrada.

POSICIONAMIENTO INSTITUCIONAL

Una nación que pide a sus ciudadanos que porten un arma y enfrenten la violencia en su nombre tiene la obligación ética de garantizarles el cuidado de su salud mental. No como beneficio discrecional, sino como derecho irrenunciable y como condición de eficacia institucional.



Este documento es una invitación al debate. ISCISAP lo pone a disposición de la comunidad académica, las instituciones de seguridad, el sistema de salud y los tomadores de decisiones como punto de partida, no como punto de llegada.





VIII. REFERENCIAS

- American Psychological Association — Division 19: Society for Military Psychology (2018). About Military Psychology. APA.
- Causa en Común (2024). Las Policías en México: Radiografía de un retraso crónico 2018-2024. México: Causa en Común.
- El Universal (2024, septiembre 1). De 2018 a 2024 se han suicidado 111 policías. El Universal. [Datos: Proyecto Azul Cobalto].
- Excélsior (2024, agosto 16). Se suicidaron 110 policías en 7 años. Excélsior.
- Gal, R. y Mangelsdorff, D. (1991). Handbook of Military Psychology. Nueva York: Wiley.
- García Silgo, M. (2013). Revisión de programas de resiliencia basados en la evidencia en los ejércitos. Sanidad Militar, 69, 182-194.
- Guardianes México (2025, marzo). La salud mental en las Fuerzas Armadas Mexicanas. guardianes.net
- Hughes, J., Hinsz, V. B. y Docter, R. (2018). Historical perspectives on military psychology. APA Handbook of Psychopharmacology.
- Infobae México (2024, febrero 19). En promedio 16 militares se suicidan al año, revelan documentos del Ejército.
- Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas — ISSFAM (2023). Manual Operacional de Salud Mental ISSFAM-SEDENA-SEMAR. México.
- Mendoza-Cortés, P. (2024). Operaciones Contra el Narcotráfico, Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y salud mental en las Fuerzas Armadas Mexicanas. Revista Digital de Estudios Organizacionales REDEO, 5, 153-188.
- Milenio (2024, junio 18). 15 policías se suicidan cada año por estrés o presiones del crimen. [Entrevista con Francisco José Gutiérrez Rodríguez, UdeG].



- Mishara, B. L., Martin, N. y Martin, R. (2012). Effects of a comprehensive police suicide prevention program. *Crisis*, 33(3), 162-168. doi: 10.1027/0227-5910/a000125
- Nexos — Blog Paz y Seguridad (2023). ¿Cómo cuidamos a quienes nos cuidan? [Estudio Oxford, 272,462 policías, 24 países].
- Proceso (2023, febrero 21). Militares en la Guardia Nacional elevan las cifras de suicidios. *Revista Proceso*.
- Proceso (2024, enero 10). Crimen, violencia y suicidios en la Guardia Nacional. *Revista Proceso*.
- *Psychologist Papers* (2019). La psicología militar española en misiones internacionales. psychologistpapers.com
- Redalyc (2022). Psicología militar: Conceptualización e investigaciones contemporáneas. Redalyc.org.
- Repositorio Universidad del Rosario (2022). Trastorno de estrés postraumático (TEPT) en personal de las fuerzas militares y la policía. Bogotá.
- Secretaría de la Defensa Nacional — SEDENA (2020). Directiva de Prevención, Valoración y Manejo del Personal Militar con Riesgo de Suicidio en el Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos. México.
- Sociedad Científica Española de Psicología Clínica — Scielo (2009). Estrés Postraumático y Psicoterapia de Grupo en Militares. *Terapia Psicológica*, 27(1), 103-112.
- UNAM (2019). Trastorno de estrés postraumático en personal de las Fuerzas Armadas. Tesis doctoral. TESIUNAM.
- World Health Organization / OPS (2022). Informe Mundial sobre Salud Mental: Transformar la salud mental para todos. Ginebra: OMS.

Este documento académico ha sido elaborado por el Instituto Superior de Ciencias de la Seguridad y Administración Pública (ISCISAP). No contiene datos de identificación de personas. Las cifras estadísticas provienen de fuentes públicas verificables, citadas en las referencias. Su reproducción parcial o total.