

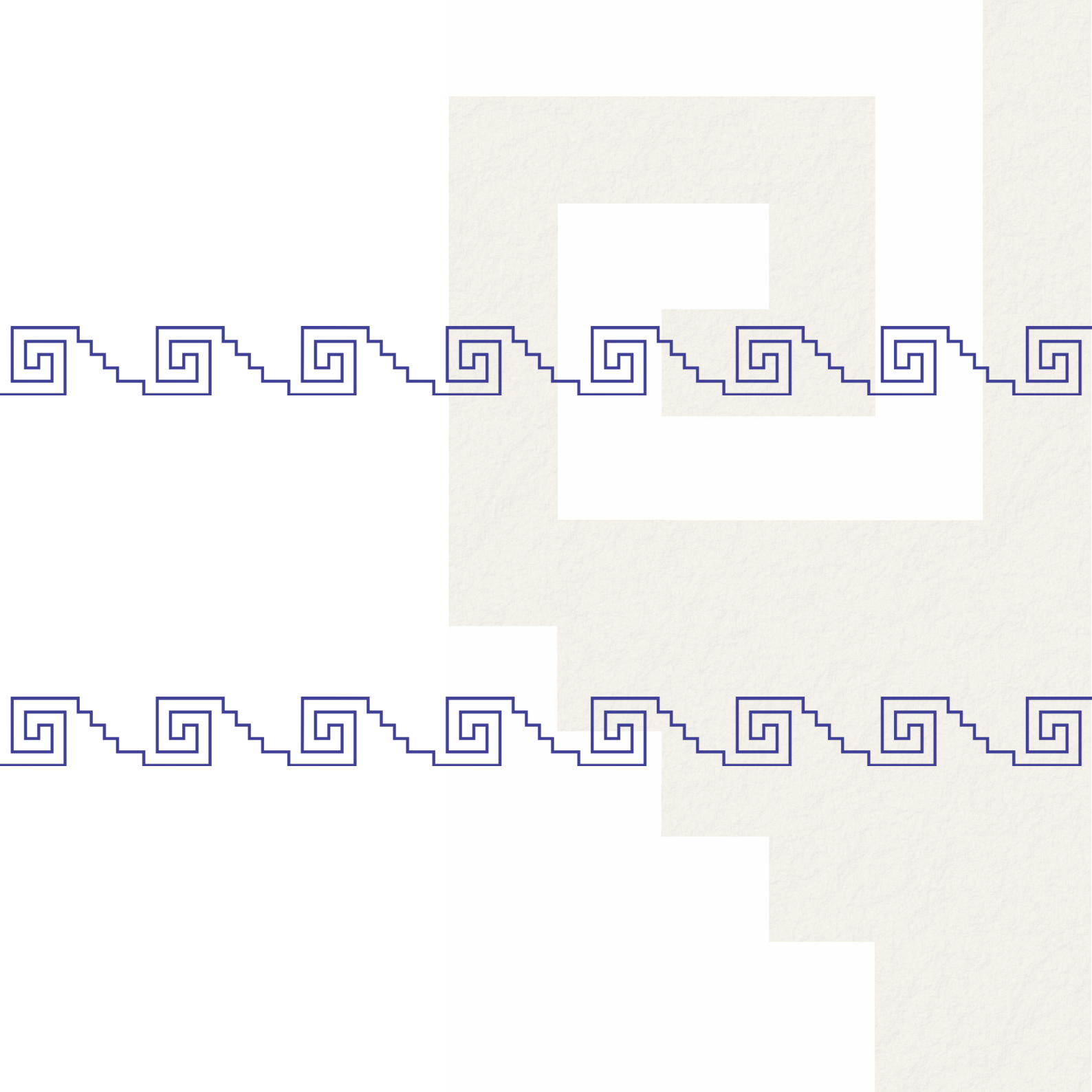
NECESITO MORIR
(K'A'ABÉET IN KÍMIL)

UNA APROXIMACIÓN
TRANSDISCIPLINARIA AL SUICIDIO
EN YUCATÁN

Damaris Francis Estrella Castillo
Ofelia Marina Marrufo Heredia



UADY
UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN



NECESITO MORIR
(K'A'ABÉET IN KÍMIL)

UNA APROXIMACIÓN
TRANSDISCIPLINARIA AL SUICIDIO
EN YUCATÁN

Abril, 2025

NECESITO MORIR (K'A'ABÉET IN KÍMIL) UNA APROXIMACIÓN TRANSDISCIPLINARIA AL SUICIDIO EN YUCATÁN

Edición: **Luis Adrián Maza Trujillo**

Diseño editorial de colección y forros: **Bernardo O. R. De León**

Formación: **María Beatriz Arévalo Dorry**

ISBN UNACH: 978-607-561-313-0

ISBN UADY: 978-607-8741-74-8

D.R. © 2025 Universidad Autónoma de Chiapas
Boulevard Belisario Domínguez km 1081, sin número, Terán, C. P. 29050, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana con número de registro de
afiliación: 3932.

D.R. © 2025 Universidad Autónoma de Yucatán
Bajo el sello de la Casa Editorial UADY, Calle 60 núm. 491 A por 57, Centro, C.P. 97000, Mérida,
Yucatán, México. Tel. +52 (999) 923 9769
casa.editorial@correo.uady.mx
www.uady.mx/casa-editorial

Ambas Instituciones forman parte la Red Nacional de Editoriales Universitarias y Académicas de México, Altexto y de la Asociación de Editoriales Universitarias de América Latina y El Caribe, EULAC.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura de los editores de la publicación; la información y análisis contenidos en esta publicación son estrictamente responsabilidad de los autores. Se autoriza la reproducción parcial o total de los textos aquí publicados, siempre y cuando se haga sin fines comerciales y se cite la fuente completa. Las imágenes de portada, la composición de interiores y el diseño de cubierta son propiedad de la Universidad Autónoma de Chiapas.

Esta publicación fue evaluada por pares académicos, mediante un proceso a doble ciego.

Hecho en México

Made in Mexico

CONTENIDO

11 PRESENTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

13 PRÓLOGO

CAPÍTULO 1.

19 EPIDEMIOLOGIA DEL SUICIDIO
EN LAS AMÉRICAS

CAPÍTULO 2.

45 LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LA SALUD MENTAL
EN MÉXICO, REGULACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS

45 Resumen

46 Introducción

47 Salud mental y el suicidio

55 La regulación de la salud mental en México

60 El suicidio en México

62 Políticas Públicas en materia de salud mental y suicidio

72 Conclusiones



CAPÍTULO 3.

NEUROBIOLOGÍA DEL SUICIDIO: IMPLICACIONES DEL POLIMORFISMO DEL TRANSPORTADOR DE SEROTONINA, EN SUICIDAS YUCATECOS

75	
75	Resumen
76	Introducción
79	Estadísticas del suicidio
82	Neurobiología de la conducta suicida
86	La serotonina
100	Conclusiones

CAPÍTULO 4.

PERSPECTIVAS CULTURALES SOBRE EL SUICIDIO: RIESGOS, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

103	
103	Resumen
104	Introducción
108	Diferentes culturas tienen perspectivas únicas sobre el suicidio
115	Factores culturales de riesgo y protección
120	Estrategias culturales de prevención del suicidio
122	Narrativas culturales
124	Enfoque terapéutico desde la cultura
128	Conclusiones

CAPÍTULO 5.

- ¿EXISTIÓ LA DEIDAD IXTAB? EL SUICIDIO ENTRE LOS
131 MAYAS DEL PASADO PREHISPÁNICO, LA COLONIA Y SUS
REPERCUSIONES EN EL PRESENTE
- 131 Resumen
- 132 Introducción
- 135 Ixtab en el imaginario popular y la prensa escrita
- 139 Ixtab en textos académicos de salud mental
Ixtab desde la arqueología, un antes y un después
- 144 del desciframiento
- 148 La inexistencia de Ixtab en tiempos prehispánicos
- 148 Ixtab, menciones y uso político durante la colonia
- 161 Consideraciones finales

CAPÍTULO 6.

- NARRATIVAS SOBRE IDEACIÓN SUICIDA EN NIÑOS Y
165 ADOLESCENTES DE 5 COMUNIDADES YUCATECAS
- 165 Resumen
- 166 Introducción
- 175 Metodología
- 176 Las comunidades
- 180 Características de los niños y adolescentes
- 181 Narrativas sobre la soledad
- 183 Narrativas sobre sintomatología depresiva
- 185 Narrativas sobre ansiedad



186	Narrativas sobre abuso de alcohol por parte de alguno de los padres
188	Narrativas sobre sexualidad
190	Narrativas sobre relaciones con los padres
191	Narrativas sobre el uso de la tecnología
192	Narrativas sobre COVID-19
195	Conclusiones

CAPÍTULO 7.

197	SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE CINCO COMUNIDADES DEL SURESTE DE MÉXICO, DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19
197	Resumen
198	Introducción
200	Metodología
205	Resultados
224	Consideraciones finales

CAPÍTULO 8.

227 DISCAPACIDAD Y SUICIDIO, VULNERABILIDADES TRANSVERSALES

227 Resumen

228 Introducción

230 Vulnerabilidad Social

233 Discapacidad

241 Suicidio, discapacidad y vulnerabilidad social

252 Conclusiones

253 ¿Qué queda por hacer?

CAPÍTULO 9.

255 ENFERMEDAD, ESTIGMA, DUELO Y SUICIDIO, REPRESENTADOS EN EL CUENTO DISTÓPICO “EL TIEMPO ES ORO” (2002) DE CAROLINA LUNA

255 Resumen

256 Introducción

257 Discurso y contradiscurso en “El tiempo es oro”

260 Patricio en el recuerdo melancólico de Pía

264 Consideraciones finales



CAPÍTULO 10.

267 PROPUESTA DE ABORDAJE DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL

267 Resumen

CAPÍTULO 11.

291 LAS PALABRAS SALVAN VIDAS. PROPUESTA DE ABORDAJE INTERCULTURAL

291 Resumen

292 Introducción

295 Metodología

298 Las expresiones

332 Consideraciones finales

333 REFERENCIAS

PRESENTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

Estimados profesores, investigadores y estudiantes:

En nombre de Ofelia y una servidora, coordinadoras del libro, “Necesito morir (K’a’abéet in Kíimil): Una aproximación transdisciplinaria al suicidio en Yucatán”, nos gustaría expresar nuestra más sincera gratitud por su valiosa contribución a esta obra.

Sin su dedicación, conocimientos y experiencia, este libro no habría sido posible. Cada uno de ustedes ha aportado una perspectiva única y valiosa sobre un tema tan complejo y delicado como el suicidio en la población de Yucatán. Su compromiso con la investigación y el análisis riguroso ha sido fundamental para lograr una comprensión más profunda de este fenómeno.

Agradecemos especialmente a aquellos que compartieron sus experiencias personales y profesionales, brindando una

mirada más íntima y empática al tema del suicidio en nuestra región. Su coraje y franqueza son un testimonio de su compromiso con la lucha contra este problema que afecta a tantas personas en nuestra comunidad.

Queremos destacar también el valor de la colaboración interdisciplinaria que se llevó a cabo en este proyecto. La diversidad de enfoques y perspectivas ha enriquecido enormemente la discusión sobre el suicidio en Yucatán, y ha permitido la construcción de un panorama más completo y preciso sobre este fenómeno.

En resumen, queridos profesores, investigadores y estudiantes, gracias por su dedicación, compromiso y pasión por esta obra. Esperamos que “Necesito morir (K’a’abéet in Kíimil)” sea un recurso valioso para quienes buscan entender y abordar el suicidio en Yucatán, y que su trabajo aquí sea una fuente de orgullo y satisfacción para ustedes.

Atentamente

Coordinadoras del libro *“Necesito morir (K’a’abéet in Kíimil)”*

PRÓLOGO

Indudablemente, uno de los temas más complejos de comprender y abordar es el suicidio. Vivir de manera cercana o, incluso, lejana una experiencia de suicidio, lleva a la tristeza, al dolor y a una serie de cuestionamientos en torno a la persona, sus motivaciones, sus circunstancias familiares, el papel de la biología, el rol de las autoridades de gobierno, entre otras. Todo lo anterior, en muchas ocasiones, acompañado de murmuraciones y silencios incómodos. En este sentido, es importante comprender que el suicidio, como experiencia humana, requiere de mayor estudio, reflexión y, sin duda, prevención e intervención.

Esta obra ofrece, a quienes decidan leerla, una aproximación transdisciplinaria del suicidio, en tanto, se evidencia un proceso de trabajo colaborativo de 18 autores de diferentes universidades o institutos nacionales e internacionales. Dicha colaboración trasciende los límites entre las disciplinas y se acerca a la comprensión del suicidio desde la integración de

perspectivas múltiples. Lo anterior con la aspiración a un conocimiento más completo y complejo para poner en diálogo la diversidad de saberes humanos. La obra nos permite entender cómo una comprensión holística del suicidio requiere de la integración de diferentes saberes provenientes de perspectivas disciplinarias como la epidemiología, genética, política pública, antropología, psicología, psiquiatría y terapia ocupacional.

A lo anterior se añade el hecho lamentable de la alta prevalencia de suicidio en Yucatán. Situación que, ha sido objeto de estudio desde diferentes disciplinas y también ha sido un foco de atención por algunos programas gubernamentales e independientes; es necesario generar procesos de investigación que contribuyan, en un primer momento, a comprender de manera más completa el fenómeno en Yucatán y también generar estrategias para su prevención y atención. Esta obra busca aportar en ambos sentidos: la comprensión y la acción.

En el capítulo 1 “Epidemiología del suicidio en Las Américas” Linda Sepúlveda Ceballos, Ofelia Marina Marrufo Heredia y Damaris Francis Estrella Castillo, las autoras, ofrecen un análisis epidemiológico acerca del suicidio en Las Américas. Ellas reconocen la complejidad de este y evidencian la necesidad de generar nuevos indicadores que ayuden a la comprensión de las diversas realidades presentes, de manera que las acciones generadas respondan a las necesidades identificadas en cada región.

En el capítulo 2 “La prevención del suicidio en México, regulación y políticas públicas”, de Ofelia Marina Marrufo Heredia, Carlos Arias Guzmán y Damaris Estrella Castillo, los autores ofrecen un interesante análisis desde la salud mental a nivel internacional para, posteriormente, centrarse en la

prevención y la atención del suicidio en México. Además, señalan la regulación de la salud mental y las políticas públicas en esta materia y, de manera específica, en el suicidio.

En el capítulo 3 “Neurobiología del suicidio en Yucatán: Implicaciones del polimorfismo 5HTLPR del transportador de serotonina” Héctor Armando Rubio Zapata, Cinthia Roche Canto y Damaris Estrella Castillo ofrecen un interesante análisis de la evolución ascendente del suicidio; primero presentan el contexto mundial y después la situación particular en Yucatán. Posteriormente, presentan un análisis neurobiológico de la conducta suicida, el cual nos permite comprender el papel de los neurotransmisores; así como de sus trasmisores y receptores.

En el capítulo 4 “Perspectivas culturales sobre el suicidio: riesgos, prevención y tratamiento” Damaris Francis Estrella Castillo y Orlando Josué Casares Contreras brindan un interesante análisis que sugiere observar el suicidio, desde una perspectiva que reconozca las culturas y cómo estas influyen en sus manifestaciones, las actitudes y estrategias adoptadas para su prevención y atención.

En el capítulo 5 “¿Existió la deidad Ixtab? El suicidio en la cultura maya desde el pasado prehispánico hasta el presente” Orlando Josué Casares Contreras, Sara Álvarez Méndez y Venus Sarahí Estrella Cabrera, ofrecen un análisis acerca de la diosa Ixtab en la cultura maya prehispánica y las interpretaciones de su existencia en el imaginario social y en el ámbito académico. Los autores, desde una perspectiva crítica, centran su atención en lo político y colonial que, hasta hoy, se perpetúa en la memoria yucateca.

En el capítulo 6 “Narrativas sobre ideación suicida en niños y adolescentes de cinco comunidades yucatecas” de Damaris Estrella Castillo, Héctor Rubio Zapata, Alina Marín Cárdenas, Javier Perera Ríos y Roberto Vázquez Euán aporta a la comprensión de las vivencias de niños y adolescentes en relación con la ideación suicida, sobre todo los autores enfatizan en la necesidad de generar estrategias que contribuyan a la salud mental en las comunidades yucatecas y, a su vez, brindar apoyo a quienes están pasando por dicha problemática.

En el capítulo 7 “Síntomatología depresiva en niños y adolescentes de cinco comunidades del sureste de México, durante la pandemia por COVID-19” Damaris Estrella Castillo, Héctor Rubio Zapata y Armando López Estrella, ofrecen un análisis de la salud mental de niños y adolescentes de comunidades yucatecas, en el contexto de la pandemia por COVID-19. Con investigación de campo analizan los síntomas de la depresión y su posible relación con otras variables como el sexo, la residencia y la familia. Lo cual puede ser de utilidad para el diseño de estrategias de prevención y atención.

En el capítulo 8 “Discapacidad y suicidio, vulnerabilidades transversales” Nadia Cecilia Maldonado Rodríguez aborda la relación compleja entre la discapacidad y el suicidio, al presentarse juntas, la vulnerabilidad de la persona se profundiza. Vivir con alguna condición de discapacidad y pasar por vivencias ligadas al suicidio, en nuestros contextos socioculturales, lamentablemente, favorece las experiencias de mayor vulnerabilidad.

En el capítulo 9 “Enfermedad, estigma, duelo y suicidio, representados en el cuento distópico “El tiempo es oro” (2002) de Carolina Luna” Silvia Cristina Leirana Alcocer propone una inquietante hipótesis que la lleva a postular

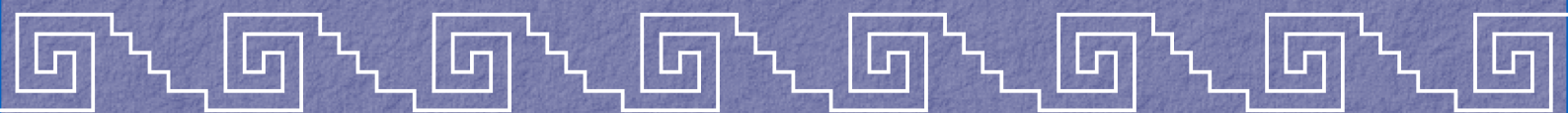
que el cuento “El tiempo es oro”(2002) corresponde al subgénero de la distopía crítica. En su análisis cobran espacio temas como la segregación, la discriminación, la invisibilidad, la falta de denuncia, la soledad y el deseo de vivir vs la voluntad de morir.

El capítulo 10 “Propuesta de abordaje de la ideación suicida desde la terapia ocupacional” Luis Felipe Góngora Meza, Damaris Estrella Castillo y Russell Arcila Novelo brindan un análisis de la importancia de la ideación suicida y su relación con el acoso escolar, la depresión, la ansiedad y otros problemas de salud mental como los trastornos de alimentación y la hiperactividad. Los autores abordan cómo la terapia ocupacional puede contribuir al bienestar mental y emocional de las personas; sin dejar de abordar las consideraciones éticas y legales para su uso.

El capítulo 11 “Las palabras salvan vidas. Propuesta de abordaje intercultural” Damaris Francis Estrella Castillo, ofrece un análisis muy interesante en relación a diferentes expresiones utilizadas por niños y adolescentes en las que expresan ideas suicidas en su lengua maya. Posteriormente, desde una postura intercultural, ofrece diversas propuestas para favorecer la salud mental y superar dichos pensamientos.

Comprender la complejidad del problema, prevenir e intervenir, desde una visión transdisciplinaria y con una perspectiva intercultural, es la apuesta en esta obra.

Rebelín Echeverría Echeverría



CAPÍTULO 1.

EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN LAS AMÉRICAS

Linda Fernanda Sepulveda Ceballos
Organización Panamericana de la Salud

Damaris Francis Estrella Castillo
Cuerpo Académico de Salud Pública – Universidad Autónoma de Yucatán

Resumen

El suicidio, como problema de salud, ha motivado a gobiernos e instituciones a implementar acciones, destacando la creación de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (1960), encargada de monitorear cifras, investigar y diseñar estrategias para prevenir y tratar conductas suicidas (Brito, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), a través del enlace de la promoción de la salud mental, genera datos y propuestas integrales para la prevención del suicidio. Como producto de este trabajo, ha diseñado documentos de análisis a nivel regional y por país, así como apoyo técnico que define las estrategias de atención y tratamiento.

Desde el año 2000, México ha priorizado la atención al suicidio, requiriendo acciones gubernamentales para diseñar estrategias de prevención y tratamiento de pensamientos y conductas suicidas. Silverman (2007) destaca la necesidad de una nomenclatura internacional estandarizada para mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud en esta área.

Por lo anterior, el objetivo del capítulo es describir la epidemiología del suicidio en las regiones de América.

Palabras clave: Epidemiología, suicidio, enfermedad mental, derecho a la salud, salud mental.

Introducción

Según la OMS (2023), el suicidio es un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal; se ha convertido en un importante problema de salud pública que a menudo se encuentra descuidado, rodeado de estigmas, mitos y tabúes. Cada caso de suicidio es una tragedia que afecta gravemente no solo a los individuos, sino también a las familias y las comunidades. Su atención implica centrarse en la prevención del suicidio lo cual es especialmente importante para crear vínculos sociales, promover la toma de conciencia y ofrecer esperanza.

El suicidio sigue siendo una prioridad de salud pública en la región de las Américas; los suicidios son prevenibles con intervenciones oportunas basadas en la evidencia. Esta preponderancia se manifiesta al incluir la atención y prevención de este tipo de comportamiento dentro de la Agenda del Desarrollo 2030 de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la cual se aprobó en el año 2015, los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) y sus metas. De acuerdo con el portal de Datos de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su apartado de “Violencias y Lesiones”, se señala que:

La meta número 3 de la Agenda 2030 para los Objetivos del Desarrollo Sostenible menciona “asegurar vidas saludables y promover el bienestar para todas las edades”; el objetivo 3.4: Para el 2030 reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no contagiosas a través de la prevención, tratamiento y promoción de la salud mental y el bienestar. Además, la mortalidad debida a suicidio es un indicador de resultado clave (3.4.2) para monitorear el progreso sobre las intervenciones de salud mental.

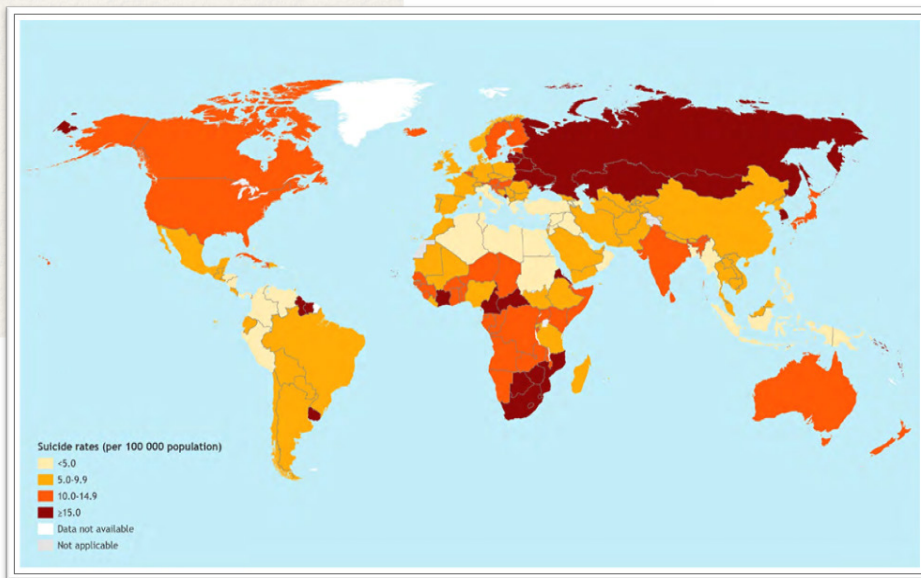
La epidemiología es una rama de la salud pública que se encarga del análisis de los eventos que se relacionan con la salud de manera directa o indirectamente, esto desde una perspectiva poblacional. Se aboca al estudio de la distribución, frecuencia, determinantes y marcadores de la salud, así como las formas de control de las enfermedades y sus riesgos (Hernández, Garrido, & López, 2000). El suicidio es un fenómeno a nivel mundial. Su análisis epidemiológico es complejo y requiere la vigilancia de su comportamiento para adoptar medidas para su prevención y manejo. La OMS reporta que en el tiempo se ha mantenido como una de las principales causas de

muerte en el mundo, las estimaciones presentadas en el informe “Suicidio alrededor del mundo en 2019 de la OMS” indican que en ese año se suicidaron 703 000 personas, esto representa 1 de cada 100 muertes ocurridas. La disminución de la mortalidad por suicidio es prioridad para la Organización Mundial de la Salud, además de ser uno de los indicadores para medir el alcance de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) de la Organización de las Naciones Unidas, específicamente el 3.4.

Las tasas de mortalidad ajustadas por edad son medidas estadísticas que permiten comparar grupos de personas, sin que las diferencias asociadas a la edad, en el comportamiento del indicador, afecten la medida. Por ejemplo, cuando se habla de mortalidad como medida de magnitud, es decir, el número total de muertes, es esperado que se encuentren más eventos de muerte en edades avanzadas y a principios de edad, esta característica influye en la distribución de los casos; cuando ajustamos por edad eliminamos este sesgo en el comportamiento. La tasa global estandarizada por edad para las defunciones por suicidio fue de 9 casos por cada 100,000 habitantes, en 2019. En ese año las tasas alrededor del mundo variaron desde 2 muertes por suicidio por cada 100,000 habitantes hasta 80 muertes por suicidio por cada 100,000 personas. En la figura 1 se pueden observar las tasas de cada país alrededor del mundo, los colores claros representan tasas bajas y los colores oscuros las más altas. Las cifras ilustran cada 100,000 personas y corresponden a ambos sexos, en el año 2019. Las tasas ajustadas por edad permiten identificar patrones globales y evaluar desigualdades entre regiones. Esto es crucial para desarrollar estrategias de prevención específicas que respondan a las necesidades de cada contexto socioeconómico y cultural.

Estos datos resaltan la importancia de implementar políticas públicas que consideren los factores de riesgo específicos en cada población, así como promover programas de salud mental accesibles y culturalmente adaptados para reducir la incidencia del suicidio a nivel global.

Figura 1. Tasa de mortalidad por suicidio por edad



Fuente: Tomado de WHO Global Health Estimates 2000-2019 (https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/gh2019_daly_global_2000_2019106cc197-7fec-4494-9b12-64d11150302b.xlsx?sfvrsn=ab2e645c_9)

En cuanto a las variantes por grupo etario y sexo, este mismo reporte menciona que, en jóvenes de 15 a 29 años, el suicidio es la cuarta causa de muerte en el mundo; más del doble de los casos corresponden al sexo masculino: 12.6 casos por cada 100,000 hombres frente a 5.4 casos por cada 100,000 mujeres. De manera global, la mayoría de las muertes por suicidio ocurrieron en países de ingresos medios a bajos (77 %), que son los que tienen mayor población; sin embargo, las tasas más altas de muertes por suicidio se alcanzaron en países de ingreso alto (10.1 defunciones por cada 100,000 habitantes), esto quiere decir que la mayor cantidad de casos ocurren en países de ingresos bajos a medios, pero los casos que ocurren en países de ingresos altos tienen tasas más altas ya que su población es menor. El 58 % de los suicidios a nivel global ocurrieron antes de los 50 años y la mayoría de los adolescentes que fallecieron por suicidio provenían de países de ingresos bajos a medios.

Las tasas de suicidio en 2019 en las regiones de la OMS fueron: África 11.2 casos, Europa 10.5 casos y Asia Sudoriental 10.2 casos, todas por cada 100,000 habitantes. Estas tasas fueron superiores a la media mundial de 9.0 casos por cada 100,000 habitantes. La tasa de suicidio más baja se registró en la región del Mediterráneo Oriental con 6.4 casos por cada 100,000 habitantes. Aun así, el panorama general muestra que las tasas de suicidio han disminuido, en los 20 años transcurridos, entre 2000 y 2019. La tasa mundial disminuyó un 36 %, con descensos que cubren alrededor del 17 % de la región del Mediterráneo Oriental al 47 % en la región de Europa y el 49 % del Pacífico Occidental. La situación es diferente en las Américas, la tasa se incrementó en un 17 % en ese mismo periodo (OMS, 2021).

En lo que respecta a Latinoamérica, la tabla 1 presenta las tasas de mortalidad por suicidio ajustadas por edad para las diferentes regiones del continente americano, se muestran resultados para la población en general, hombres y mujeres. Los datos se interpretan de la siguiente manera: en el año 2019 en Canadá ocurrieron 10.3 defunciones por suicidio en la población por cada 100,000 habitantes, 5.4 defunciones en mujeres y 15.3 en hombres por cada 100,000 habitantes. En la tabla 1 destaca en color rojo Guyana con las tasas más altas por suicidio en la población en general, hombres y mujeres, así mismo, marcado en color azul, las tasas más bajas las presenta Barbados para todas las categorías.

Tabla 1. Tasa de mortalidad por suicidio en las regiones de América

Regiones de América			
Tasa de mortalidad por suicidio (ajustada por edad por 100 000 habitantes)			
Resultados año 2019			
América del Norte			
Países	General	Mujeres	Hombres
Bermuda	0	0	0
Canadá	10.3	5.4	15.3
Estados Unidos	14.5	6.8	22.4
Brasil			
Brasil	6.4	2.8	10.3
Caribe Latino			
Cuba	10.2	4.1	16.7
Guadalupe	0	0	0
Guayana Francesa	0	0	0
Haití	11.2	8	14.9
Martinica	0	0	0
Puerto Rico	0	0	0
República Dominicana	5.1	1.9	8.5

Caribe No Latino				
Anguila		0	0	0
Antigua y Barbuda		0.3	0.6	0
Aruba		0	0	0
Bahamas		3.4	1.2	5.8
Barbados		0.3	0.2	0.5
Curaçao		0	0	0
Dominica		0	0	0
Granada		0.6	0.7	0.5
Guyana		40.8	17	65
Islas Caimán		0	0	0
Islas Turcas y Caicos		0	0	0
Islas Vírgenes (EE. UU.)		0	0	0
Islas Vírgenes Británicas		0	0	0
Jamaica		2.3	1	3.6
Montserrat		0	0	0
Saint Kitts y Nevis		0	0	0
San Vicente y las Granadinas		1	0.7	1.3
Santa Lucía		6.8	1.5	12.5
Sint Maarten (Países Bajos)		0	0	0
Suriname		25.9	11.8	41.3
Trinidad y Tabago		8.3	3.7	13.1
Centroamérica				
Belice		7.6	1.8	13.6
Costa Rica		7.6	1.9	13.3
El Salvador		6.1	2.1	11.1
Guatemala		6.2	2.5	10.3
Honduras		2.6	1	4.4
Nicaragua		4.7	1.9	7.8
Panamá		2.9	1	4.8
Cono Sur				
Argentina		8.1	3.3	13.5
Chile		8	3	13.4

Paraguay	6.2	3.3	9
Uruguay	18.8	7.7	31.1
México			
México	5.3	2.2	8.7
Zona andina			
Bolivia (Estado Plurinacional de)	6.8	4.2	9.6
Colombia	3.7	1.7	6
Ecuador	7.7	3.6	11.9
Perú	2.7	1.4	4.1
Venezuela (República Bolivariana de)	2.1	0.7	3.6

Nota: las tasas con valor 0, hacen referencia a la ausencia de datos en el rubro.

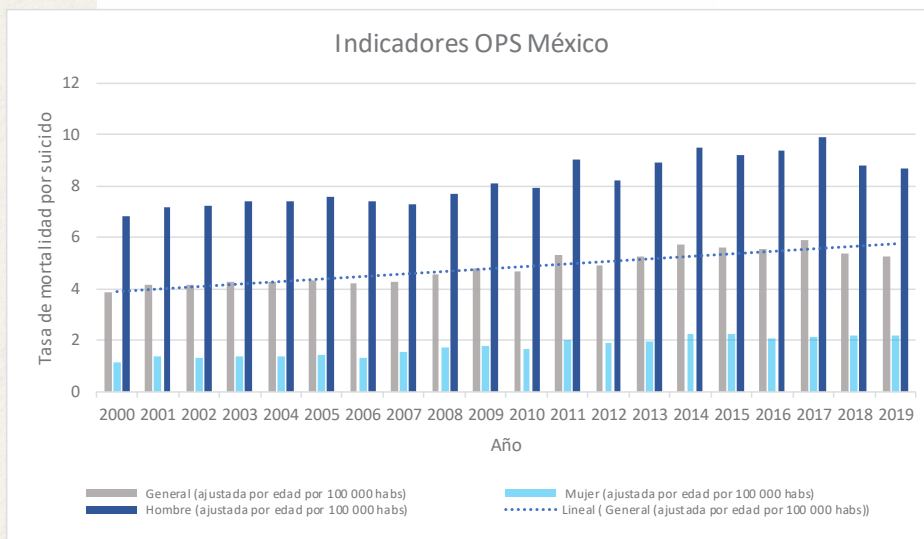
Fuente: Organización Panamericana de la Salud. OMS. Cálculo de indicadores basado en las estimaciones de mortalidad global del año 2019.

Los indicadores básicos de mortalidad en suicidio para México, de los datos abiertos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestran los resultados que se presentan en la tabla 2 y figura 2, en ellas se puede apreciar un recorrido histórico de la tasa de mortalidad ajustada por edad durante 20 años, del año 2000 al 2020. Los datos se interpretan de la siguiente manera: en el año 2000 ocurrieron 3.85 defunciones por suicidio en la población en general por cada 100,000 habitantes; 1.12 defunciones en mujeres por cada 100,000 mujeres y 6.84 en hombres por cada 100,000 hombres. En la figura 2 se muestran los indicadores de la OPS sobre la mortalidad por suicidio; la pendiente muestra que a través del tiempo ha habido un incremento en la tasa de mortalidad ajustada para la edad. Las diferencias por sexo muestran que, si bien se presenta un mayor número de casos en hombres que en mujeres, en ambos grupos la tendencia es al incremento (OPS, 2023).

Tabla 2. Indicadores de la OPS sobre mortalidad por suicidio en México

	Tasa de mortalidad por suicidio (ajustada por edad por 100,000 habitantes)		
Año	Total	Mujeres	Hombres
2000	3.858088	1.124823	6.842921
2001	4.15542	1.409827	7.172152
2002	4.153333	1.344162	7.227847
2003	4.271444	1.384625	7.439889
2004	4.260981	1.359648	7.438718
2005	4.350572	1.41421	7.576733
2006	4.243785	1.335628	7.435949
2007	4.303054	1.557593	7.315489
2008	4.578329	1.706505	7.723963
2009	4.806348	1.801782	8.111539
2010	4.66029	1.65224	7.955842
2011	5.354537	1.997508	9.013883
2012	4.945632	1.921236	8.246389
2013	5.280229	1.962638	8.902433
2014	5.715261	2.253251	9.49258
2015	5.594641	2.255288	9.232318
2016	5.5716	2.079044	9.3663
2017	5.886246	2.141033	9.931651
2018	5.357008	2.17101	8.833036
2019	5.287729	2.179345	8.682118

Fuente: Elaboración propia a partir de Indicadores Básicos (datos abiertos de la OPS). Consultado el 18 de diciembre de 2023.

Figura 2. Indicadores OPS México

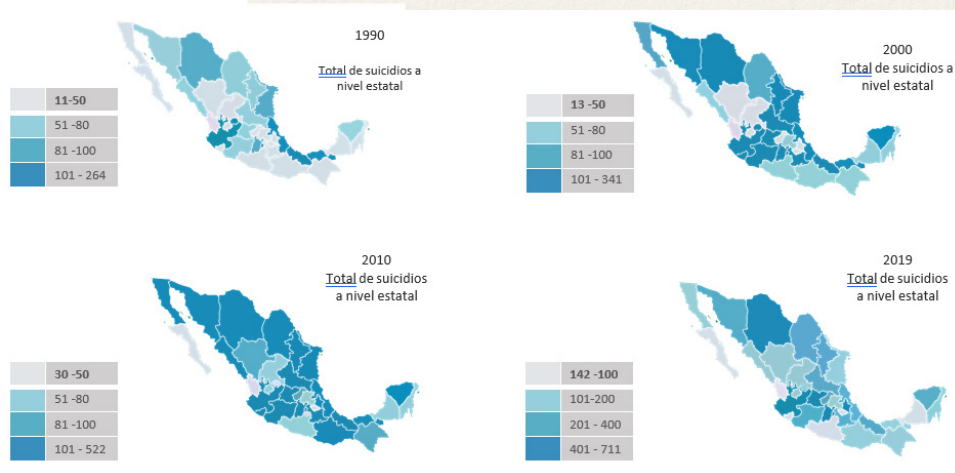
Fuente: Elaboración propia a partir de Indicadores Básicos (datos abiertos de la OPS). Consultado el 18 de diciembre de 2023.

De acuerdo con el observatorio nacional del suicidio en México, en el año 2022, la tasa estandarizada por suicidio nacional fue de 6.5. Esto significa que en el año 2022 ocurrieron 6.5 defunciones de esta causa por cada 100,000 habitantes. Esta misma fuente declara que las muertes por suicidio han aumentado. En 2017, la tasa de suicidio fue de 5.3 por cada 100,000 habitantes (6,494); mientras que para 2022, de 6.5 (8237). Esto equivale a 1743 suicidios más, en 2022, con respecto a los ocurridos en 2017. De enero a diciembre de 2022 en México se registraron 3665 intentos de suicidio, un promedio de 22 suicidios al día y aproximadamente 1 suicidio cada hora. La figura 3, presenta la distribución de la magnitud de las defunciones por suicidio en las diferentes entidades federativas de la república mexicana en cuatro cortes históricos

1990, 2000, 2010 y 2019. La tasa estandarizada de suicidio por entidad federativa, del año 2022, identifica a Yucatán como el estado con la tasa más alta, 15.6 defunciones por cada 100,000 habitantes y Baja California con la tasa más baja 2.2 defunciones por suicidio por cada 100,000 habitantes.

En cuanto a las diferencias por sexo, los hombres, en el año 2022, presentaron una tasa de 10.5 defunciones por cada 100,000 habitantes mientras que las mujeres 2.3 por cada 100,000 habitantes. En otras palabras, según los datos anteriores 8 de cada 10 defunciones por suicidio ocurrieron en hombres y 2 en mujeres. El observatorio nacional del suicidio del año 2022 señaló que la tasa de defunciones por suicidio ha tenido un aumento significativo y el año más alármate fue 2021, segundo año de la pandemia por Covid-19, dado que presentó tasas de 10.9 en hombres y 2.4 en mujeres, las más altas registradas de 2017 a 2022.

Figura 3. Número de suicidios por entidad federativa años 1990, 2000, 2010 y 2019



Fuente: Tomado de Observatorio Nacional del Suicidio en México, informe 2022.

El suicidio es un fenómeno a nivel mundial su análisis epidemiológico es complejo y lleva a necesitar indicadores que permitan medir las pérdidas de salud de la sociedad, las muertes prematuras y la discapacidad que genera (Kirkbride et al., 2024). El análisis de la carga de enfermedad es un instrumento diagnóstico que permite valorar los daños provocados por muerte prematura, y los daños por vivir enfermo o con algún grado de discapacidad. Los años de vida perdidos por una muerte prematura (APMP) y los años de vida asociados a discapacidad (AVD) se integran en un solo indicador que se traduce como los años de vida saludables perdidos (AVISA) por una enfermedad. Un resumen del cálculo de estos es el siguiente: Los APMP se obtienen al multiplicar el número de muertes para cada grupo de edad por la esperanza de vida estándar a esa edad, independientemente del sexo. El cálculo de los años vividos asociados a discapacidad (AVD) se basa en la sumatoria de las prevalencias de cada una de las secuelas vinculadas a una enfermedad multiplicada por la ponderación de la discapacidad. Dávila y Pardo (2020) realizaron un análisis de la mortalidad por suicidio en México en el periodo 1990-2017, entre los resultados más relevantes se encontró que la carga de la enfermedad por suicidio se incrementó en México, principalmente en hombres y mujeres jóvenes; la magnitud de suicidios pasó de 2.8, en 1990, a 7.63, en 2017, las tasas de suicidio fueron más altas en los grupos etarios de 80 años en adelante para ambos sexos. En 1990, las defunciones por suicidio representaron un total de 149,361 APMP, cantidad que alcanzó más del doble para 2017, con un total de 384213 APMP. El mayor número de APMP ocurrió en jóvenes y adultos (entre 15–45 años) más del 77 %, el mayor nivel en los 20–24 años. Los APMP aumentaron en todo el rango etario entre 1990 y 2017, con incrementos superiores al 120 %.

La carga de la enfermedad presentó comportamientos particulares entre las diferentes entidades del país, sin embargo, Tabasco, Campeche, Quintana Roo y Yucatán obtuvieron las mayores tasas de mortalidad y de APMP por suicidio, tanto en 1990 como en 2017, para ambos sexos. Las entidades con un mayor cambio, en ambos indicadores (tasas de mortalidad y de APMP), fueron Guanajuato, Aguascalientes, México, Jalisco, Puebla, Chiapas, Yucatán y Quintana Roo, todos ellos con aumentos mayores al 62 % en ambas tasas; destaca Guanajuato que duplicó su tasa de APMP (un aumento del 120 %). La tabla 3 presenta los resultados para todos los estados de la república mexicana.

Estos hallazgos reflejan la necesidad de abordar el suicidio como un problema de salud pública prioritario en México, especialmente en las entidades con mayores tasas y cambios significativos. Es fundamental diseñar estrategias de intervención específicas que consideren las particularidades sociales, económicas y culturales de cada región, con énfasis en la prevención y el acceso a servicios de salud mental. Además, el análisis de las tendencias a largo plazo permite identificar patrones emergentes que pueden guiar acciones más efectivas y focalizadas.

Por lo tanto, el aumento en las tasas de suicidio en ciertos estados subraya la urgencia de implementar políticas públicas focalizadas que no solo aborden los factores de riesgo tradicionales, sino que también consideren variables locales como el acceso a servicios de salud mental, la educación sobre prevención del suicidio y el apoyo comunitario. Las regiones con incrementos significativos, como Guanajuato y Quintana Roo, requieren una atención especial para identificar las causas subyacentes de este fenómeno y desarrollar intervenciones más efectivas que reduzcan la mortalidad por suicidio en estas áreas.

Tabla 3. Años de vida perdidos por muerte prematura (1990-2017) por entidad en México

Año	Hombres			Mujeres		
	1990	2017	% Cambio	1990	2017	% Cambio
Nacional	322,0	483,9	50,3 %	56,9	112,3	97,4 %
Aguascalientes	308,8	582,5	88,6 %	58,1	118,2	103,4 %
Baja California	359,0	398,3	11,0 %	43,2	69,4	60,6 %
Baja California Sur	423,1	531,0	25,5 %	48,8	85,3	74,8 %
Campeche	627,8	865,0	37,8 %	99,8	199,0	99,4 %
Chiapas	280,4	529,5	88,9 %	57,0	105,0	84,2 %
Chihuahua	398,3	586,5	47,3 %	69,2	172,4	149,2 %
Ciudad de México	362,4	565,4	56,0 %	63,2	133,7	111,6 %
Coahuila	369,9	467,9	26,5 %	51,8	90,6	74,9 %
Colima	412,7	490,8	18,9 %	56,2	87,8	56,2 %
Durango	271,5	395,3	45,6 %	53,1	120,0	125,9 %
Guanajuato	267,5	585,7	118,9 %	51,9	111,6	115,0 %
Guerrero	203,2	298,7	47,0 %	52,2	102,6	96,6 %
Hidalgo	221,4	341,9	54,5 %	53,8	90,4	67,9 %
Jalisco	333,9	576,3	72,6 %	63,2	151,3	139,3 %
México	203,5	375,7	84,7 %	48,2	101,5	110,5 %
Michoacán	315,1	479,0	52,0 %	55,6	108,9	95,7 %
Morelos	278,8	421,3	51,1 %	58,7	111,0	88,9 %
Nayarit	282,3	375,0	32,8 %	54,0	103,0	90,6 %
Nuevo León	339,9	419,8	23,5 %	51,1	99,2	94,1 %
Oaxaca	280,9	392,4	39,7 %	53,7	80,3	49,7 %
Puebla	219,9	406,8	85,0 %	55,1	108,6	97,3 %
Querétaro	296,9	415,4	39,9 %	56,5	96,6	71,2 %
Quintana Roo	496,8	827,3	66,5 %	86,8	193,7	123,2 %
San Luis Potosí	349,6	566,3	62,0 %	56,3	107,1	90,3 %
Sinaloa	230,3	268,8	16,7 %	41,5	69,1	66,5 %
Sonora	425,1	659,7	55,2 %	51,4	108,6	111,3 %

Tabasco	893,9	838,3	-6,2 %	112,0	198,6	77,3 %
Tamaulipas	413,6	389,8	-5,8 %	49,7	82,1	65,2 %
Tlaxcala	217,8	339,1	55,7 %	53,0	94,5	78,5 %
Veracruz	373,0	466,0	24,9 %	59,0	101,4	71,9 %
Yucatán	504,6	885,1	75,4 %	77,8	167,7	115,4 %
Zacatecas	263,5	389,6	47,8 %	46,8	89,1	90,6 %
Nivel de Tasa	Baja	Media	Alta			
Porcentaje de cambio	Bajo	Medio	Alto			

Fuente: Tomado de C. Dávila y A. Pardo, 2020 “Estudio de la carga de la mortalidad por suicidio en México 1990-2017” a partir de IHME.

El Observatorio Nacional del Suicidio en México (ONSM) hace un esfuerzo notable al recopilar datos esenciales sobre la tasa de suicidio a nivel estatal. Según sus registros, Yucatán registró, en 2022, una tasa de 15.6 suicidios por cada 100,000 habitantes, lo que la posiciona entre las entidades con las cifras más elevadas en el país. Este dato revela la necesidad de comprender el problema del suicidio en Yucatán e instaurar estrategias preventivas eficaces para la población yucateca.

Además, el ONSM resalta la valiosa contribución de la organización “Amarte Equilibrio para la Vida” en Yucatán. Esta entidad se dedica con ahínco a brindar atención y orientación a individuos con ideación o intentos suicidas, al tiempo que ofrece información esencial sobre el tema. De esta forma, “Amarte Equilibrio para la Vida” se erige como un pilar fundamental en la iniciativa de prevención del suicidio.

Por otro lado, el ONSM enriquece el panorama al ofrecer análisis detallados de la tasa de suicidio a nivel municipal en México y complementa esta información con un mapa que ilustra la distribución geográfica de estos eventos en el país. Estos recursos se vuelven esenciales para trazar estrategias preventivas con un enfoque geográfico y contextual en Yucatán (Fundación SAK, 2022).

El ONSM va más allá de la mera recopilación de datos nacionales sobre comportamiento suicida, reconoce y valora el esfuerzo de organizaciones locales, como “Amarte Equilibrio para la Vida” y ofrece herramientas detalladas que facilitan la comprensión y prevención del suicidio a nivel municipal.

En Yucatán, Basto, Cutz & Pérez (2024) encontraron varias tendencias y patrones:

1. **Tendencia general:** A lo largo de los años, hubo un aumento progresivo en el número total de suicidios reportados desde 2012 (155 suicidios) hasta 2022 (373 suicidios), eso significa que en una década hubo crecimiento en las cifras.
2. **Variación mensual:** Los meses con las cifras más altas son mayo, agosto, septiembre y octubre en varios años. Esto sugiere que podría haber factores estacionales o eventos específicos que aumentan el riesgo de suicidio. Por otro lado, meses como febrero y junio tienden a tener cifras más bajas.
3. **Aumento notorio en 2021 y 2022:** Estos dos años presentan las cifras más altas de suicidios en comparación con las demás fechas registradas. Específicamente, en el 2021 se registraron un total de 336 suicidios y 2022 superó ese número con 373 suicidios. Esto podría indicar un aumento preocupante en las tasas de suicidio en estos años específicos.

4. Distribución de años: Los años 2018, 2019, 2020, 2021 y 2022 muestran cifras superiores a 230 suicidios, esto indica una tendencia creciente en los últimos años.

Por otro lado, años como 2012, 2013, 2014, y 2017 presentan cifras inferiores a 200 suicidios, aunque también hay variabilidad dentro de estos años.

5. Variabilidad mensual dentro de los años: En general, hay meses en varios años que muestran cifras altas, como mayo, septiembre, octubre y noviembre en múltiples años. Esto sugiere que podría haber factores recurrentes en estos meses o que son meses críticos en términos de prevención del suicidio.

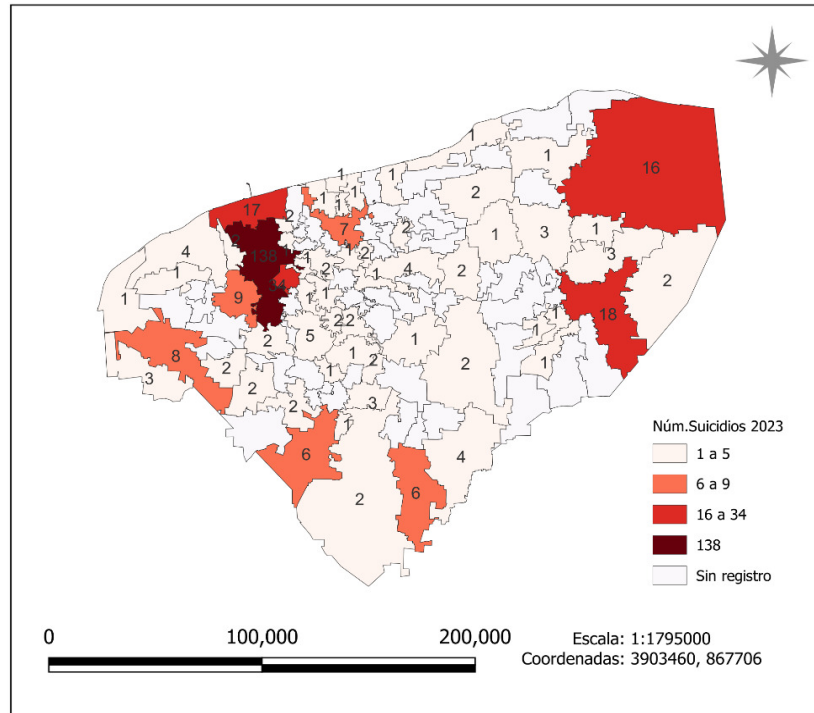
Estos datos muestran un aumento en las cifras de suicidio a lo largo de los años, con 2021 y 2022 destacan por tener las cifras más altas. Sería crucial investigar las causas subyacentes detrás de estos patrones y tomar medidas preventivas basadas en el análisis de tendencias mensuales y anuales.

Por ejemplo, en México, durante 2023, se registraron 8,837 suicidios, lo que representó el 1.1 % del total de defunciones en el país. A nivel nacional, la tasa fue de 6.8 suicidios por cada 100 mil habitantes, con 2.5 en mujeres y 11.4 en hombres. Entre las entidades con mayores tasas destacó Yucatán, ubicado en la península homónima, con una incidencia de 14.3, junto a Chihuahua (15.0), y Campeche y Aguascalientes (ambos con 10.5). (INEGI, 2024).

La distribución geográfica de los suicidios en 2023 revela que Mérida ocupó el primer lugar con 138 casos, lo que representa el 9.83 % del total. Le siguen Kanasín con 34 casos (9.82 %), Valladolid con 18 (5.2 %), Progreso con 17 (4.91 %), Tizimín con 16 (4.62 %) y Umán con nueve casos (2.6 %).

Otros municipios, como Maxcanú, Motul, Oxkutzcab y Tzucacab, reportaron entre seis y ocho casos cada uno, mientras que localidades como Acanceh, Akil y Celestún registraron cifras menores (Figura 4).

Figura 4. Número de suicidios por municipio en Yucatán en 2023



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la distribución temporal, la mayor concentración de suicidios se produjo en el mes de junio con 40 casos, mientras que diciembre fue el mes con menos registros, con 18 casos. Sin embargo, enero, marzo, agosto y septiembre también presentaron cifras de 29, 38, 33 y 32 suicidios, respectivamente. Este escenario plantea desafíos significativos para el personal médico que trabaja en la región, quienes deben enfrentarse a la compleja tarea de identificar, evaluar y brindar atención adecuada a las personas en situaciones de crisis. La situación se agrava por el preocupante aumento de casos de suicidio entre menores de edad en el estado de Yucatán durante 2023. Ese año, la cifra de suicidios en menores se duplicó en comparación con 2022, alcanzando un total de 12 casos, de los cuales dos correspondieron a niños en edad de educación primaria.

En términos generales, durante 2023 se registraron 346 suicidios en el estado, distribuidos en 59 municipios, como se mencionó anteriormente.

Con base en este análisis, la prevención del suicidio requiere acciones específicas y oportunas que aborden tanto los picos estacionales de incidencia como las tendencias preocupantes entre los menores de edad. En primer lugar, se podrían implementar campañas de sensibilización intensivas en los meses de mayor incidencia, como junio, marzo, agosto y septiembre, orientadas a identificar señales de alarma y fomentar la búsqueda de ayuda profesional. Estas campañas podrían incluir talleres en escuelas, campañas mediáticas y formación para líderes comunitarios y familiares.

En segundo lugar, es fundamental fortalecer la capacidad del personal médico y de salud mental para atender situaciones de crisis mediante capacitaciones especializadas en detección temprana, evaluación de riesgos y manejo de crisis, especialmente en regiones donde la incidencia es elevada.

Para abordar el incremento alarmante del suicidio entre menores, se deben establecer programas preventivos en centros escolares, con énfasis en promover habilidades socioemocionales, identificar factores de riesgo como el acoso escolar o la violencia intrafamiliar, y establecer protocolos de intervención.

Además, es fundamental capacitar a los docentes y personal educativo en la detección temprana de señales de alerta en los estudiantes, brindándoles herramientas para ofrecer apoyo emocional y derivarlos a profesionales cuando sea necesario. Asimismo, se deben fortalecer los vínculos entre las familias, las escuelas y los servicios de salud mental para asegurar una red de apoyo integral y garantizar una atención oportuna.

Es crucial también fomentar la participación activa de la comunidad en la prevención del suicidio, involucrando a padres, líderes comunitarios y servicios de salud locales en la identificación y apoyo de los jóvenes en riesgo. De esta manera, se crea un entorno protector y colaborativo que reduce las posibilidades de conductas suicidas.

Durante 2024 hubo 140 casos confirmados de suicidio en Yucatán, de los cuales se han reportado 105 en las notas periodísticas digitales (ver tabla 4), y reportan que la mayoría de los casos se concentran en Mérida (26), seguida por Kanasín y Tizimín (7 cada una). Predominan los hombres (84 casos). En cuanto a los grupos etarios, el rango de 21 a 30 años presenta el mayor número de casos (27), seguido de los de 31 a 40 años (19).

Tabla 4. Total de suicidios en Yucatán en el año 2024, clasificado por sexo y edad

Entidad	Sexo			Grupos de edad (años)						
	Hombres	Mujeres	No especificado	10 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	61 a 70	71 a 80
Akil	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Buctzoz	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Cansahcab	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Caucel	4	0	0	1	2	0	1	0	0	0
Celestún	2	1	2	0	0	1	0	0	0	0
Chemax	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0
Chicxulub Puerto	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Chocholá	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Conkal	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Dzan	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Dzemul	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Dzidzantún	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Dzilam González	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Hunucmá	3	0	0	0	2	0	1	0	0	0
Kanasín	6	1	2	2	0	1	0	2	0	0
Mérida	20	6	6	5	6	3	2	3	0	1
Motul	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0
Pisté	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Progreso	1	2	0	0	0	3	0	0	0	0
Samahil	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
San José Tecoh	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Seyé	4	0	0	0	3	1	0	0	0	0
Tadzhiu	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Teabo	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Tekax	4	1	2	0	0	1	1	1	0	0
Tepakán	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Tetiz	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0

Entidad	Sexo			Grupos de edad (años)						
	Hombres	Mujeres	No especificado	10 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	61 a 70	71 a 80
Ticul	9	0	4	1	2	1	1	0	0	0
Tinum	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Tixkokob	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Tizimín	6	1	2	1	1	0	2	1	0	0
Tzucacab	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Umán	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Valladolid	6	0	2	2	2	0	0	0	0	0
Total	84	21	24	13	27	19	12	9	0	1

Fuente: Elaboración propia con base en las 105 notas periodísticas digitales publicadas sobre suicidio del año 2024.

Esto evidencia una mayor incidencia en hombres y adultos jóvenes en las zonas urbanas más pobladas. En términos de prevención, los datos resaltan la importancia de focalizar estrategias en hombres y adultos jóvenes, especialmente en los rangos de edad de 21 a 30 años y 31 a 40 años. Además, la concentración de casos en Mérida y otras localidades urbanas como Kanasín y Tizimín sugiere que las intervenciones deben priorizar estas áreas, desarrollando programas que aborden factores de riesgo específicos como la salud mental, la falta de redes de apoyo y posibles condiciones socioeconómicas adversas.

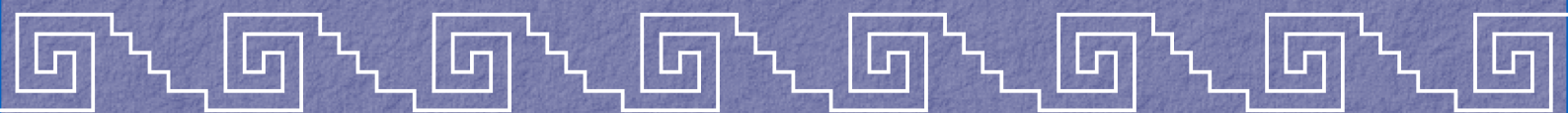
Conclusiones

El suicidio, definido por la OMS como un acto deliberado con consecuencias fatales, es una preocupación de salud pública a nivel global. A pesar de ser una de las principales causas de muerte en todo el mundo, continúa rodeado de estigmas y tabúes que dificultan su abordaje adecuado. Las cifras proporcionadas por la OMS y otros organismos reflejan la magnitud del problema. Esto evidencia que no solo afecta a individuos, sino también genera un profundo impacto en familias y la sociedad.

La inclusión de la prevención del suicidio en la Agenda 2030 de los Objetivos del Desarrollo Sostenible de la ONU subraya la importancia y urgencia de abordar este problema de manera integral. El enfoque epidemiológico nos permite entender mejor la distribución, frecuencia, determinantes del suicidio y revelar variaciones significativas, según regiones, grupos etarios y género.

Es preocupante observar cómo, a pesar de las mejoras en algunas regiones, las tasas de suicidio han aumentado en la población de América. La tabla 3 muestra una variabilidad significativa entre países, lo que subraya la necesidad de estrategias de prevención adaptadas a contextos específicos. Además, los datos para México muestran un incremento en la tasa de suicidios a lo largo de los años, especialmente entre los hombres.

En este contexto, es imperativo fortalecer las acciones preventivas, promover la conciencia social, reducir estigmas y garantizar el acceso a servicios de salud mental de calidad. Solo a través de un enfoque colaborativo, basado en evidencias empíricas y centrado en las personas, podremos avanzar hacia la reducción significativa de las tasas de suicidio y garantizar vidas más saludables, independientemente de su género, edad y ubicación geográfica.



CAPÍTULO 2.

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y SALUD MENTAL EN MÉXICO: REGULACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Ofelia Marina Marrufo Heredia.
Secretaria de Educación Pública

Carlos Arias Guzmán
Instituto Politécnico Nacional

Damaris Francis Estrella Castillo
Cuerpo Académico de Salud Pública – Universidad Autónoma de Yucatán

Resumen

En el presente capítulo realizamos una descripción del marco regulatorio y de las políticas públicas en México, con énfasis en la relación entre el suicidio y la salud mental, además describimos algunos acuerdos internacionales,

disposiciones jurídicas y políticas y programas que atienden un problema de salud pública relacionado con el suicidio como parte de la salud mental. La Ley General de Salud (Congreso de la Unión, 2023) reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona. Los trastornos de salud mental son considerados como un problema de salud pública que el Estado tiene la obligación de atender como parte del derecho de las personas a la protección de la salud. La prevención del suicidio es una de las prioridades importantes que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece en el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. (OMS, 2014). Esta señala que muchas personas que intentan poner fin a su vida proceden de colectivos vulnerables y marginados.

Las recientes reformas a la Ley General de Salud en materia de salud mental y adicciones transforman el modelo de atención de la salud mental en nuestro país y buscan armonizar con los planteamientos de la OMS en la materia. Las nuevas disposiciones de la Ley establecen que la salud mental debe considerar el desarrollo de acciones y programas para detectar, atender y prevenir el suicidio.

Palabras Clave: Suicidio, salud mental, política pública en suicidio, regulación, prevención y reformas.

Introducción

El objetivo de este capítulo es describir las regulaciones en las políticas públicas sobre salud mental en México, en el contexto de las recientes reformas a la Ley General de Salud (Cámara de diputados, 2023) y de los Programa Sectorial de Salud 2019 – 2024, (Secretaría de Salud, 2020) de Acción Específico para la Atención Integral en Salud Mental y Adicciones,

2020 – 2024 (Secretaría de Salud, 2022) y Programa Nacional para la Prevención del Suicidio PNPS 2022 – 2024 (Secretaría de Salud, 2022).

En primer lugar, hacemos un seguimiento de las resoluciones de la Organización Mundial de la Salud OMS, sobre la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de brindar una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social de los países y el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.

Respecto de la Ley General de Salud, se revisan las disposiciones mediante las cuales el Estado garantizará el acceso universal, igualitario y equitativo a la atención de la salud mental y de las adicciones a las personas en el territorio nacional.

El énfasis de la revisión se encuentra en lo relativo a la prevención y atención del suicidio como parte de la salud mental, tanto en la regulación como en las políticas públicas.

Salud mental y suicidio

La salud mental es un componente fundamental de la salud. Una salud mental adecuada propicia en la persona potencializar sus habilidades cognitivas, físicas y emocionales, le permite desarrollarse armónicamente en las diferentes esferas sociales en la que participa, le proporciona mayores herramientas de protección ante el estrés propiciado por la actividad diaria que realiza, así como ejecutar su trabajo con productividad y generar aportaciones. También le permite establecer relaciones interpersonales de mayor calidad ya que es capaz de integrarse armónicamente con sus compañeros de trabajo, de su comunidad, familiares y amigos. La salud mental mejora la actitud de la persona y le permite alcanzar sus propios objetivos.

Dada la importancia que tiene la salud mental y el impacto que genera en la vida de las personas, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la reconoció como un asunto de interés público y la incluyó en los Objetivos Globales del Desarrollo Sostenible (ODS). El objetivo 3, busca garantizar una vida saludable para promover el bienestar en todas las edades y destaca el compromiso de trabajar en la prevención y tratamiento de enfermedades no transmisibles e incluye los trastornos conductuales, neurológicos y del desarrollo humano. La ONU sugiere, para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura y fortalecer la prevención y tratamiento del abuso de sustancias adictivas y el consumo nocivo de alcohol (Sanahuja, 2018).

Prevalencia de los trastornos mentales en la población mundial

La siguiente tabla 5 se presenta una descripción detallada de diferentes trastornos mentales, la información incluye sus características clínicas y la prevalencia mundial.

Tabla 5. Características de los trastornos mentales

Trastorno	Características clínicas	Prevalencia mundial
Trastornos de ansiedad (incluye fobias)	Miedo y ansiedad anormales. En las fobias, están asociados con la exposición a un detonante específico.	~28 %
Depresión	Profunda falta de energía y motivación, incapacidad de experimentar placer, humor depresivo, pesimismo, sentimientos de culpabilidad y pensamiento lento.	~17 %
Dependencia y abuso de sustancias (incluye alcoholismo y tabaquismo)	Abuso o dependencia de sustancias, acompañado de episodios de ansiedad durante periodos de abstinencia.	~5-20 %
Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad	Niveles de actividad y desatención excesivos. La hiperactividad, añade inquietud física.	~8 %
Trastorno bipolar	Fluctuaciones notorias en el humor, el pensamiento, el comportamiento, la energía y la capacidad de realizar actividades de la vida diaria. Tiene dos fases: una eufórica y alegre y otra triste y depresiva.	~2 %
Trastorno obsesivo compulsivo	Pensamientos recurrentes e intrusivos; comportamientos repetitivos intencionales sobre los que el individuo no tiene control y que él mismo reconoce como excesivos o irrazonables.	~1.6 %
Esquizofrenia	Tiene diferentes formas. Se caracteriza por alucinaciones, delirios e irregularidades en el pensamiento; además hay apatía, ausencia de motivación y aislamiento social.	~1 %
Trastornos alimenticios	La anorexia se caracteriza por un rechazo a la comida y un miedo obsesivo a engordar; en la bulimia, los pacientes comen compulsivamente para después emplear conductas compensatorias (uso de laxantes, vómito provocado, etc).	~1 %
Autismo	Comunicación e interacción social deficiente; presencia de patrones de conducta o actividad repetitivos y estereotipados; puede ser de leve a severamente limitante.	~0.8 %

Fuente: Sullivan, P. F., *et al.* (2012).

En 2012, la 65ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA65.4 sobre la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social de los países. Se pidió preparar un plan de acción integral sobre salud mental que abarcara los servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas (OMS, 2022).

1. Programa Nacional para la Prevención del Suicidio PNPS 2022 – 2024

El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS adoptó el principio mundialmente aceptado de que “no hay salud sin salud mental”; tiene vínculos conceptuales y estratégicos estrechos con otros planes de acción y estrategias mundiales aprobados por la Asamblea de la Salud, tales como la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, el plan de acción de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y el plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (2013-2020) (OMS, 2013).

El Plan de Acción busca generar sinergias con otros programas, pero sin duplicar la labor del Programa de acción para superar la brecha en salud mental (mhGAP) de la OMS, el cual se centró en la expansión de los servicios de salud mental en entornos con escasos recursos (OMS, 2021). En este plan de acción, la expresión «trastornos mentales» se utiliza para referirse a una serie de trastornos mentales y conductuales que figuran en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos, décima revisión (CIE-10, 2018) (Uribe, 2018).

Entre ellos se incluyen trastornos con una alta carga de morbilidad, como la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, la demencia, los trastornos por abuso de sustancias, las discapacidades intelectuales y los trastornos conductuales y del desarrollo que suelen iniciarse en la infancia y adolescencia, incluido el autismo. Además, el plan abarca la prevención del suicidio y la expresión “grupos vulnerables” es utilizada para referirse a individuos o grupos de individuos que son vulnerables a las situaciones y ambientes a los que están expuestos (por oposición a cualquier problema inherente de debilidad o falta de capacidad).

Ante los casos de violación de los derechos humanos y discriminación que sufren las personas con trastornos mentales, convoca a la adopción de una perspectiva de derechos humanos para responder a la carga mundial de morbilidad mental. El plan de acción resalta la necesidad de servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas que protejan, promuevan y respeten los derechos de las personas con trastornos mentales en consonancia con lo dispuesto en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ONU; 2022), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (ONU, 1976), la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (González, 2008), la Convención sobre los Derechos del Niño (Del Niño, 1989) y otros instrumentos internacionales y regionales pertinentes en materia de derechos humanos.

Las personas con trastornos mentales presentan tasas más elevadas de discapacidad y mortalidad. Las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una mayor probabilidad de muerte prematura que la población general, debido a los problemas de salud física y al suicidio.

La relación entre el suicidio y los trastornos mentales está bien establecida, no obstante, muchos suicidios también pueden producirse de forma impulsiva en momentos de crisis, por ejemplo, una pérdida económica, de manera que el suicidio tiene causas multifactoriales.

La prevención del suicidio es una de las prioridades importantes que ha recogido las OMS en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 (OMS, 2013). Este señala que muchas personas que intentan poner fin a su vida proceden de colectivos vulnerables y marginados. Además, los jóvenes y las personas mayores están entre los grupos de edad más propensos a abrigar ideas de suicidio o autolesionarse; en general las tasas de suicidio están subestimadas, debido a las carencias de los sistemas de vigilancia y a la atribución errónea de ciertos suicidios a causas accidentales, así como a la criminalización del suicidio en algunos países.

El Plan de acción también destaca que en la mayoría de los países las tasas de suicidio tienden a mantenerse estables o aumentar, mientras que en otros se observa una tendencia a la baja a largo plazo; ya que además de los trastornos mentales hay otros factores de riesgo asociados al suicidio, por ejemplo, dolor crónico o trastorno emocional agudo; así como los problemas económicos, por lo que su atención no solo debe involucrar al sector de la salud, sino que también otros sectores deben actuar simultáneamente. Pueden ser eficaces medidas como la reducción del acceso a medios para autolesionarse o suicidarse (en particular armas de fuego, plaguicidas y acceso a medicamentos tóxicos que se puedan tomar en sobredosis), una praxis informativa responsable por parte de los medios de comunicación, la protección de las personas con elevado riesgo de suicidio y el reconocimiento y tratamiento oportuno de trastornos mentales y conductas suicidas (OMS, 2021).

Por ello, es importante enfocar el suicidio como una problemática en la que están implicados aspectos de salud pública (biológica y mental), psicológicos, económicos, políticos y culturales, entre otros, interpretando el problema como un sistema de interacciones sociales que se encuentran influidos por la violencia estructural y los problemas sociales.

Dada la importancia de la prevalencia del suicidio, en 1960, se creó la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, (IASP por sus siglas en inglés)¹ es un órgano internacional encargado de dar seguimiento a las cifras de las conductas suicidas, de plantear investigaciones para su análisis, así como estrategias que ayuden a inhibir y tratar los riesgos suicidas y sus efectos póstumos en la esfera social. Para ello, ha conformado un equipo de trabajo, compuesto por expertos que buscan promover la discusión académica, científica y epidemiológica que permita la difusión del tema y algunos métodos para su tratamiento.

El Plan de Acción sobre Salud Mental propone elaborar y poner en práctica estrategias nacionales integrales de prevención del suicidio, presta especial atención a los colectivos en los que se haya detectado un mayor riesgo de suicidio: como los homosexuales, bisexuales y transexuales, además los jóvenes u otros grupos vulnerables de cualquier edad en función del contexto local. En el documento, se recomienda a los Estados miembros adoptar estrategias desde un punto de vista tripartito, los principales puntos focales preventivos son los siguientes:

¹ Para más información puede consultar sitio <https://www.iasp.info/>

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

Toda muerte por suicidio es un hecho sumamente triste, es una tragedia que tiene repercusiones de gran alcance en familias, amigos y comunidades. Estas muertes prematuras y evitables obligan al Estado a tomar las acciones necesarias para evitarlas.

El Plan de acción 2013 se planteó como meta mundial reducir en 10 % la tasa de suicidios en los países (para el año 2020). Además, este plan señala que las medidas eficaces para alcanzar esta meta requieren una acción conjunta de múltiples sectores ajenos al sector salud y la salud mental. La obtención de datos de vigilancia exactos es difícil y la mayor precisión de la información sobre los suicidios pueden hacer que la cifra no disminuya en

algunos países; así la tasa de suicidios (en oposición al total de suicidios) es la mejor opción para reflejar la mejora de los esfuerzos de prevención. En el ámbito nacional para su prevención se han adoptado una serie de medidas, tanto desde las políticas públicas como de la legislación.

En 2013, la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó el primer Plan de acción sobre salud mental de la historia de la OMS. La prevención del suicidio forma parte integrante de este plan, que se propuso reducir un 10 %, para el 2020, la tasa de suicidio en los países.

No hay una explicación única que explique por qué se suicidan las personas. Muchos suicidios se cometen impulsivamente y, en tales circunstancias, el acceso fácil a medios tales como plaguicidas o armas de fuego pueden marcar la diferencia entre la vida o la muerte de una persona (De la Salud, 2013). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al suicidio como “un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal” (Villafaña & Cárdenas, 2022). Estadísticas de dicho organismo corroboran que, efectivamente, más de 800,000 personas se suicidan al año, lo que representa la muerte de una persona cada 40 segundos (OMS, 2024).

La regulación de la salud mental en México

En nuestro país, en el año 2011, el Estado mexicano, a través de la reforma constitucional en materia de derechos humanos generó un marco de reconocimiento y protección de estos; sobre esta base jurídica se justifica la gestión institucional pública y privada en favor de la persona y sus derechos; como parte de este conjunto de derechos humanos, se encuentra el derecho a la salud, el cual es elemento fundamental para acceder a un nivel de vida

digno y adecuado. El derecho a la protección de la salud, por tanto, es un derecho para todos y su acceso debe ser sin discriminación de ningún tipo. Nuestra Constitución (Cámara de Diputados, 2023) señala que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de los ámbitos de gobierno.

Así, la Ley General de Salud (LGS) (Secretaría de Salud, 2023), reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona, señala que las finalidades de este derecho son entre otros, el bienestar físico y mental de la persona, la prolongación y mejoramiento de la calidad de vida y el disfrute de servicios de salud. El artículo 1o Bis define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, definición que coincide con la establecida por la Organización Mundial de la Salud, OMS.

Además, la LGS en su artículo 3º fracción VI, indica que la salud mental está considerada como un servicio básico en la protección de la salud de las personas, ello con fundamento en el artículo 27 fracción VI.

La LGS integra, dentro de su Título Tercero de la prestación de servicios de salud, un capítulo VII sobre salud mental, en los artículos del 72 al 77 hay diversas disposiciones mediante las cuales el Estado garantizará el acceso universal, igualitario y equitativo a la atención de la salud mental y de las adicciones a las personas en el territorio nacional.

La salud mental y la prevención de las adicciones tendrán carácter prioritario en las políticas de salud y deberán brindarse conforme a lo establecido en la Constitución y en los Tratados internacionales en materia de derechos

humanos. Su objetivo es la recuperación y el bienestar, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación.

La atención a la salud mental, los servicios y programas, deben brindarse con un enfoque comunitario, de recuperación y con estricto respeto a los derechos humanos y principios de interculturalidad, interdisciplinariedad, integralidad, intersectorialidad, perspectiva de género y participación social; desde el primer nivel de atención y los hospitales generales.

La responsabilidad de las acciones y programas recae en la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas. Para combatir los estereotipos y otras ideas sobresimplificadas y equivocadas sobre la población se llevarán a cabo programas de capacitación campañas de difusión.

Para el acceso y continuidad de la atención de la salud mental y adicciones, proponemos disponer de establecimientos ambulatorios de atención primaria y servicios de psiquiatría en hospitales generales, hospitales regionales de alta especialidad e institutos nacionales de salud. Se elimina el modelo psiquiátrico asilar.

En México la legislación sobre salud mental sugiere mejor atención a la población y que está pueda contar con mecanismos de apoyo en la toma de decisiones y a directrices de voluntad anticipada sobre el consentimiento informado; a no ser sometido a medidas de aislamiento, contención coercitiva o cualquier práctica que constituya tratos crueles, inhumanos o degradantes y, en su caso, ser sujeto a medios para atenuar el escalamiento de crisis; a un diagnóstico integral e interdisciplinario. Además, a no ser sometido a tratamientos irreversibles o que modifiquen la integridad de la persona; a ser tratado y atendido en su comunidad o lo más cerca posible al lugar en

donde habiten sus familiares o amigos; entre otros. También reconocen que las personas usuarias de los servicios tienen capacidad jurídica, sin importar si se trata o no de una persona con discapacidad.

El internamiento será el último recurso terapéutico, bajo principios de respeto a los derechos humanos y dignidad de la persona. El internamiento será voluntario y cuando aporte mayores beneficios terapéuticos a la persona que el resto de las intervenciones y por el tiempo estrictamente y siempre la decisión podrá ser revocada por la misma persona usuaria, siempre que esta así lo considere. En el caso de niñas, niños o adolescentes se privilegiarán alternativas comunitarias.

De manera específica, la fracción XI del artículo 73 de la Ley General de Salud, señala que los servicios y programas en materia de salud mental y adicciones deberán privilegiar la atención comunitaria, integral, interdisciplinaria, intercultural, intersectorial, con perspectiva de género y participativa de las personas desde el primer nivel de atención y los hospitales generales; así como, el desarrollo de acciones y programas para detectar, atender y prevenir el suicidio.

La Secretaría de Salud establecerá Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud mental y adicciones y los establecimientos del Sistema Nacional de Salud elaborarán programas para la atención de los familiares.

Aunque la reciente reforma a la LGS, publicada en mayo de 2022, aún no se refleja en la legislación secundaria, es decir, en cambios a los reglamentos y normas oficiales, muchas de ellas se mantienen vigentes.

La Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014 (Morales, 2014), se creó para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, el objetivo es establecer criterios de operación y organización de las actividades de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual será proporcionada en forma continua, con calidad y calidez y con pleno respeto a los derechos humanos de las personas usuarias de estos servicios.

La Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años tiene por objetivo establecer los criterios para brindar la atención integral a la salud, la prevención y el control de las enfermedades prevalentes en las personas del grupo etario de 10 a 19 años de edad y la promoción de la salud, con perspectiva de género, pertinencia cultural y respeto a sus derechos fundamentales (Mexicanos, Afluentes & IPAS México, A. C., 2015). El numeral 6.9.3 obliga al personal médico y a los profesionales de la salud del sector público, privado y social a canalizar a las personas que se les detecten signos y síntomas que indiquen riesgos de suicidio, con las autoridades y servicios médicos integrales que correspondan para su debido tratamiento.

Por otro lado, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, mediante diversas tesis jurisprudenciales, ha definido el alcance y contenido del derecho a la protección de la salud establecido en la Constitución mexicana, entre otros, señala que la protección de la salud es un objetivo que el Estado debe perseguir legítimamente, pero dicho derecho tiene una proyección tanto individual o personal, como una pública o social (SCJN, 2019).

La Corte mexicana señala que, en el enfoque social o público del derecho a la salud, es el deber del Estado atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general; establecer mecanismos para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud, desarrollar políticas públicas, controles de calidad de los servicios e identificar los principales problemas que afecten la salud pública, entre otras.

El suicidio en México

Así, el derecho a la salud se integra de manera simultánea de dimensiones tanto colectivas como individuales; dentro de la dimensión colectiva, se encuentra el derecho que tiene la población en general de ser protegida contra enfermedades epidémicas; para lo cual el Estado tiene la obligación de diseñar y operar los programas necesarios para garantizar la protección de la salud de las personas.

La Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP por sus siglas en inglés) y la OMS instituyeron el 10 de septiembre como el “Día Mundial para la Prevención del Suicidio” con el objetivo de que los gobiernos de diferentes países implementen y promuevan acciones para su prevención (PAHO, 2023).

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022), en su reporte de Estadísticas a Propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio², ofrece información de 2021, señala que las estadísticas de

2 Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2023, 8 de septiembre). *A propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10 de septiembre)*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_Suicidio23.pdf

mortalidad reportaron el total de fallecimientos en el país (1,093,210), 8351 fueron por lesiones autoinfligidas.

Esto representó una tasa de suicidio de 6.5 por cada 100,000 habitantes. De los decesos por esta causa, destaca que los hombres tienen una tasa de 10.9 suicidios por cada 100 mil (6 785). La tasa para las mujeres es menor: 2.4 por cada 100 mil (1,552). Según estadísticas del INEGI en 2021, el grupo con mayor riesgo de fallecimiento por homicidio fue en las personas de 15 a 29 años, con una tasa de 10.4 por cada 100,000; el suicidio en este grupo aumentó en los últimos años. En 2015 se estimó una tasa de 8.1 muertes por lesiones autoinfligidas por cada 100,000 personas de las edades mencionadas. En 2021, la tasa de suicidios para el mismo grupo fue de 10.4 por cada 100,000 personas. En el caso de los hombres de 15 a 29 años, el aumento en el riesgo de suicidio aumentó de 12.4 en 2015 a 16.2 en 2021 por cada 100,000, mientras que el grupo de 30 a 59 años, con 8.3 por cada 100,000. (INEGI, 2022).

Por entidades federativas, las que presentaron mayores tasas de suicidio en personas de 15 a 29 años fueron: Chihuahua, Yucatán y Campeche, con 26.4, 23.5 y 18.8 suicidios por cada 100,000 jóvenes, respectivamente. Por otro lado, las tasas más bajas las tiene Veracruz (4.2), Baja California (3.9) y Guerrero (1.4).

El INEGI también señala que, en 2021, el principal método usado por la población de 15 a 29 años para cometer suicidio es el ahorcamiento, estrangulación o sofocación (89.5 %), tanto en hombres y mujeres (91.0 y 84.8 %, respectivamente). En segundo lugar, con 4.0 %, se encuentran los

fallecimientos por disparo: en hombres, este porcentaje es de 4.5 %. En las mujeres, el segundo método utilizado es el envenenamiento por disolventes, gases o plaguicidas, con 7.2 %.

En el año 2022, el INEGI registró un total de 8237 defunciones por suicidio; en el grupo etario de 25 a 34 años se presentaron 2271 suicidios, mientras que en el grupo de 15 a 24 años le siguió con un total de 2006 suicidios; en los menores de 15 años ocurrieron un total de 232 suicidios, con un incremento importante en la población adolescente de 10-14 y presentándose más en niñas. Destaca el reporte de la disminución de la tasa respecto al 2021 donde se tuvo 6.6 por cada cien mil habitantes, mientras que, en 2022, INEGI reportó 6.4. por cada cien mil habitantes (INEGI, 2022).

Políticas Públicas en materia de salud mental y suicidio

El Plan Nacional de Desarrollo PND (2019-2024), indica que el gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos; se pretende que el objetivo se logre mediante la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, actualmente IMSS-Bienestar que dará servicios de salud en todo el territorio nacional a todas las personas sin seguridad social. (SEGOB, 2020).

Del PND (2019-2024), deriva el Programa Sectorial de Salud 2020 – 2024, el cual conjunta las acciones objetivos y metas que el gobierno federal llevará a cabo durante el periodo de gobierno, para cumplir con el mandato constitucional y legal del derecho a la protección de la salud. Para ello, el Programa sectorial se plantea como lema general “Salud para el Bienestar

de la Población”, como parte del diagnóstico que presenta, señala que México se encuentra ante un grave problema de salud pública, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas son ya una pandemia que afecta tanto a la salud individual y poblacional, asimismo se identifican graves deficiencias en lo que respecta a la atención integral en salud mental y adicciones (SEGOB, 2020).

El objetivo prioritario 5 del Programa Sectorial establece, en relación con la salud y bienestar, fomentar las condiciones que procuren la calidad de vida de la población bajo un enfoque integral, a partir de la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud, así como el tratamiento y control de las enfermedades, especialmente los de mayor impacto en la población.

De dicho objetivo deriva la estrategia prioritaria 5.3, del Programa Sectorial que plantea garantizar el acceso a los servicios de salud mental y apoyo psicológico, bajo un enfoque integral y diferenciado para atender los trastornos mentales y problemas relacionados con adicciones especialmente a grupos discriminados o en condición de vulnerabilidad.

De la estrategia prioritaria 5.3, del Programa Sectorial de Salud 2020-2024 se deriva un conjunto de acciones para garantizar el acceso a los servicios de salud mental, las cuales se describen en la tabla 6.

Tabla 6. Acciones de la estrategia prioritaria 5.3 del Programa Sectorial de Salud

5.3.1.	Reorganizar la atención, seguimiento y evaluación del sistema de salud mental y adicciones para ampliar la cobertura y la atención continua con base en las necesidades de la población, especialmente a aquella afectada por violencia, desastres naturales o situación de emergencia humanitaria.
5.3.2.	Facilitar el acceso a los servicios de salud mental, apoyo psicológico y prevención de adicciones en el primer nivel de atención, bajo el principio de equidad, no discriminación y con sensibilidad al ciclo de vida y enfoque de género.
5.3.3.	Fortalecer los modelos de atención integral a través de servicios médicos, de salud mental integrados y con capacidad de respuesta para las personas con trastornos mentales y/o adicciones conforme a las necesidades de la población desde una perspectiva de enfoques transversales.
5.3.4.	Fomentar la cultura de calidad en los servicios de salud mental, adicciones y apoyo psicológico monitoreando la aplicación de protocolos y prácticas basadas en evidencia científica, tanto en la atención primaria, como en los diferentes niveles de atención para procurar la recuperación de las personas.
5.3.5.	Promover la orientación y consejería eficaz para la atención formal e informal en salud mental y adicciones, así como el uso de tecnologías electrónicas y móviles para fomentar la atención oportuna de las personas, garantizando un trato digno e incluyente, y con pertinencia cultural.
5.3.6.	Implementar campañas y programas nacionales para la prevención del suicidio y autolesiones , consumo de sustancias y conductas susceptibles a generar adicciones, para promover condiciones saludables de vida y trabajo, especialmente para población vulnerable e individuos con perfiles de riesgo.
5.3.7.	Fortalecer los mecanismos para la intervención temprana, mediante la prevención, detección oportuna y tratamiento de los problemas de salud mental y adicciones, especialmente durante la infancia y la adolescencia.
5.3.8.	Vincular los servicios de salud mental con programas prioritarios en la materia, y estrategias interinstitucionales para articular intervenciones encausadas a fomentar la salud mental, prevenir trastornos mentales y adicciones y brindar atención incluyente y con pertinencia cultural, pluralismo ético y no estigmatización.
5.3.9.	Fortalecer alianzas interinstitucionales y con organizaciones de la sociedad civil para la investigación y diseño de instrumentos técnicos para desarrollar capacidades de atención en salud mental, adicciones y discapacidades psicosociales con perspectiva de derechos humanos y política pública.
5.3.10.	Promover la participación ciudadana e iniciativas culturales, educativas, deportivas y laborales a través de la coordinación interinstitucional para generar conciencia social sobre los riesgos y reducir la vulnerabilidad frente a los trastornos mentales, consumo de sustancias y conductas adictivas.

Fuente: Tomado del Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

El Programa sectorial destaca que un componente, hasta ahora, olvidado de la atención médica es la salud mental, patología que genera heridas profundas que afectan a las personas y la comunidad; por lo que se desarrollará la reestructura de los Servicios de Atención Psiquiátrica para hacerlos más cercanos a las necesidades de la población, particularmente aquella afectada por la violencia, la migración, los desastres naturales, entre otros.

Alineado con el objetivo y estrategia prioritaria 5.3 del Programa Sectorial, la Secretaría de Salud federal en el ámbito de sus atribuciones, también tiene bajo su responsabilidad el *Programa de Acción Específico (PAE) para la Atención Integral en Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024*, mismo que considera dentro de sus proyectos o programas prioritarios la prevención del suicidio (ver tabla 7), (Secretaría de Salud, 2022).

Así el PAE, establece el inicio de la elaboración de la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio en México, en el contexto de la reestructuración del sistema de salud en México, específicamente en el área de la salud mental, al considerar que uno de los principales problemas de salud mental en el país se establece el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PNPS) 2022 - 2024.

El PAE señala que, para 2024, el país contará con una política clara, homogénea en las 32 entidades federativas para reducir la tasa anual de suicidio. El objetivo general será direccionar los esfuerzos que permitan optimizar las acciones de vigilancia, promoción, prevención, atención, recuperación y postvención; de eficacia comprobada y revertir la incidencia de suicidios en el país, con pleno respeto a los derechos humanos y con perspectiva de género.

Tabla 7. Programa de Acción Específico (PAE) para la Atención Integral en Salud Mental y Adicciones 2020- 2024.

I. Vigilancia Epidemiológica	II. Intervención	III. Capacitación	IV. Investigación
1.1 Observatorio. 1.2 Monitoreo. 1.3 Concentrar, analizar y difundir. 1.4 Incorporar, ideación, plan, intento.	2.1 APS-I MX. 2.2 Convenios con los sectores. 2.3 Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones. 2.4 Detección, atención, seguimiento, referencia. 2.5 Protocolo de atención, postven- ción, un año. 2.6 Simplificar la ruta de acceso. TICS. 2.8 Medios de comunicación. 2.9 Alfabetización sobre el suicidio. 2.10 Red articulada de servicios. 2.11 Orden/nivel del riesgo suicida.	3.1 Plan de capacitación mínima indispensable. 3.2 Capacitación institucional. 3.3 Seminarios permanentes. 3.4 TICS. 3.5 Capacitación de diversos sectores.	4.1 Generar investigación. 4.2 Gestionar un fondo. 4.3 Acceso a los datos generados por el observatorio.

Fuente: Elaboración propia, con información del Programa de Acción Específico (PAE) para la Atención Integral en Salud Mental y Adicciones 2020 – 2024.

Por otro lado, el PAE reconoce que los recursos económicos, humanos y materiales disponibles para la atención de la salud mental no son suficientes y se encuentran mal distribuidos, lo que ha generado una amplia brecha entre el número de personas con trastornos mentales que necesitan trata- miento y el número de personas que lo reciben. Solo el 2 % del presupuesto de salud se destina a atender la salud mental y, de ese porcentaje, el 80 % se va en gastos operativos de los hospitales psiquiátricos, por lo que no hay suficiencia para otras acciones costo-efectivas como: la prevención y la promoción del autocuidado; la actuación en la comunidad; la capacitación del personal en salud mental y adicciones; la investigación y, principalmente,

acciones para disminuir el estigma, la discriminación y el deterioro de las personas con problemas de salud mental.

El PAE para la Atención Integral en Salud Mental y Adicciones, plantea como Objetivo prioritario 1: Consolidar la rectoría en salud mental y adicciones en el modelo de atención primaria de salud integral (APS-I) con un enfoque comunitario, intercultural, derechos humanos, perspectiva de género y sensible a la línea de la vida. Asimismo, como parte de este objetivo, la Estrategia 1.3 “Implementar políticas públicas nacionales que contribuyan al bienestar mental de la población”, establece como acción puntual el impulsar estrategias legislativas que ayuden a prevenir el suicidio desde un enfoque multisectorial y participar en el análisis de propuestas para la actualización y desarrollo de disposiciones jurídicas en materia de salud mental y prevención del suicidio.

La Estrategia 2.2 plantea impulsar la capacitación en salud mental y adicciones a personal de los servicios de salud para la formación de equipos multidisciplinarios de atención; y en la acción puntual apoyar la capacitación a prestadores de atención formal e informal en la comunidad para la orientación y consejería eficaz en salud mental, el consumo de sustancias psicoactivas, prevención del suicidio y autocuidado.

En el Objetivo prioritario 2. Ampliar los servicios de salud mental y adicciones en el Sistema Nacional de Salud, se propone como Estrategia 2.3 Impulsar el desarrollo científico en las instituciones que proporcionan servicios de atención integral en salud mental y adicciones y, como parte de la estrategia, desarrollar y promover acciones de investigación en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y prevención del suicidio.

Por otro lado, el PAE destaca que está vinculado con el Objetivo de Desarrollo Sostenible, Salud y Bienestar que tiene como objetivo garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades; mismo que tiene como meta para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento y promover la salud mental y el bienestar, uno de los indicadores para medir los avances será la Tasa de mortalidad por suicidio.

El Programa Nacional para la Prevención del Suicidio PNPS 2022 – 2024, tiene como objetivo establecer mecanismos de intervención intersectorial para atender a las personas que solicitan atención por comportamiento suicida y reducir la mortalidad por suicidio, mediante estrategias de prevención, atención, postvención e investigación en la materia (Secretaría de Salud, 2022).

El PNPS contiene cinco ejes principales:

1. Coordinación intersectorial e interinstitucional;
2. Vigilancia;
3. Intervenciones;
4. Capacitación;
5. Investigación.

Además, con cuatro ejes transversales:

1. Derechos humanos;
2. Ciclo de vida;
3. Perspectiva de género;
4. Interculturalidad.

El PNPS reconoce que el suicidio es un grave problema de salud pública en el mundo que puede prevenirse. Resalta que la muerte por suicidio alcanza aproximadamente 803,000 fallecimientos cada año; la OMS estima que cada 40 segundos una persona lo comete y que por cada suicidio hay 20 intentos previos y, además, representa el 57 % de los fallecimientos violentos, por encima de las muertes en guerras y homicidios. En México, durante el año 2020, el suicidio representó casi el 1 % del total de muertes en un año (7818 personas), con una tasa de suicidio de 6.2 por cada 100,000 habitantes; siendo los jóvenes entre 18 y 29 años la población más afectada. México es el primer país de la región de las Américas con un programa público para la prevención del suicidio homologado a nivel nacional.

El PNPS integra el Código 100 que es un sistema de apoyo a la toma de decisiones clínicas en el comportamiento suicida en hospitales generales o centros de atención dentro de las redes integradas del sistema de salud (RISS). Permite equiparar la atención de un usuario de los servicios de salud mental con un usuario de los servicios de salud pública, minimizando el estigma y en el marco de los 4 ejes transversales (equidad de género, interculturalidad, ciclo vital y derechos humanos).

Las Brigadas Comunitarias en Salud Mental BCSM del PNPS tienen como objetivo general ejercer acciones de prevención y promoción de la salud mental que fortalezcan factores protectores, favorezcan la detección temprana de problemas asociados, así como su atención oportuna a través de la articulación de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS). Las BCSM integran la participación comunitaria como elemento fundamental para lograr mejorar la salud mental e integral de las personas.

Generar grupos abiertos semanales de contención y apoyo, vía online o presencial, para poner a disposición de la población las herramientas que permitan la sensibilización en materia de salud mental.

La Gestión de Casos del PNPS tiene como objetivo hacer más eficiente la coordinación de enlace entre las acciones comunitarias y los establecimientos de salud de los tres niveles de atención, orientar sus acciones de acuerdo con el escalonamiento de los servicios en función del nivel de riesgo suicida detectado, con el fin de racionalizar y optimizar la provisión de atención a las personas, en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

La estrategia se alinea con lo estipulado por el artículo 74 de la Ley General de Salud la cual menciona que, para garantizar el acceso y continuidad de la atención de la salud mental y adicciones, se deberá de disponer de establecimientos ambulatorios de atención primaria y servicios de psiquiatría en hospitales generales, hospitales regionales de alta especialidad e institutos nacionales de salud.

Otras acciones que considera el PNPS, son el programa de cursos para el personal de salud y el Programa de detección temprana y atención de la salud mental para médicos internos de pregrado y pasantes de servicio social de medicina, así como los recursos y materiales de difusión.

Actualmente el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental es la unidad de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, responsable de las políticas nacionales en salud mental. Tiene como misión mejorar y ampliar los servicios de Salud Mental que comprenden: prevención, atención ambulatoria, hospitalización, así como las estrategias

de promoción; consolidando el Programa Nacional de Salud Mental y brindar servicios de calidad, otorgados con equidad y respeto pleno a los derechos humanos de las personas.

Para que se cumplan las acciones y objetivos en materia de salud mental, que ha propuesto el actual gobierno federal, es necesaria una transformación en el sistema de salud actual que permita una rectoría integral de Atención a la Salud Mental y las Adicciones; dicha rectoría se ejerce a través del planteamiento de la fusión del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME), la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) en una nueva unidad administrativa perteneciente a los centros que conformarán a la Subsecretaría de Salud Pública que constituirá la instancia rectora, normativa y de conducción de la política nacional de salud mental y adicciones (Diario Oficial de la Federación, 2023, Art. 1).

La Secretaría de Salud dio a conocer que más de 50 % de profesionales de la salud recibió capacitación en salud mental y en 80 % de los hospitales generales del país con servicios de urgencias; con apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y de la Organización Panamericana de Salud (OPS), se han impartido talleres para tratar adecuadamente a pacientes con riesgo suicida.

Además, se informó que la reestructuración en salud mental y adicciones involucra los 338 centros de atención primaria de la salud, 44 centros integrales de salud mental y 38 hospitales psiquiátricos para que cuenten con la capacidad que les permita brindar atención de calidad en la unidad hospitalaria y en la comunidad.

Conclusiones

El modelo de atención de la salud mental en nuestro país se encuentra en transición, las recientes reformas a la Ley General de Salud, en materia de salud mental y adicciones, y las nuevas disposiciones que transforman el modelo de atención en la materia, se encuentran en proceso de implementación.

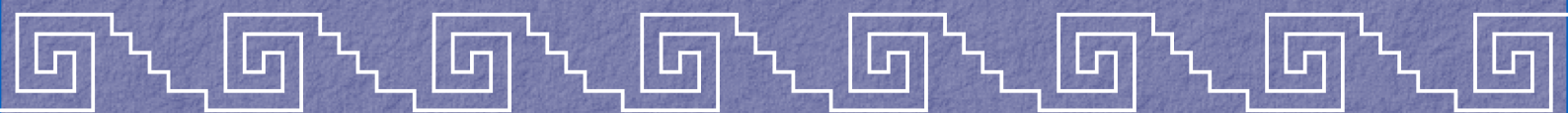
Las nuevas disposiciones normativas en el ámbito federal en materia de salud mental, consideran de manera explícita, el desarrollo de acciones y programas para detectar, atender y prevenir el suicidio como parte de la salud mental, con dicha base jurídica y dado que la salud mental es un derecho, la autoridad sanitaria de los diferentes ámbitos de gobierno, tiene la obligación de desarrollar políticas y programas para su atención. Así, la atención del suicidio en nuestro país, como un problema de salud pública, queda inserto en el conjunto de disposiciones jurídicas que regulan la salud mental y que son la base para el diseño e implementación de políticas y programas públicos.

El carácter prioritario de la salud mental y las adicciones dentro de las políticas de salud obliga al Estado a desplegar acciones para garantizar los servicios y programas en los tres niveles de atención. Destaca el enfoque de derechos que asiste a los usuarios de los servicios de salud mental, para contar con mecanismos de apoyo en la toma de decisiones, las directrices de voluntad anticipada y el consentimiento informado. Además, del derecho a no ser sometido a tratamientos irreversibles o que modifiquen la integridad de la persona y el reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas usuarias de los servicios. En particular, destaca la eliminación del modelo psiquiátrico asilar.

Por ello, el internamiento será el último recurso terapéutico, el internamiento será voluntario y solo será admitido cuando aporte mayores beneficios terapéuticos; en el caso de niñas, niños o adolescentes se privilegiarán alternativas comunitarias.

En el caso de las políticas públicas destacan las acciones del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio 2022 – 2024, que establece los mecanismos de intervención intersectorial para atender a las personas que solicitan atención por comportamiento suicida y reducir la mortalidad por suicidio, mediante estrategias de prevención, atención, postvención e investigación en la materia.

Al menos en el papel, las políticas de salud pública avanzan en la definición de acciones para atender la prevención del suicidio en nuestro país, hay disposiciones jurídicas que deberán atenderse y a partir de estas se han diseñado y están en proceso de implementación diversas acciones y programas para atender el problema de salud pública del suicidio; habrá que esperar los primeros resultados evaluar la pertinencia y eficacia de éstas.



CAPÍTULO 3.

NEUROBIOLOGÍA DEL SUICIDIO: IMPLICACIONES DEL POLIMORFISMO DEL TRANSPORTADOR DE SEROTONINA EN SUICIDAS YUCATECOS

Héctor Armando Rubio Zapata
Damaris Francis Estrella Castillo

Cuerpo Académico de Salud Pública – Universidad Autónoma de Yucatán

Cinthia Roche Canto
Universidad Autónoma de Yucatán

Resumen

El propósito del capítulo es explorar los mecanismos neurobiológicos subyacentes a la conducta suicida, con un enfoque particular en el papel de la serotonina y sus implicaciones genéticas. El cerebro regula la conducta humana a

través de neurotransmisores, neuromoduladores y neurohormonas, siendo la serotonina un neurotransmisor clave relacionado con trastornos como la depresión, la ansiedad y la impulsividad, factores comúnmente asociados al suicidio. El capítulo revisa estudios post mortem en cerebros de personas suicidas que muestran un aumento en la densidad de receptores de serotonina y una disminución en la proteína transportadora de serotonina, la cual recaptura este neurotransmisor, sugiriendo su relevancia en la patofisiología de la conducta suicida.

En este contexto, se presenta una investigación realizada en Yucatán por Cinthia Roche y colaboradores, quienes analizaron el ADN de 100 personas suicidas de la región. En la población yucateca, se observó que la mayoría de los individuos presentaban la forma “corta” de este gen, lo que se asocia con una reducción del 70 % en la expresión del transportador de serotonina. Este hallazgo sugiere que la variación genética en el transportador de serotonina podría favorecer el desarrollo de conductas impulsivas y depresivas, factores clave en la conducta suicida. El capítulo tiene como objetivo profundizar en estos mecanismos y su importancia en la biología del suicidio.

Palabras clave: Neurotransmisores, suicidio, polimorfismo, serotonina.

Introducción

El Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012), en concordancia con la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que el suicidio se define como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por la persona, sabiendo o esperando su resultado mortal y a través del cual pretende obtener un objetivo deseado”.

El suicidio de forma legal es un delito ya que atenta contra el más grande bien de los seres humanos: la vida, y se considera al igual que el homicidio como una expresión de la violencia, explicándolo como un fenómeno social distintivo de la civilización en donde se manifiesta. En el estado de Yucatán, México, según el código de procedimientos penales, es considerado ilegal.

Durante la década pasada, previo a la pandemia por COVID-19, datos de la OMS revelan que aproximadamente un millón de personas se suicidaban cada año, lo que corresponde a una muerte cada 40 segundos, cifra que supera el conjunto de defunciones por homicidios y guerras en esos momentos y colocaba al suicidio entre las quince primeras causas de muerte en el mundo. En algunos países representaba la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 10 a 24 años y la tercera entre quienes tienen de 15 a 44 años. La pandemia por COVID-19 y actualmente los conflictos bélicos o políticos-económicos de algunos países, han venido a cambiar estas tendencias, en algunos casos reduce y en otros aumenta la letalidad por suicidio.

La conducta suicida inicia con pensamientos de muerte, posteriormente se añade el proceso de la ideación en el que la persona empieza a planificar el suicidio, lo que lleva a la intención o intento suicida y si resulta efectivo el suicidio es consumado. La muerte por suicidio es la punta del *iceberg*, es decir, los intentos e ideación suicidas son mucho más comunes que el hecho consumado, la conducta suicida puede ser hasta 20 veces más prevalente que el número de muertes por suicidio. Aproximadamente el 5 % de las personas alguna vez en la vida se han planteado suicidarse, es decir, la ideación, mientras que la prevalencia de haber pensado en el suicidio en la población en general es entre el 10 a 14 %, lo cual demuestra la magnitud del problema (Valdez et al., 2023).

Según el comportamiento histórico de las tasas de suicidio a nivel mundial en el siglo XXI hay una tendencia ascendente. En el tercer informe regional sobre la mortalidad por suicidio, publicado en marzo de 2021 por la Organización Panamericana de la Salud, este problema sigue siendo prioridad de salud pública en la región de las Américas. Ahí mismo propone que los suicidios pudieran ser prevenibles con intervenciones oportunas, basadas en la evidencia y, por lo general, con estrategias de bajo costo, en junio del 2021, una guía de intervención propuesta por la OMS denominada “*live life*” – “vivir la vida” (en inglés y francés), que consta de cuatro rubros clave, para prevenir el suicidio en todo el mundo. El consenso general para el abordaje del suicidio es mediante un enfoque multisectorial, es fundamental para involucrar a la sociedad y a las partes interesadas en un esfuerzo de colaboración.

El suicidio es un problema de salud pública relevante, pero a menudo menospreciado, rodeado de estigmas, mitos y tabúes. Cada caso de suicidio es una tragedia que afecta gravemente no solo a la persona fallecida, sino a sus familias y comunidad en general. Cada año, más de 703.000 personas se quitan la vida tras numerosos intentos de suicidio, lo que corresponde a una muerte cada 40 segundos. Desde que la OMS, en marzo de 2020, declaró al COVID-19 como una pandemia, más personas experimentan pérdida, dolor, sufrimiento y estrés, por lo que al menos en lo que se refiere a síntomas depresivos y depresión su prevalencia se ha incrementado, por lo que podría esperarse un incremento en la conducta suicida. Si bien hasta el momento no existe un tratamiento médico o farmacológico eficiente para el suicidio, por lo que muchos autores proponen que la prevención es especialmente importante, argumentan que se deben fortalecer los vínculos sociales, promover la toma de conciencia sobre la importancia de la vida y

ofrecer esperanza en momentos de crisis. Todo lo anterior requiere del contacto humano, es por ello que es necesario acercarse a los seres queridos o amigos en búsqueda de paz, salud mental y bienestar, es decir que las personas se sientan acompañada, queridas y cobijadas por este entramado social como un escudo contra el suicidio.

Estadísticas del suicidio

En la región de las Américas, entre 2015 y 2019, se reportó un promedio de 98,000 muertes por suicidio al año, la tasa de suicidio en América del Norte y el Caribe no hispano fue superior a la tasa regional. El suicidio fue la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 20 a 24 años en las Américas, seguidos por las personas de 45 a 59 años y por los adultos mayores (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

En México, una de las estadísticas de suicidio es recopiladas y publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Hasta 2005 se capturaban en las agencias del Ministerio Público, pero a partir de 2006 los datos de suicidios se reportan mediante los registros de las estadísticas de mortalidad. El INEGI integra los suicidios dentro de las estadísticas de mortalidad como defunciones accidentales y violentas, en la categoría de defunciones por lesiones autoinfligidas intencionalmente y se cuenta con los datos del periodo de 1990 a 2019, desagregados por entidad federativa y municipio, edad y sexo, entre otras variables que permiten conocer información de este fenómeno en el país. En 1990 la tasa de suicidios fue de 2.3 suicidios por cada 100,000 habitantes; para 2015 la cifra llegó a 5.3 y, en 2019, fue de 5.7 por cada 100,000 habitantes. Lo que muestra una tendencia ascendente.

En 1990, las entidades con más suicidios fueron Ciudad de México, Tabasco, Veracruz y Jalisco; las entidades con menos casos: Aguascalientes, Baja California Sur, Nayarit y Tlaxcala. Entre 1990 a 2019, la incidencia del suicidio a nivel nacional fue en aumento, aunque este incremento no fue homogéneo entre las diferentes entidades federativas, es decir, algunas registraron incrementos, en otras se mantuvo estable el número de casos e incluso en algunas se redujo el número de casos anuales, lo que habla de ciertas variaciones, por ejemplo, en la década de los noventa Tabasco y Campeche registraron las tasas más altas a nivel nacional, fue llamativo que ambas entidades se ubican en la región sur-sureste del país y comparten fronteras geográficas. El caso de Tabasco es notable ya que alcanzó su máximo histórico en 1991, con una tasa de 11.1 suicidios por 100,000 habitantes, sin embargo, inició una tendencia a la baja a finales de la década de 2000 y, para el 2019, ya no figuraba entre las entidades con mayores tasas, los últimos reportes lo ubican con una tasa de 5.1 suicidios por cada 100,000 habitantes, ubicada dentro del promedio nacional. Tristemente, no ha sido el caso de Campeche, quien se ha mantenido con tasas elevadas durante todo el periodo en 2019 registró una tasa de suicidios de 10.1 por 100,000 habitantes, solo por debajo de Yucatán, Chihuahua y Aguascalientes.

En Yucatán se registró un aumento a finales de los años noventa y para el año 2010 tenía la tasa más alta de suicidios en el país (10,6), situación que se mantuvo en 2011, 2016 y 2018. Por otro lado, en la última década, Chihuahua y Aguascalientes han experimentado un aumento en sus tasas de suicidio, ya que hasta 2010 no se encontraban entre las regiones con las tasas más altas, pero esto ha cambiado desde aproximadamente 2015

hasta el último año registrado. Esto muestra patrones cambiantes de la incidencia y prevalencia de suicidio a nivel nacional.

De manera general, y tomando como punto de referencia el 2010, las entidades que estaban reduciendo su tasa de suicidios fueron Quintana Roo (esta entidad tuvo el registro histórico más alto del país, con una tasa de suicidios de 16.0 por 100,000 habitantes en 2007), Tabasco y Ciudad de México. En los demás casos, o bien se observa una tendencia estable o un aumento, como en las entidades que ya se han comentado.

A nivel mundial, los métodos más importantes del suicidio son la autointoxicación, el ahorcamiento y disparo con armas de fuego. En México la situación es similar, el 88 % de los suicidios ocurren por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, 6 % por envenenamiento, 3 % por disparo de arma de fuego y el 2 % por otras causas o causas no especificadas (INEGI, 2023).

Debido a ello, la OMS recomienda como medida de prevención, la restricción del acceso a los medios de suicidio como plaguicidas, armas de fuego y ciertos medicamentos. También se han impulsado programas sobre tratamiento a las personas que padecen trastornos por el consumo de drogas, debido a que esta población se considera con alto riesgo de suicidio; este programa busca mejorar la cobertura y calidad de los servicios de tratamiento y atención en países de ingresos bajos y medios. Otras estrategias propuestas por el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) son reducir el tráfico ilícito y el uso indebido de armas de fuego, para, de esta manera, disminuir el acceso a estos medios que pueden ser mecanismos para cometer suicidio.

El suicidio se ha consolidado como una de las principales causas de muerte a nivel mundial, especialmente en la población adulta y adulta mayor. En los últimos años, se ha observado un preocupante incremento en su incidencia entre jóvenes y adolescentes. Esta situación subraya la necesidad de continuar investigando sus patrones y tendencias con el fin de desarrollar estrategias efectivas que permitan abordar esta problemática en los diversos grupos poblacionales en riesgo. Profundizar en el conocimiento y comprensión del fenómeno suicida, ayudará al diseño de estrategias de prevención y atención y al logro de las metas plateadas en el ámbito nacional y global sobre este complejo fenómeno que amenaza la salud humana.

Como hemos visto hasta este momento las cifras mundiales, nacionales y regionales muestran la magnitud de suicidio, este es un fenómeno difícil de predecir y prevenir, ya que no existe una explicación que satisfaga por completo a los expertos y quedan muchas interrogantes. Por ejemplo, sabemos que el suicidio es una conducta de muy alto riesgo, pero ¿es una enfermedad? ¿Es de tipo biológico, mental o emocional? ¿Cuáles son los factores biológicos que se relacionan con suicidio? Estas y muchas otras incógnitas han sido motivos de investigación y las respuestas aún se encuentran en desarrollo, sin embargo, desde el punto de vista de las neurociencias se tienen múltiples datos que aportan pistas de la conducta suicida.

Neurobiología de la conducta suicida

Es bien sabido que el sistema nervioso central controla las funciones del ser humano incluyendo la conducta, este control lo realiza mediante ciertas sustancias denominadas neurotransmisores, neuromoduladores y neurohormonas que son sustancias específicas para estimular o inhibir ciertas

células y por lo tanto observamos un efecto de control como un sistema de encendido/apagado.

Partiendo de esta premisa, si la conducta puede ser controlada por los neurotransmisores, entonces, la conducta suicida debería atenerse a este mismo principio.

La ciencia médica ha aportado información interesante. Por ejemplo, el contenido del principal metabolito de la serotonina, el ácido 5-hidroxi-indol-acético (5-HIAA) se encontraba disminuido en el líquido cefalorraquídeo de personas con intentos violentos de suicidio; lo que abrió la posibilidad de explorar el papel de los neurotransmisores en el suicidio. Otros neurotransmisores cuyos niveles se han estudiado en personas suicidas son las aminas biógenas (dopamina y la noradrenalina). Por ejemplo, en un estudio con pacientes psiquiátricos con y sin intento suicida, se compararon los metabolitos de la serotonina, dopamina y noradrenalina en el líquido cefalorraquídeo. Se concluyó que el metabolito de la serotonina estaba disminuido en el líquido cefalorraquídeo, tanto en quienes intentaron suicidarse como en aquellos que consumaron el suicidio empleando métodos violentos.

Estudios *post mortem* del tejido cerebral de personas suicidas, permitieron identificar un aumento de la densidad de los receptores de serotonina en la corteza prefrontal ventral y una disminución del transportador de serotonina, en esta misma región cerebral. Estos cambios de la densidad de receptores sugieren fuertemente un proceso plasticidad neuronal producido por una baja disponibilidad de la serotonina, lo que quizá represente un intento de homeostasis cerebral por mantener funciones normales (Arango, et al., 1995).

También se ha descrito un incremento del receptor serotonina en células piramidales de la capa V de la corteza prefrontal en el hipocampo de suicidas adultos y adolescentes. Estas neuronas modulan e integran funciones mediadas por otros sistemas de neurotransmisores como la serotonina, glutamato, GABA (ácido gama aminobutírico) y dopamina, lo que abre el abanico de opciones de los neurotransmisores involucrados en el suicidio, es decir, para un proceso tan complejo como el suicidio sería ingenuo suponer que las alteraciones provienen de disfunciones de un solo sistema de neurotransmisión o de uno solo de sus receptores (Pandey et al., 2002).

Debido a que el suicidio es catalogado como una acción agresiva e impulsiva. Cuyas bases neuroquímicas involucran cuatro principales sistemas de neurotransmisión: serotonina, dopamina, noradrenalina y GABA. La dopamina modula las respuestas afectivas de las personas ante determinados ambientes y está implicado en la agresión; la serotonina parece ejercer un efecto inhibitorio sobre la agresión; otras funciones de este neurotransmisor se relacionan con patrones del sueño, impulsividad, desinhibición, cefalea, anormalidades de la síntesis de glucocorticoides, volubilidad anímica con problemas de conducta y socialización y especialmente con la conducta suicida. la disfunción del sistema de la serotonina se asocia con alteraciones en la regulación de la ansiedad, la depresión, la impulsividad y la agresión. Por lo anterior, se ha sugerido que la existencia de una base común para el suicidio y la conducta violenta se debe, en parte, a la función de la serotonina disminuida en estructuras claves del sistema nervioso central, además de otras alteraciones de neurotransmisión.

Es interesante que la serotonina no solamente se encuentra en las neuronas del cerebro, también es parte del contenido de las plaquetas, un componente

de la sangre. En las plaquetas, también se ha demostrado que los pacientes con intento suicida tienen menor densidad de receptores de serotonina en comparación con las personas sanas. Lo anterior muestra que los sistemas de neurotransmisores involucran células y estructuras no cerebrales, que también participan en la conducta.

Se disponen de pocos datos sobre la posible implicación del sistema de la dopamina en el control de la agresión dirigida hacia sí mismo y los estudios en cadáveres han proporcionado resultados controversiales. Algunos han referido aumento en las concentraciones de sus metabolitos de la dopamina en el hipocampo, pero no en la corteza cerebral (Cross et al., 1983). En otros estudios se encontró aumento de las concentraciones del metabolito en la corteza frontal de individuos fallecidos por suicidio comparados con personas que murieron debido a enfermedad crónica (Ohmori, Arora, & Meltzer, 1992). Y otros estudios no encontraron alguna diferencia en la concentración del metabolito en el nivel de la corteza cerebral (Beskow et al., 1976). También se ha estudiado la dopamina en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de los pacientes suicidas, se encontró bajos niveles de su metabolito en pacientes deprimidos con antecedentes de intento de suicidio comparado con controles (Beskow et al., 1976). En 1992, se propuso una implicación de la función de los receptores de dopamina en la expresión de la conducta suicida, ya que se produjo una menor respuesta de la hormona del crecimiento (HC) a la apomorfina, un agonista dopaminérgico, en pacientes deprimidos con antecedentes de intento de suicidio en comparación con pacientes que no habían intentado quitarse la vida. Sin embargo, esta medida del deterioro de la actividad de la dopamina en los pacientes deprimidos podría estar

relacionada con el desarrollo de depresión o con algunos de los síntomas, en particular el retardo motor o enlentecimiento (Pitchot & Ansseau, 2002).

El sistema noradrenérgico, tiene como mediadores a la noradrenalina y la adrenalina. Los núcleos noradrenérgicos más importantes se localizan en el tronco del encéfalo, en concreto en el locus coeruleus. Se reconocen dos grupos de receptores noradrenérgicos con varios subtipos: α ($\alpha 1a-c$, $\alpha 2a-c$, $\alpha 3$) y β ($\beta 1-3$) Estas neuronas proyectan vías hacia la corteza frontal, el sistema límbico, el tálamo e hipotálamo. Existen algunos estudios que sugieren que la noradrenalina está relacionada la ideación suicida y la depresión endógena.

La serotonina

La serotonina (5-hidroxitriptamina o 5-HT) se asocia a la fisiopatología de un sinnúmero de trastornos psiquiátricos. Las neuronas que contienen serotonina en el sistema nervioso central tienen su mayor concentración en la línea media de la protuberancia y el bulbo, especialmente en los núcleos dorsal y medial del rafe y, en menor medida, en el locus coeruleus, área postrema e interpeduncular de donde emergen proyecciones caudales y ventrales. Se han descrito siete tipos de receptores -1 al 7- a nivel pre y postsináptico, cada uno de ellos con varios subtipos. La serotonina es producida a nivel central en los núcleos localizados en el tallo cerebral y a nivel periférico en las células enterocromafines intestinales. El precursor primario es el L-triptófano obtenido a través de la dieta que por medio de un aminoácido transportador ingresa a la neurona, donde luego de una hidroxilación y una descarboxilación es convertido en serotonina, que es almacenada en vesículas para su posterior liberación a la hendidura sináptica. Una vez allí, la 5-HT puede o ser recapturada a través de los autorreceptores presinápticos para ser nuevamente

almacenada o ser degradada por la monoaminooxidasa (MAO) y convertida en el ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA).

El neurotransmisor serotonina ejerce sus efectos fisiológicos a través de diversos receptores los cuales regulan una gran variedad de vías de señales de transducción. Los primeros receptores de serotonina fueron identificados fuera del sistema nervioso central. Fue hasta los años de 1970 que los sitios de unión fueron identificados en el cerebro. Se han clonado quince genes que codifican receptores 5-HT en cerebro de mamíferos. De esos quince la mayoría son receptores acoplados a proteínas G (GPCRs), con siete dominios transmembranales. Estos receptores pueden ser categorizados en cuatro grupos de acuerdo a su sistema de segundos mensajeros: el receptor 5-HT₁ acoplado a proteínas Gi/Go (5-HT_{1A}, 5-HT_{1B}, 5-HT_{1D}, 5-HT_{1E}, 5-HT_{1F}); Los receptores 5-HT₂ acoplados a proteínas Gq (5-HT_{2A}, 5-HT_{2B}, 5-HT_{2C}); los receptores 5-HT₄, 5-HT₆, y 5-HT₇ acoplados a proteínas Gs; y los receptores 5-HT₅ (5-HT_{5A} y 5-HT_{5B}), los cuales sus segundos mensajeros aún no totalmente esclarecidos.

La enzima MAO es la encargada de degradar a la serotonina. En un estudio realizado por Hung *et al.*, (2012) se propone una posible contribución del gen de la monoamina oxidasa (MAO-A) en suicidas depresivos. Los resultados encontrados fueron muy interesantes ya que se pudo establecer una asociación entre un gen relacionado con actividad alta de la MAO-A y los suicidios de hombres deprimidos, lo que sugiere que la mayor degradación de la serotonina puede predisponer al desarrollo de depresión y de ahí a la conducta suicida o suicidio.

El transportador de serotonina, también llamado SERT por sus siglas en inglés, es una proteína clave del sistema serotoninérgico, ya que regula la disponibilidad de la 5HT en las sinapsis. Se trata de una proteína encargada de su reintroducción desde el espacio intersináptico al interior de la neurona presináptica. El SERT pertenece al grupo de transportadores neuronales de membrana de sustrato específico Na^+/Cl^- —dependiente, perteneciente a la familia de genes *SLC6*. Al recapturar 5-HT, y así regular la magnitud y alcance de las respuestas al neurotransmisor, el SERT participa en el ajuste fino de las sinapsis serotoninérgicas cerebrales, así como en sus acciones periféricas. Interesantemente, la mayor expresión de SERT se encuentra en regiones corticales y límbicas implicadas en comportamiento y estados emocionales, por lo que el funcionamiento correcto de este transportador es importante en la conducta (Guillén, Contreras & Barrientos-Salcedo, 2019). Polimorfismos del gen *SLC6A4* del transportador SERT en individuos con suicidio consumado. *Revista Mexicana de Medicina Forense y Ciencias de la Salud*, 3(1), 27-39).

El gen que codifica el transportador de serotonina (5-HTT), se conoce como *SLC6A4*, se localiza en el cromosoma 17 (17q11.2-17q112) y ocupa 31 Kb de ADN genómico y contiene 14 exones. La secuencia de su transcrito predice una proteína de 630 aminoácidos contiene doce dominios transmembranales. En este gen se han descrito dos polimorfismos frecuentes: el polimorfismo 5-HTTLPR localizado en la región promotora y el polimorfismo VNTR (*variable number of tandem repeat*) en el intrón 2. El primer reporte de un polimorfismo en la región 5' de *SLC6A4* fue descrita el año 1996 y está compuesto por 16 elementos repetitivos, los autores denominaron a este polimorfismo como la “región polimórfica asociada al transportador de serotonina

(5-HT *Transporter-Linked Polymorphic Region*, 5-HTTLPR) y consiste de una inserción de 44 bp (long, L) o su eliminación (short, S) dentro de una serie de elementos repetitivos localizados ~1kb río arriba del sitio de inicio de transcripción. Los alelos L y S del 5-HTTLPR tienen distintas eficiencias transcripcionales, siendo los alelos S comparativamente menos eficaces que los alelos L para recapturar la serotonina. Los mismos autores (Daray *et al*, (2018.)) reportaron que el alelo S del 5-HTTLPR estaba asociado con rasgos de personalidad relacionados a ansiedad y depresión, produciendo un avance importantísimo en el área de la genética psiquiátrica.

Ya se ha demostrado que el 5-HTTLPR afecta la expresión de SERT por diversas metodologías, incluyendo experimentos con genes reporteros, el uso de radioligandos de SERT en linfoblastos, plaquetas y tejido cerebral post mortem, mediciones cronoamperométricas de 5-HT extracelular, así como también con estudios de imagenología en humanos mediante hibridaciones in situ y se ha postulado que la presencia del alelo S determinaría la reducción del nivel de actividad del transportador 5-HTT y una hipofunción serotoninérgica.

En diferentes estudios clínicos se ha observado una relación entre la presencia del alelo S y síntomas asociados a una disfunción serotoninérgica: mayor predisposición a la ansiedad, neuroticismo, impulsividad, agresividad y síntomas depresivos. Hay publicaciones que mencionan que el polimorfismo homocigoto al alelo L presenta una mayor actividad transcripcional del transportador de serotonina que los genotipos con uno o dos alelos S. Con respecto al efecto de los fármacos estas diferentes formas del transportador modifican las respuestas. Por ejemplo, se ha visto que los fármacos Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (IRSS), bloquean la acción del transportador de serotonina y son empleados en el tratamiento

de la depresión y otros desórdenes neuropsiquiátricos tiene una respuesta diferente. Mientras que los individuos homocigotos para el alelo largo (L/L) pueden demostrar respuesta a la terapéutica con IRSS en tres o cuatro semanas, individuos portadores del alelo corto (L/S o S/S) pueden responder a la terapia más lentamente, observándose una demora en la respuesta al tratamiento de hasta doce semanas, es decir, el efecto antidepresivo tarda más en presentarse. Por otra parte, las personas que presentan el alelo corto y tienen una expresión disminuida de la proteína transportadora en la membrana neuronal y cuando se enfrentan a eventos estresantes tiene una peor respuesta conductual (Moya, 2014).

Se ha reportado que las neuronas de personas homocigotas L/L presentan hasta 200 % más recaptura de serotonina que los heterocigotos L/S o los homocigotos S/S. Como ya se ha menciona se ha establecido la asociación del alelo S de este polimorfismo en desordenes como la ansiedad, depresión y conducta suicida. Un reciente Metaanálisis que analizó 44 estudios reportó que portadores del alelo corto de este polimorfismo presentan mayor riesgo de conducta suicida (Lagos et al.,2024).

Resultados preliminares de un estudio realizado en Argentina (Sarmiento et al., 2019), aportó los siguientes resultados: El alelo L estaría asociado a psicosis y agresión y el alelo S a comportamiento suicida, depresión y desórdenes bipolares. El riesgo de conducta suicida, y particularmente de intentos de suicidio repetidos y con mortalidad elevada fue asociado en parte de los polimorfismos del transportador de serotonina (5-HTTLPR) en una muestra de 120 pacientes varones con adicción al alcohol En esta muestra, la presencia del alelo S distinguía cualitativamente a los pacientes con o sin intentos de suicidio y correlacionaba cuantitativamente con el número y la gravedad

de los intentos de suicidio. Aunque la relación entre la disfunción serotoninérgica, detectada en este estudio mediante el polimorfismo genético del transportador de serotonina y el riesgo de intentos de suicidio es compleja y puede tener explicaciones diferentes, ya que eran pacientes alcohólicos.

El efecto del polimorfismo del transportador de serotonina puede aumentar el riesgo de intentos suicidas de manera relativamente independiente del diagnóstico de dependencia del alcohol, una posibilidad sustentada en la asociación de la presencia del alelo “s” y los intentos suicidas en diversas poblaciones, como pacientes con trastorno maniaco-depresivo o con trastornos adictivos y otras alteraciones psiquiátricas diversas. En otro estudio se investigó el efecto del polimorfismo A218C que corresponde a la enzima triptófano hidroxilasa, revelaron parece intervenir en el suicidio violento y en los intentos de suicidio (Antypa, Serretti, & Rujescu, 2013).

Ghasemi *et al.*, (2018) reportaron que el polimorfismo 5HTTLPR, sumado a la influencia de acontecimientos estresantes de la vida aumentaba el desarrollo de depresión mayor; las personas con 1 o 2 copias del alelo corto S del polimorfismo 5HTTLPR, exhibieron más síntomas depresivos, depresión diagnosticable y las tendencias suicidas en relación con los eventos estresantes de la vida que los individuos homocigotos con el alelo largo L.

Cinthia Roche, coautora del capítulo, en su tesis de Maestría en Ciencias de la Salud, de la Universidad Autónoma de Yucatán, con personas yucatecas fallecidas por suicidio, entre los años 2012 y 2014, evaluó en muestras forenses la presencia del alelo S del polimorfismo de la región promotora del transportador de serotonina. También se recolectaron otros datos sociodemográficos

a partir de entrevistas a los familiares, INEGI tiene información valiosa que a continuación describiremos.

Al igual que lo reportado por la OMS en la población yucateca la frecuencia más alta de suicidio se presentó entre personas entre 15 y 29 (INEGI, 2023). Esto es interesante, porque en otras poblaciones han encontrado incremento del suicidio en adolescentes e incluso en niños, mientras que otros países reportan los adultos mayores son el principal grupo etario (Beghi, et al., 2021).

En lo que respecta al sexo del suicida, en Yucatán hubo una relación hombre: mujer de 4:1, similar a lo reportado por diversos estudios que, si bien la proporción varía según algunas poblaciones, la frecuencia es siempre mayor en los hombres. Parece que eligen métodos más efectivos para consumar el suicidio a diferencia de las mujeres, quienes presentan una frecuencia más alta de intentos suicidas porque quizá eligen métodos menos violentos y consuma el suicidio con menor frecuencia, en comparación con los hombres. Solamente en países asiáticos las mujeres superan a los hombres en prevalencia de suicidio especialmente en adolescentes de 15 a 19 y las mayores de 55 años.

En Yucatán la prevalencia de suicidio se concentra en adultos jóvenes parece disminuir con la edad. Los adolescentes y niños tienen frecuencias relativamente bajas de suicidio por lo cual se debe reforzar las medidas preventivas para evitar su incremento en estos grupos etarios. Según Cinthia Roche (2014) la mayoría de los suicidios se produce en municipios del estado y zonas suburbanas. En las zonas agrícolas donde la agricultura y la caza son actividades comunes, la presencia y acceso de pesticidas y armas podrían ser un factor de

riesgo para cometer el suicidio, sin embargo, el método suicida más empleado fue el ahorcamiento en un 88 o 89 % de los casos.

Como segundo método suicida está la intoxicación o envenenamiento (12 %), este método fue más frecuente en mujeres. El disparo por armas de fuego solo ocurrió en hombres (6 %). Con esto podemos decir que en el método suicida más utilizado en Yucatán fue el ahorcamiento. Es probable que este método sea el más usado por ser de fácil acceso al instrumento elegido para cometer el acto suicida. En Yucatán las hamacas, que son los muebles preferidos para dormir por el clima, es común que en cada cuarto exista un soga o cuerda para colgar, lo mismo que en las paredes existen aditamentos resistentes para colgar o enganchar la hamaca, esto podría facilitar el ahorcamiento, pero también pueden cualquier prenda de vestir (blusas, pantalones, ropa interior, sábanas, cordones para zapatos, etc.).

Ninguna mujer yucateca se había suicidado con arma de fuego, es probable que los roles de géneros tengan alguna implicación; un disparo es mucho más violento que un envenenamiento, además en una sociedad machista son los hombres que usan armas. La posesión de las armas puede ser un factor determinante como el método suicida. En USA la posesión de armas no está regulada y ha sido motivo de debate por los asesinatos múltiples que han ocurrido en épocas recientes y que muchas veces han terminado con el suicidio del agresor. En México y en Yucatán la situación es diferente, ya que para portar un arma se deben cumplir las normas que el gobierno federal, a través de la Secretaría de la Defensa Nacional, según lo relativo al apartado de armas de fuego y explosivos; sin embargo, por usos y costumbres muchos habitantes de zonas rurales de Yucatán tienen armas no registradas que usan para la caza y que pudieran servir como herramienta suicida.

En algunas sociedades la presencia de pareja sentimental es un factor protector del suicidio. En Yucatán el 56 % eran personas casadas, o con pareja (novios, o en unión libre) y 46 % sin pareja o solteros; sin embargo, se encontró que la mayoría de las mujeres suicidas eran solteras, a diferencia de los hombres que eran casados, lo que parece que en los hombres el matrimonio no está ejerciendo un factor protector como se podría suponer o como otros autores mencionan, por el contrario quizás tenían conflictos matrimoniales que pudieran ser un factor detonante de la conducta suicida, por lo que sería interesante realizar estudios sobre la situación familiar y sentimental de los pacientes fallecidos.

Con respecto a la situación laboral, 87 % tenía empleo “por su cuenta” como albañilería, plomería o empleados de alguna institución privada o pública y un 13 % estaba desempleado. En algunos países europeos, el 58 % de los suicidas estaban en situación de desempleo. Aunque quizá el tener empleo no sea una variable suficiente para evaluar la situación económica, quizá el ingreso o remuneración, así como las condiciones laborales sean más “estresantes”, especialmente aquellas personas que tienen oficios o trabajos informales que no pueden tener seguridad de su ingreso.

Algunos autores mencionan la baja escolaridad o bajo nivel educativo como una variable relacionada con la conducta suicida. Debido a esto, investigamos en nuestra población de estudio, la mitad de los suicidas tenía al menos el nivel escolar de primaria tanto en hombres como en mujeres; sin embargo, el INEGI (2023) menciona que es el nivel de secundaria el más frecuente en suicidas mexicanos. Podemos decir que las personas yucatecas que cometieron suicidio tenían menor nivel educativo básico, hecho que quizá pudiera influir en los recursos para desarrollar resiliencia.

Aunque diversos autores que las zonas urbanas son los sitios donde se cometen más de la mitad de los suicidios, en Yucatán en las áreas rurales se presentó la más alta frecuencia de suicidios (55 %); mientras que, el 61 % de los hombres eran residentes de zonas rurales y el 70 % de las mujeres habitan regiones urbanas. Los reportes de suicidio muestran diferencias entre el suicidio en zonas rurales y urbanas, aunque no hay un consenso.

El enfoque principal de este capítulo es la diátesis del suicidio, sostenemos que los factores de tipo neurobiológico son relevantes para la conducta suicida, en particular la disfunción del sistema serotoninérgico con relación al polimorfismo 5HTTLPR del gen SLC6A4 caracterizado por una inserción/delección de 44 pares de bases y permiten la caracterización de alelos largos (alelos L) y alelos cortos (alelo S). En donde alelo L tiene una mayor actividad transcripcional de la proteína transportadora y en la receptación del neurotransmisor y por lo tanto la terminación de su efecto. El alelo L según algunos estudios podría estar relacionado con la psicosis y agresión; el alelo S con el comportamiento suicida, depresión y desórdenes bipolares. Sin embargo, en población latina son pocos los estudios que evalúen el papel de los genes en la conducta.

En población yucateca fallecida por suicidio el alelo más frecuente fue el alelo "S" (65 %), este mismo alelo en personas fallecidas por otras causas violentas también es el más frecuente (64.5 %); en algunas poblaciones estas frecuencias son diferentes, por ejemplo, en poblaciones europeas de suicidas el alelo S fue el más frecuente, pero en poblaciones chinas fue más frecuente el alelo L. En cuanto al genotipo, en yucatecos que fallecieron por suicidio, el más frecuente fue el "SS" (46 %), seguido por el heterocigoto "SL" (38 %) y el menos frecuente el "LL" (16). Sin embargo, para las poblaciones

de franceses, canadienses húngaros, suecos, alemanes, españoles, Europa del Este y estadounidenses caucásicos suicidas el genotipo más frecuente era el “LL”. La población yucateca estudiada presentó el alelo “S” con más frecuencia tal y como sucede en diversas poblaciones asiáticas, lo que nos lleva a suponer que hay una cercanía genética poblacional.

Según la tesis de Cinthia Roche (2014) no se encontró asociación entre el polimorfismo 5 HTTLPR y el suicidio en Yucatecos, pero algunos autores han encontrado que los genotipos “SL” y “SS” sí tiene asociación con el suicidio en poblaciones caucásicas.

Como se mencionó previamente, el suicidio es un evento multifactorial y otro factor que tiene un papel importante en la etiología del suicidio y relacionados con el polimorfismo 5HTTLPR, es la depresión mayor. Diferentes estudios han descrito la relación entre la presencia del alelo S con la presencia de rasgos de depresión mayor, melancolía y suicidio. Otras investigaciones refieren que es otra la variante alélica la relacionada con la conducta suicida. En el estudio forense no es posible la identificación del trastorno depresivo y posterior asociación con el suicidio y los genes. En conclusión, el “alelo S” es el más frecuente en personas fallecidas por suicidio y otras causas violentas, datos similares a lo reportado en poblaciones de americanos, chinos y coreanos, por el contrario, en poblaciones españolas, caucásicas y afroamericanas fue *más frecuente el “alelo L”*. Por lo que se recomienda continuar futuras investigaciones que evalúen la asociación del trastorno de depresivo con el polimorfismo 5HTTLPR con el suicido en las diferentes poblaciones humanas.

Es muy común que las personas fallecidas por suicidio tengan antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas como alcohol, tabaco y drogas ilegales e incluso su nivel de adicción a dichas sustancias. De hecho, es frecuente que al momento del suicidio se encuentren intoxicadas; por lo que se han realizado diferentes estudios sobre la relación del consumo de drogas con el suicidio y su implicación con los neurotransmisores cerebrales.

En el estudio realizado en yucatecos suicidas no se encontró asociación entre el polimorfismo 5HTLPRL y consumo de drogas y alcohol al momento del fallecimiento. En contraste, reportes en población alemana con dependencia al alcohol y tentativa suicida, encontraron asociación con el alelo “S”. En otro estudio realizado en cadáveres de una población alemana con dependencia al alcohol y cocaína el genotipo de mayor frecuencia fue el “LL” (Bondy, Buettner, & Zill, 2006). Posiblemente estas diferencias genéticas puedan ser explicadas por las diferencias en los efectos de la sustancia consumidaraque, ya que el alcohol es un depresor del sistema nervioso mientras que la cocaína es un estimulante.

Otros investigadores se han enfocado en evidenciar la importancia del polimorfismo del transportador de serotonina en desarrollo de consumo de alcohol en nivel de dependencia o alcoholismo y han determinado que la presencia del alelo S también es el más frecuente en poblaciones México-americanos, alemanes africanos, americanos y japoneses. Sin embargo, en otras poblaciones ha sido el alelo “L” el relacionado con la dependencia al alcohol. Interesantemente es que se ha encontrado que las terapias de rehabilitación de personas con adicción al alcohol y cocaína responden mejor con el genotipo “LL” que las personas “SS”, algo muy similar a lo que ocurre con la respuesta a los fármacos antidepresivos. En yucatecos fallecidos por

suicidas, aquellos en los que se encontraron niveles de alcohol en sangre, la mayoría tenían el genotipo LL, aunque no fue estadísticamente significativa la asociación entre el genotipo y el alcoholismo; tampoco se encontraron asociaciones entre el polimorfismo del transportador de serotonina con otras drogas como cannabis, cocaína y benzodiacepinas (Thompson, 2016).

El consenso científico y de expertos en suicidio concluyen que es una conducta de causa multifactorial y los genes tienen un papel importante; lo más lógico es que sean varios genes que puedan predisponer a la conducta suicida y no solo uno. La otra parte es ambiental, entendiendo como tal la familia, sociedad, religión, ocupación, cultura, etc. de los cuales se ha evidenciado que algunos factores llamados eventos estresantes están asociados con depresión y, de forma indirecta, con el suicidio.

De los 100 pacientes yucatecos incluidos en la tesis de Cinthia Roche, solo se pudo realizar la encuesta de eventos estresantes del occiso en 42 casos; la entrevista se realizó a algún familiar o persona cercana al fallecido, sin embargo, la mayoría de los deudos no aceptaron contestar, a pesar de acudir al domicilio donde ocurrió el evento, en varios casos se encontró abandonado o no se encontró ningún responsable, lo que puede estar significando que el suicidio es un estigma para la familia y los amigos.

En los casos donde sí se pudo obtener información, los fallecidos por suicidio con alelo S presentaron, en promedio, 14 eventos estresantes en comparación con los pacientes con alelos L que tenían 9 eventos, desde luego no es que el polimorfismo sea la causa de evento estresante, pero la respuesta neurológica ante un evento externo pueda no ser manejada adecuadamente y predisponga al suicidio. En yucatecos con el genotipo LL

los principales eventos fueron discusiones familiares, problemas legales y presencia de heridas; en personas con genotipo SL refirieron separación de la pareja, discusiones familiares y violencia física y, finalmente, en personas con genotipo SS, problemas con amigos o vecinos, discusión familiar y separación de la pareja. Entonces, podemos notar que las discusiones familiares y separación de la pareja no solo fueron frecuentes, sino comunes en la mayoría de los suicidas, por lo que pudieran representar un detonante del desenlace fatal. Es importante mencionar que estudios describen que la presencia del genotipo “SS” eran más propensos a desarrollar depresión posterior a eventos estresantes a diferencia de los que presentaron el alelo “L”. En individuos caucásicos de origen europeo, con trastorno de depresión y que sufrieron eventos estresantes en la infancia, se encontró la presencia del alelo “S”, por lo que parece que aumentaba la sensibilidad al estrés; lo mismo ha ocurrido con otras poblaciones orientales lo presencia del alelo S aunado a eventos estresantes y traumáticos producían depresión (Caspi et al., 2003).

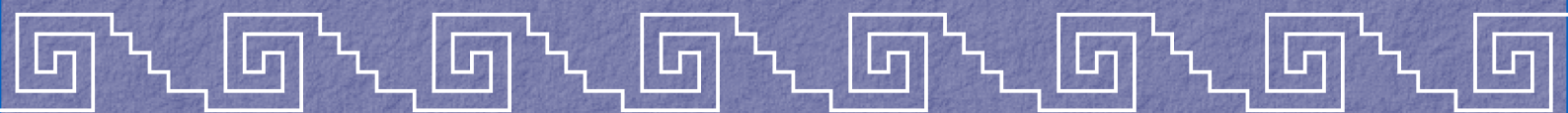
En conclusión, uno de los sistemas implicados en la conducta suicida es el sistema serotoninérgico. Este sistema incluye al neurotransmisor la serotonina, sus receptores pre y postsinápticos, los transportadores que recapturan el neurotransmisor y las sustancias que protegen o degradan al neurotransmisor. Sin embargo, la mayoría de estas moléculas biológicas son polipéptidos cuya codificación se encuentra en los genes. Por lo tanto, si el gen tiene una mutación o variación funcional es lógico pensar que su función también será diferente. En este caso el polimorfismo del transportador de serotonina 5HTLPR, modifica la función del transportador de serotonina y, en consecuencia, la recaptura del neurotransmisor, lo que modifica la respuesta conductual.

La evidencia indica que tiene implicaciones en conductas adictivas como al alcohol y posiblemente en otras drogas, así como la susceptibilidad al desarrollo de depresión, en especial después de eventos estresante, lo que en conjunto puede incrementar el riesgo de suicidio. Por todo lo anterior no solo es interesante, sino necesario continuar los estudios que permitan aportar mayores datos sobre la implicación de la serotonina en la conducta suicida y proponer algunas medidas preventivas que permitan reducir la prevalencia e incidencia de la conducta y en especial la mortalidad por suicidio.

Conclusiones

A lo largo del capítulo hemos mostrado cómo el sistema nervioso central controla las funciones del ser humano a través de neurotransmisores, neuromoduladores y neurohormonas. La conducta suicida también puede ser modificada por estos mismos neurotransmisores. Los estudios han demostrado que los niveles de serotonina están disminuidos en el líquido cefalorraquídeo de individuos con intentos violentos de suicidio, evidencia de que la serotonina tiene un papel relevante en la patogénesis del suicidio. Además, los estudios post mortem del tejido cerebral de personas suicidas han identificado cambios en la densidad de los receptores de serotonina y del transportador de serotonina en ciertas regiones cerebrales, lo que sugiere una baja disponibilidad de serotonina. En un estudio post mortem de 100 suicidas yucatecos, encontramos que la presencia de alelo S y del genotipo SS fue el más frecuente, sin diferencia por edad o sexo. El genotipo LL fue el menos frecuente en población yucateca fallecida por suicidio. La presencia de alelo S y del genotipo SS no solo ha sido implicada en la conducta suicida, sino con otras alteraciones conductuales como la impulsividad, agresión,

violencia, depresión, que de forma interdependiente podría incrementar el riesgo suicida en la población yucateca. La presencia del alelo S también ha sido documentada en poblaciones con altos índices de suicidio, sin embargo, se requiere de más estudios que incluyan los otros componentes del sistema serotoninérgico y de otros neurotransmisores, así como de un análisis multivariado que incluya otros factores ambientales y emocionales de la persona, a fin de proporcionar una explicación más contundente de la neurobiología del suicidio.



CAPÍTULO 4.

PERSPECTIVAS CULTURALES SOBRE EL SUICIDIO: RIESGOS, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Damaris Francis Estrella Castillo

Cuerpo Académico de Salud Pública – Universidad Autónoma de Yucatán

Orlando Josué Casares Contreras

Centro INAH Yucatán

Resumen

En este capítulo abordamos el tema del suicidio en diferentes culturas, destacamos la importancia de explorar las perspectivas culturales del suicidio y cómo estas pueden influir en las actitudes hacia él, así como en las tasas de suicidio en diferentes personas. Aquí examinamos los factores culturales de riesgo y protección, las

estrategias preventivas del suicidio, las narrativas culturales, su relación con la comprensión y prevención del suicidio, junto con los enfoques terapéuticos y culturales empleados para su tratamiento. Es fundamental considerar cómo estos aspectos pueden ser adaptados para ser culturalmente apropiados y efectivos en diferentes personas.

Palabras clave: Suicidio, cultura, representaciones sociales.

Introducción

“Prevenir el suicidio: Un imperativo mundial” es un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2014, que aborda el problema global del suicidio y proporciona información detallada sobre cómo prevenirlo, el documento también examina el suicidio a nivel mundial y proporciona recomendaciones para su prevención. El informe destaca la importancia de considerar los factores culturales en la prevención del suicidio y señala que los factores de riesgo y protección pueden variar según la cultura y el contexto.

Lo ratifica proporcionando marcos de acción como el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030. También publica informes como Prevención del suicidio: Un imperativo global y promueve el Día Mundial para la Prevención del Suicidio cada 10 de septiembre (OMS, 2021).

Estos informes destaca la gravedad del problema del suicidio en el mundo. Según la OMS, cada año mueren aproximadamente 800,000 personas por suicidio, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos. Los informes señalan que el suicidio es una de las principales causas de muerte en todo el mundo, especialmente entre jóvenes y adultos jóvenes. También abordan los factores de riesgo del suicidio, como los trastornos mentales, el abuso de

sustancias y el estrés. También se discuten los factores de protección, como el acceso a la atención médica y el apoyo social.

Los informes resaltan la importancia de la prevención y ofrecen recomendaciones específicas para reducir esta problemática. Estas incluyen mejorar el acceso a la atención médica y servicios de salud mental, promover la conciencia y disminuir el estigma relacionado con los trastornos mentales, fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para identificar y atender a las personas en riesgo, así como mejorar la recopilación de datos sobre intentos relacionados. Además, enfatizan la prevención en diversos grupos poblacionales, como jóvenes, personas mayores, población LGBT y trabajadores de la salud, detallando estrategias específicas para cada uno.

En general, cada uno de los informes sobre suicidio son una fuente importante de información sobre el problema y las medidas que se pueden tomar para prevenirlo, es decir, proporcionan recomendaciones detalladas para gobiernos, organizaciones no gubernamentales, profesionales de la salud y la sociedad en general sobre cómo abordar el problema del suicidio y trabajar juntos para prevenirlo.

En el mismo sentido, según el National Institute of Mental Health (NIMH, 2023), el suicidio es la décima causa principal de muerte en los Estados Unidos. Sin embargo, las tasas de suicidio varían significativamente entre diferentes grupos étnicos y culturales. Según un informe del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), las personas de origen hispano tienen la tasa de suicidio más baja en comparación con otros grupos étnicos en los Estados Unidos. Por otro lado, las personas nativas americanas y de Alaska tienen las tasas de suicidio más altas.

Las temáticas relevantes en este apartado son las siguientes:

- 1) *Perspectivas culturales y narrativas del suicidio*: Diferentes culturas tienen perspectivas únicas sobre el suicidio. Algunas culturas lo pueden considerar como un acto honorable, mientras que otras lo ven como un pecado o un tabú. Es importante explorar cómo las culturas influyen en las actitudes hacia el suicidio y cómo se relacionan estas actitudes con las tasas de suicidio en diferentes comunidades.
- 2) *Factores culturales de riesgo y protección*: Algunas culturas pueden tener factores de riesgo o protección específicos para el suicidio. Por ejemplo, en algunas culturas, la presión social para tener éxito puede ser un factor de riesgo, mientras que en otras la religión puede actuar como un factor de protección. Es importante analizar estos factores culturales y cómo pueden afectar el riesgo de suicidio en diferentes comunidades.
- 3) *Estrategias adaptadas culturalmente de prevención*: La prevención, especialmente en el contexto del suicidio o cualquier otro aspecto de la salud mental, puede ser considerada algo cultural debido a las siguientes razones: Creencias y valores culturales. Cada cultura tiene su propio conjunto de creencias, valores, normas y prácticas que influyen en cómo se perciben y abordan los problemas de salud mental, incluido el suicidio. Estas creencias y valores pueden influir en si se busca ayuda, cómo se define el problema y qué métodos de prevención se consideran aceptables o efectivos.

En el mismo sentido, el enfoque comunitario frente al individualista en la prevención del suicidio puede variar significativamente entre culturas. Mientras que en algunos contextos se privilegia la intervención comunitaria y el apoyo social como herramientas esenciales, en otros predomina un abordaje más individualista, centrado en la terapia personal o en tratamientos clínicos.

Estas diferencias reflejan no solo valores culturales, sino también formas específicas de concebir y abordar la salud mental dentro de cada sociedad.

En cuanto a la estigmatización y reconocimiento, la forma en que se percibe y se habla sobre la salud mental, incluido el suicidio, varía entre culturas. En algunas culturas, puede haber un estigma significativo asociado con la enfermedad mental o el suicidio, lo que puede influir en cómo se abordan y previenen estos problemas. Referente a los recursos y acceso a la atención, las diferencias en la disponibilidad de recursos, incluidos los servicios de salud mental, también pueden influir en las estrategias de prevención culturalmente adaptadas. Algunas culturas pueden tener acceso limitado a servicios clínicos y, por lo tanto, depender más de las estrategias comunitarias o tradicionales. Por último, las prácticas tradicionales y culturales, en muchas culturas, existen prácticas tradicionales y rituales que se utilizan para abordar problemas de salud mental. Estas prácticas pueden variar desde ceremonias comunitarias hasta rituales individuales y pueden desempeñar un papel importante en la prevención y el tratamiento.

Por lo tanto, para que las estrategias de prevención sean efectivas, es crucial entender y respetar las diferencias culturales. Adaptar las estrategias de prevención al contexto cultural específico puede mejorar la aceptación, efectividad y relevancia de estas intervenciones para que sean culturalmente sensibles y apropiadas.

4) *Enfoques terapéuticos y culturales*: Los enfoques terapéuticos utilizados para tratar el suicidio pueden variar según la cultura. Algunas pueden utilizar prácticas tradicionales o espirituales para tratar el suicidio, mientras que otras pueden preferir terapias occidentales más convencionales. Es importante considerar cómo los enfoques terapéuticos pueden ser adaptados para ser culturalmente apropiados y efectivos en diferentes comunidades.

Al referirnos a culturas del pasado, es importante tener en cuenta que las interpretaciones se basan en las evidencias disponibles, las cuales son analizadas por especialistas en arqueología o historia. Estas interpretaciones constituyen la base para comprender los enfoques generales, incluidos los relacionados con las perspectivas terapéuticas que se podrían seguir. En el caso de los mayas, este análisis se profundiza en otro capítulo del libro.

Diferentes culturas tienen perspectivas únicas sobre el suicidio

El suicidio es un fenómeno complejo que puede ser influenciado por diversos factores, incluyendo los culturales, sociales, económicos y psicológicos (Klonsky, 2020). Se ha planteado la posibilidad de que también existan factores biológicos hereditarios, sin embargo, esta premisa debe ser tratada con precaución. Las perspectivas culturales del suicidio varían en todo el mundo, y es importante entender estas perspectivas para comprender cómo las actitudes culturales pueden afectar las tasas de suicidio en diferentes comunidades y en las mismas, en diferentes momentos de su historia.

En algunas culturas, el suicidio se considera un acto honorable. Por ejemplo, en la cultura japonesa, el suicidio ritualizado conocido como “seppuku” o “harakiri” se considera un acto de honor y dignidad (Villegas, 2022). En la India, la tradición de “sati” involucraba a las viudas que se quemaban vivas en la pira funeraria de sus esposos como una forma de mostrar devoción y lealtad. Sin embargo, estas prácticas han sido ampliamente criticadas y, en muchos casos, prohibidas por las autoridades gubernamentales de la nación referida (Santos, 2016).

Por otro lado, en otras culturas, el suicidio se considera un pecado o un tabú. En las culturas con núcleos judeocristianos o abrahámicos, el suicidio se considera un pecado mortal y, por lo tanto, una violación de los mandamientos de Dios. En la cultura islámica, el suicidio es un acto de desesperación y falta de fe en Dios y se prohíbe estrictamente en la mayoría de las interpretaciones de la religión.

Las actitudes culturales hacia el suicidio también pueden influir en las tasas de suicidio. Por ejemplo, los países con altas tasas de suicidio, como Japón y Corea del Sur, también tienen una larga historia de aceptación cultural como una forma de restaurar el honor o la dignidad. En contraste, los países con bajas tasas de suicidio, como Italia y Grecia, tienen una fuerte tradición católica/cristiana que condena el suicidio. Además, las perspectivas culturales sobre la salud mental también pueden influir en las actitudes hacia el suicidio. En ciertas culturas, los padecimientos mentales son percibidos como signos de debilidad o vergüenza lo que puede disuadir a las personas a buscar asistencia para sus problemas de salud mental. Esta actitud puede incrementar el riesgo de suicidio dentro de dichas comunidades (Alarcón, López, Marín, Carrasco & Riera, 2023).

En general, las perspectivas culturales del suicidio son variadas y complejas. Es importante entender cómo las actitudes culturales pueden influir en las tasas de suicidio en diferentes comunidades y cómo trabajar para prevenir el suicidio a nivel mundial (Lovero, Dos Santos, Come, Wainberg, & Oquendo, 2023), especialmente con abordajes que consideren sus peculiaridades culturales e históricas.

Es fundamental abordar el tema del suicidio desde una perspectiva cultural en México debido a que la comprensión y prevención de este fenómeno están intrínsecamente ligadas a las creencias, valores y prácticas culturales del país.

En México, tradiciones, costumbres y estructuras sociales desempeñan un papel significativo en cómo se percibe y se aborda el suicidio. Por ejemplo, la familia y la comunidad tienen un papel central en la vida de las personas y esto puede influir en cómo se entienden y manejan los problemas de salud mental. La idea de “la familia como pilar” puede tener implicaciones tanto positivas como negativas; mientras que puede proporcionar un fuerte sistema de apoyo, también puede llevar a la ocultación de problemas de salud mental debido al estigma asociado.

Además, existen diferentes percepciones sobre la salud mental y el suicidio en diversas regiones y grupos étnicos dentro de México. Las prácticas tradicionales, los rituales y las creencias pueden influir en las respuestas hacia el suicidio y en las estrategias de prevención. Por ejemplo, en algunas comunidades, los rituales y las ceremonias pueden ser fundamentales para abordar y procesar la pérdida debido al suicidio, mientras que, en otras, puede haber un silencio cultural que rodea al tema.

Por lo tanto, en México, en su abordaje es esencial considerar y respetar estas perspectivas culturales diversas. La prevención efectiva debe ser sensible y, además, reconocer y trabajar con las creencias, valores y prácticas únicas de cada comunidad y región. Esto implica colaborar estrechamente con líderes comunitarios, familias, organizaciones y profesionales de la salud para desarrollar intervenciones que sean culturalmente apropiadas y efectivas.

En el mismo sentido, existen diversas representaciones del suicidio en los estados que conforman el territorio mexicano, tanto en los medios de comunicación como en la literatura científica y en la cultura popular. A continuación, se presentan algunas referencias que describen estas representaciones.

1) *Medios de comunicación*: En México, los medios de comunicación han abordado el tema del suicidio de diversas maneras, desde notas informativas hasta reportajes especiales con diferencias que dependen de la región referida. Según un estudio realizado por Cuevas & Borjas, (2024) los principales temas que se tratan en los medios en relación con el suicidio son los factores de riesgo, estrategias de prevención y experiencias de las personas que han intentado suicidarse o que han perdido a alguien cercano por esta causa. Los autores señalan que la cobertura mediática del suicidio puede tener un impacto significativo en la percepción pública del problema y en las estrategias de prevención.

En Yucatán, existen trabajos que abordan históricamente las formas en las que se refieren al acto suicida que nos muestran una lamentable tradición cuando refieren a la cultura maya en tiempos de Porfirio Díaz, siendo el auge económico de las Haciendas el contexto temporal analizado, los titulares del periódico hacían referencia a “lo maya” con estereotipos basados en rezagos y marginación, asociado a la pelagra (llamados “pelagrosos”). Por otra parte, los pocos casos referidos de grupos de poder y élites locales se relataron como recursos de honorabilidad, romanticismo y gallardía (Canto 2012, 2017).

Esta misma tradición se viene repitiendo y ha estado documentada en los trabajos de Reyes – Foster en lo que denomina el periodismo rojo yucateco durante el período del 2005 al 2010, misma que, a partir de ciertos

imaginarios, acentúa la existencia de una predisposición cultural al suicidio, presentando a las víctimas como “otros”, dejando a un lado los matices sociales que los rodean (Reyes, 2013).

2) *Literatura científica*: En la literatura científica, se han abordado diversos aspectos del suicidio en México: prevalencia, factores de riesgo, barreras para la prevención y estrategias de intervención. Según un estudio realizado por Cuevas & Borjas, (2024), las representaciones del suicidio en la literatura científica mexicana se enfocan en gran medida en los factores sociodemográficos, psicológicos y familiares que pueden contribuir a la conducta suicida. Los autores señalan la importancia de seguir investigando este problema desde una perspectiva multidisciplinaria para mejorar la prevención y atención del suicidio en México.

3) *Cultura popular*: En la cultura popular mexicana, el suicidio ha sido abordado en diversas manifestaciones artísticas, como literatura, cine y música. Por ejemplo Stern y del Castillo (2007) analizaron la influencia de la música en jóvenes con tendencias suicidas, destacando cómo ciertos géneros musicales pueden actuar como un factor de riesgo o como un medio de expresión y afrontamiento.

Esto subraya la necesidad de considerar los contextos culturales y sociales en los que los jóvenes interactúan con la música, ya que estos factores pueden moldear la manera en que interpretan las letras y ritmos. Por ejemplo, en algunos casos, la música puede reforzar sentimientos de aislamiento o desesperanza, mientras que, en otros, puede ofrecer una forma de conexión emocional y catarsis. Stern y del Castillo (2007) enfatizan que los profesionales de la salud mental deben incorporar este análisis en sus

estrategias de intervención, reconociendo el papel dual de la música como un recurso terapéutico o un posible desencadenante.

Canto (2012) examinó las creencias y actitudes hacia el suicidio en los mayas yucatecos. La investigación se realizó mediante entrevistas a profundidad con 30 participantes en el estado de Yucatán, México. Los resultados del estudio indicaron que el suicidio es visto como un acto egoísta que puede traer deshonra y vergüenza a la familia del fallecido. Se sostiene la creencia de que aquellos que deciden quitarse la vida no podrán acceder a una vida después de la muerte y podrían recibir algún tipo de castigo en el más allá.

Los hallazgos del estudio tienen implicaciones importantes para la prevención del suicidio en la comunidad maya yucateca, ya que sugieren que es importante abordar los factores culturales y las creencias que rodean el suicidio para desarrollar intervenciones efectivas.

Conviene señalar que cuando se realizan interpretaciones culturales con pocos elementos y evidencias, también pueden existir mitos sobre las representaciones del suicidio. Por ejemplo, las figuras de Xtab o Xtabay, también conocida como Xtabentún o Xtabayob, es legendaria en la cultura yucateca de México. Se dice que se trata de una mujer hermosa y misteriosa que vaga por los caminos y selvas de la región y que atrae a los hombres con su belleza y encanto. En algunas versiones de la leyenda, se dice que la Xtabay (a veces Xtab) es una diosa del suicidio, que induce a los hombres a quitarse la vida. En otras versiones, se sostiene que es la deidad guía a los que mueren por ahorcamiento a un paraíso.

Sin embargo, es importante señalar que esta idea de la Xtab o Xtabay como una diosa del suicidio es un mito y no tiene sustento científico, siendo

producto de interpretaciones tempranas en la arqueología como lo hemos señalado en un estudio previo (Casares & Estrella, 2020). Por otro lado, la figura de la Xtabay es parte de la mitología y la tradición oral de la cultura yucateca, pero no existe ninguna evidencia que sugiera que la Xtabay sea una deidad o una fuerza sobrenatural real. Incluso Álvarez Méndez (2020) sugiere que pueda estarse aludiendo a la deidad de la caza del venado, conocida como *Tabay* (y que se representa con una cuerda en los pies/patas, a veces en el cuello) y con el tiempo, la poca comprensión de los frailes a las dualidades hombre/mujer de muchas deidades la presentaron con su parte femenina *Xtabay*.

En realidad, la leyenda de la Xtabay es una expresión de las inquietudes y los temores de la sociedad yucateca en torno a la sexualidad femenina y el peligro que representa para los hombres, que se comenzó a instrumentar durante la Colonia y la imposición de los valores del cristianismo. La Xtabay representa la idea de la mujer que es peligrosa y seductora, que puede tentar a los hombres y llevarlos a la perdición. Esta idea refleja las normas culturales y de género de la sociedad yucateca, que tradicionalmente han restringido la libertad y la autonomía de las mujeres.

En la actualidad, hay un esfuerzo por desmitificar la figura de Xtab como una diosa del suicidio y en su lugar se busca valorarla como una expresión de la cultura y la creatividad de la región. Algunos artistas y escritores han adoptado la figura de la Xtabay como un símbolo de la fuerza y la belleza de la mujer yucateca y han creado obras que reivindican su lugar en la historia y la cultura de la región.

Es así como la representación de la Xtabay como una diosa del suicidio es un mito que refleja las normas culturales y de género de la sociedad yucateca.

Es fundamental desmitificar esta interpretación y reconocer a la Xtabay como una expresión de la cultura y la creatividad de la región. En el capítulo 5 de este libro se analizan con mayor detalle las repercusiones de esta concepción en el tratamiento del suicidio, así como sus implicaciones deterministas y, en ciertos casos, discriminatorias para los mayas contemporáneos.

Es importante que la sociedad desafíe estos mitos e interpretaciones culturales y promueva una comprensión más compasiva y empática del suicidio y la salud mental. Esto puede incluir educar a las personas sobre los verdaderos riesgos y factores de riesgo del suicidio, fomentar conversaciones abiertas y honestas sobre la salud mental y el suicidio y alentar a las personas, si están experimentando pensamientos suicidas o problemas de salud mental, a buscar ayuda. Al abordar estos mitos culturales, podemos prevenir el suicidio y fomentar una sociedad más saludable y solidaria para todos.

Factores culturales de riesgo y protección

Se han realizado múltiples estudios para analizar los factores culturales que representan un riesgo o una protección con relación al suicidio. A continuación, se presentan algunas referencias relevantes condensadas.

El estudio de Van Orden et al. (2006) encontró que la percepción de ser una carga es un indicador significativo de síntomas suicidas, que ciertos factores, como la percepción de ser una carga para los seres queridos, son precursores de una alta ideación suicida. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la asociación entre la percepción de carga y variables clave relacionadas con el suicidio en 343 pacientes ambulatorios adultos de la Clínica de Psicología de la Universidad Estatal de Florida (187 mujeres y 156 hombres). Los participantes completaron la Escala de Beck para la Ideación Suicida,

el Inventario de Depresión de Beck, y cuestionarios sobre percepción de carga y desesperanza. Los resultados mostraron que la percepción de carga siguió siendo un predictor significativo de indicadores de suicidabilidad (como el historial de intentos y los puntajes en la escala de Beck) incluso más allá de uno de los predictores más consistentes, la desesperanza. Esto sugiere que tanto la percepción de carga como la desesperanza tienen poder predictivo en el comportamiento suicida, y que la percepción de carga podría considerarse un factor de riesgo resiliente. Por lo tanto, abordar esta percepción en la evaluación del comportamiento suicida podría mejorar los esfuerzos de tratamiento y prevención.

En general, el estudio sugiere que el fortalecimiento de las conexiones sociales y la promoción de eventos y experiencias que fomenten la unión pueden tener un impacto positivo en la prevención del suicidio.

Los autores concluyeron que los estados con mayor cohesión social (medida por el porcentaje de personas que se unen a organizaciones comunitarias) tenían tasas más bajas de suicidio. Los autores argumentan que la cohesión social puede actuar como un factor de protección contra el suicidio en la cultura estadounidense. Esto es un aspecto que tomar en cuenta, ya que puede servir para considerar factores socioeconómicos similares entre grupos humanos con una mayor incidencia al suicidio, en una aparente igualdad de circunstancias, como la pobreza extrema.

Por su parte, Kral (2012) examinó la relación entre el colonialismo y el aumento de las tasas de suicidio entre los inuit del Ártico canadiense. El estudio se basó en la teoría postcolonial, que sostiene que el colonialismo y la opresión histórica tienen efectos continuos y duraderos sobre las culturas

y las personas colonizadas. Para llevar a cabo el estudio, Kral realizó entrevistas en profundidad con personas de la comunidad inuit en el norte de Quebec, Canadá, que habían experimentado el suicidio de un ser querido. También realizó un análisis de la literatura sobre el tema y utilizó enfoques teóricos y metodológicos de la antropología médica y psicología.

Los resultados del estudio mostraron que la opresión histórica, la pérdida cultural, marginación social y la violencia fueron factores que contribuyeron al aumento de las tasas de suicidio entre los inuit. Además, el estudio destacó la importancia del autodeterminación, la revitalización cultural y la atención médica adecuada y culturalmente sensible en la prevención del suicidio.

En general, el estudio de Kral proporciona una visión importante sobre la relación entre el colonialismo y la salud mental en las comunidades indígenas y destaca la necesidad de un enfoque holístico y culturalmente sensible en la prevención del suicidio.

Este artículo también examina las causas del suicidio en la comunidad inuit en Canadá, incluyendo factores culturales como el legado del colonialismo y la pérdida de la cultura tradicional. La autora argumenta que la comprensión del suicidio debe tener en cuenta los factores culturales y la historia colonial y, aboga por un enfoque culturalmente sensible en la prevención del suicidio.

En el caso del territorio yucateco, no solo se habían señalado las diferencias en las referencias de la prensa y el imaginario social durante el porfiriato, sino que, en la actualidad, Ramírez (2020) ha hecho hincapié en que el no considerar las heridas causadas por el colonialismo entre los grupos mayas es una forma sutil de violencia simbólica hacia ellos, pues algunos trabajos suelen buscar desde el determinismo biológico, algún gen

ancestral que explique el suicidio tan elevado que existe, sin considerar los procesos histórico, políticos y de pérdida territorial entre los mayas.

El estudio exploró la relación entre la identidad cultural y la ideación suicida en estudiantes universitarios asiáticoamericanos y blancos. El objetivo principal fue examinar si la identidad cultural se relaciona con la ideación suicida de manera diferente en los estudiantes asiáticoamericanos en comparación con los estudiantes blancos. Además, buscó explorar la relación entre la identidad cultural y la ideación suicida dentro de cada grupo étnico.

La investigación utilizó una muestra de 246 estudiantes universitarios de 18 y 24 años de edad, de los cuales 149 eran asiáticoamericanos y 97 blancos. Los participantes completaron una encuesta en línea que incluía medidas de identidad cultural y de ideación suicida. La medida de identidad cultural incluyó preguntas sobre la importancia de la cultura de origen y la identificación con la cultura dominante. La medida de ideación suicida evaluó la frecuencia y la intensidad de pensamientos suicidas durante los últimos 12 meses.

Los resultados indicaron que la identidad cultural se relacionó con la ideación suicida de manera diferente en los estudiantes asiáticoamericanos y blancos. En los estudiantes asiáticoamericanos una mayor identificación con la cultura de origen se asoció con una mayor ideación suicida, mientras que una mayor identificación con la cultura dominante se asoció con una menor ideación suicida. En los estudiantes blancos, la identificación con la cultura dominante, no se relacionó significativamente con la ideación suicida, mientras que la importancia de la cultura de origen se asoció con una mayor ideación suicida.

Además, los resultados también indicaron que la relación entre la identidad cultural y la ideación suicida fue compleja. En los estudiantes asiáticoamericanos la relación entre la identificación con la cultura de origen y la ideación suicida fue mediada por la angustia psicológica, mientras que la relación entre la identificación con la cultura dominante y la ideación suicida no fue significativa después de controlar la angustia psicológica. En los estudiantes blancos, la importancia de la cultura de origen se relacionó directamente con la ideación suicida, mientras que la relación entre la identificación con la cultura dominante y la ideación suicida no fue significativa.

En general, este estudio sugiere que la identidad cultural puede desempeñar un papel importante en la ideación suicida en los estudiantes universitarios y que esta relación puede variar según el grupo étnico. Los autores indican que estos hallazgos pueden tener implicaciones importantes para la prevención y el tratamiento del suicidio en los estudiantes universitarios.

En resumen, el estudio comparó las tasas de ideación suicida entre estudiantes universitarios asiáticoamericanos y blancos en los Estados Unidos y examinó la relación entre la identidad cultural y la ideación suicida. El autor encontró que la actitud positiva, si es fortalecida por la cultura, está asociada con tasas más bajas de ideación suicida en ambos grupos étnicos, pero la relación era más fuerte entre los estudiantes asiáticoamericanos.

El estudio “Ethical, Legal and Social Aspects of Suicidology”, publicado en 2016 por Brian L. Mishara y D. N. Weisstub; la obra se enfoca en analizar y discutir los aspectos éticos, legales y sociales de la suicidología, es decir, el estudio de los comportamientos suicidas y la prevención del suicidio (Mishara, 2016 & Weisstub, 2016).

El libro está dividido en tres secciones principales: ética, legal y social. En la primera abordan cuestiones como la autonomía del paciente, el deber de los médicos de prevenir el suicidio y el derecho a la muerte digna. En la sección legal, se discuten temas como la legislación sobre el suicidio asistido y la responsabilidad civil y penal de aquellos que asisten en un suicidio. Por último, en la sección social, analizan las causas sociales y culturales del suicidio y las políticas públicas de prevención del suicidio.

El libro cuenta con la colaboración de expertos en suicidología de diferentes disciplinas, incluyendo psicología, psiquiatría, derecho y filosofía. Los autores presentan una visión amplia y multidisciplinaria y proponen soluciones y recomendaciones para abordar los aspectos éticos, legales y sociales del suicidio.

Constituye un estudio exhaustivo y riguroso que analiza los diferentes aspectos de la suicidología desde una perspectiva interdisciplinaria. La investigación es una valiosa herramienta para aquellos interesados en el suicidio y su prevención y, para aquellos que buscan entender las complejas cuestiones éticas, legales y sociales que rodean a este fenómeno.

Estrategias culturales de prevención del suicidio

Las estrategias de prevención del suicidio varían según la cultura y pueden ser influenciadas por factores como religión, historia y tradiciones culturales. Un enfoque común en muchas culturas es la intervención comunitaria y el apoyo social. Por ejemplo, en algunas comunidades indígenas de América del Norte, la prevención del suicidio se centra en la construcción de redes de apoyo y la conexión con la comunidad (Wexler, DiFluvio, Burke & Resnicow, 2009). En otras comunidades, la prevención del suicidio se logra a través de

la enseñanza de habilidades para la vida, como la resolución de conflictos y toma de decisiones (Hogan, Cavanagh, McLaughlin, et al., 2011).

En algunas culturas, como la japonesa, las estrategias de prevención del suicidio pueden ser más clínicas, centradas en la identificación temprana y el tratamiento de la depresión y otros trastornos mentales (Kim et al., 2024). La educación sobre la salud mental también es importante en la prevención del suicidio en Japón y los programas de capacitación para la detección temprana de problemas de salud mental se han implementado en las escuelas (Kim et al., 2024).

Otras culturas pueden utilizar métodos más espirituales o religiosos para prevenir el suicidio. En algunas comunidades africanas, por ejemplo, se cree que el suicidio es el resultado de la posesión espiritual y los rituales de exorcismo pueden ser utilizados para prevenirlo (Peltzer, 2014).

Otras culturas han adaptado estrategias de prevención del suicidio. Es importante adaptarlas para que sean culturalmente relevantes y efectivas. Esto puede implicar la colaboración con líderes comunitarios y organizaciones locales para comprender las necesidades y valores culturales de la comunidad. Las estrategias de prevención del suicidio también deben ser sensibles al género, edad y otros factores socioeconómicos (Wasserman, Hoven, Wasserman, et al., 2015).

En algunos casos, puede ser necesario adaptar las estrategias de prevención del suicidio para abordar los estigmas culturales asociados con la salud.

Narrativas culturales

La narrativa cultural del suicidio es un marco que describe las percepciones, creencias y prácticas culturales relacionadas con el suicidio en una sociedad determinada. Esta narrativa se construye a través de diferentes procesos culturales, incluyendo religión, literatura, cine, música, política y educación (Wasserman, Hoven & Wasserman, 2015).

La importancia de las narrativas culturales del suicidio radica en su capacidad para influir en la comprensión de esta problemática y en las respuestas que se dan a ella. Las narrativas culturales pueden ayudar a comprender cómo diferentes sociedades perciben el suicidio y cómo se relacionan con él. También pueden tener un impacto en la forma en que las personas que están en riesgo de suicidio o que han experimentado ideación suicida se sienten y se comportan (Wasserman et al., 2015).

Por ejemplo, en algunas culturas, el suicidio puede ser visto como una forma de escapar de la vergüenza o la deshonra, mientras que en otras puede ser visto como un pecado. En algunas puede ser considerado como un acto heroico, mientras que en otras puede ser visto como un signo de debilidad. Estas diferentes perspectivas culturales pueden afectar la forma en que las personas que están en riesgo de suicidio perciben su situación y si buscan o no ayuda.

Además, la comprensión de las narrativas culturales puede ayudar a los profesionales de la salud mental a diseñar estrategias de prevención y tratamiento que sean culturalmente sensibles y efectivas. Esto es particularmente importante en contextos multiculturales donde las personas pueden tener diferentes perspectivas culturales sobre el suicidio (Wasserman et al., 2015).

En resumen, las narrativas culturales del suicidio son importantes para entender la problemática del suicidio en diferentes sociedades y culturas, así como para diseñar estrategias de prevención y tratamiento culturalmente sensibles.

El suicidio es un tema complejo que puede ser abordado desde múltiples perspectivas, incluyendo la cultural (Hawton, 2019). Las narrativas culturales pueden tener un papel importante en su abordaje para buscar ayuda en diferentes comunidades (Park et al, 2016).

Las narrativas culturales pueden influir en la forma en que se aborda el suicidio y se busca ayuda en diferentes comunidades. El estudio de Luis Zayas y su equipo ha explorado las condiciones culturales que enfrentan los adolescentes latinos al emigrar a los Estados Unidos, analizando aspectos como normas, valores, creencias y prácticas de crianza dentro de las familias hispanas, en contraste con los estilos de vida de la sociedad norteamericana. En su obra *Latinas Attempting Suicide*, Zayas describe cómo las jóvenes con intento de suicidio experimentan un conflicto entre ambas culturas, lo que genera sentimientos de atrapamiento y dificultades para conciliar estas diferencias. Las condiciones familiares observadas incluyen una comunicación deficiente, problemas económicos, dificultades en la expresión emocional, violencia doméstica y una estructura de autoridad rígida. En este contexto, el intento de suicidio se presenta como una vía de escape ante la tensión y la falta de apoyo.

Además, las narrativas culturales no solo influyen en la manera en que se percibe el suicidio, sino también en la búsqueda de ayuda. En algunas sociedades, el estigma asociado con los trastornos mentales puede disuadir a las personas de acceder a servicios de salud mental. Por ejemplo, un

estudio realizado por Toribio Pérez et al. (2018) señala que los hombres mexicanos son menos propensos a buscar ayuda psicológica debido a la percepción de que los problemas de salud mental están relacionados con la debilidad y se asocian más con lo femenino.

Por ello, comprender las narrativas culturales resulta fundamental para mejorar el abordaje del suicidio y la búsqueda de ayuda en distintas comunidades. Reconocer estos factores permite ofrecer un apoyo más adecuado y diseñar estrategias de tratamiento que respondan a las necesidades específicas de quienes están en riesgo.

Enfoque terapéutico desde la cultura

El suicidio es un problema de salud pública que afecta a personas de diferentes culturas en todo el mundo. La forma en que se aborda el suicidio y su prevención varía según la cultura, y es importante considerar cómo los enfoques terapéuticos pueden ser adaptados para ser culturalmente apropiados y efectivos en diferentes comunidades.

Uno de los enfoques terapéuticos más comunes para tratar el suicidio en occidente es la terapia cognitivo-conductual (TCC). La TCC se centra en identificar y cambiar los patrones de pensamiento y comportamiento que contribuyen a la depresión y el suicidio. La TCC ha demostrado ser efectiva en la reducción del riesgo de suicidio en personas que han intentado suicidarse previamente (Tyrer et al., 2003).

Sin embargo, la TCC no es necesariamente adecuada para todas las culturas y comunidades. En algunas culturas, la idea de hablar sobre pensamientos suicidas puede ser tabú, lo que dificulta el tratamiento con la TCC. Además, algunas culturas pueden tener prácticas tradicionales o espirituales para tratarlo,

como la medicina tradicional china, que se ha utilizado para tratar la depresión y la ansiedad durante miles de años.

El estudio “Chinese traditional cultural belief of medical students and its relationship with depression” (Xiao & Yu, 2020), sugieren que las creencias culturales pueden actuar como un factor protector contra la depresión en estudiantes de medicina. Fortalecer la educación en cultura tradicional china dentro de la formación académica podría ser una estrategia valiosa para mejorar el bienestar mental de los futuros profesionales de la salud.

A continuación, se presentan algunos aspectos relevantes del estudio: 1) El estudio encontró una correlación negativa entre las creencias culturales y la depresión, lo que sugiere que un mayor arraigo en las tradiciones y valores culturales podría desempeñar un papel protector contra la aparición de síntomas depresivos. En el enfoque terapéutico de la cultura, este hallazgo respalda la idea de que las prácticas culturales y los sistemas de creencias pueden servir como mecanismos de afrontamiento, brindando sentido de pertenencia, resiliencia y estrategias para lidiar con el estrés. 2) Uno de los principales hallazgos del estudio es que fortalecer la educación en cultura tradicional china dentro de la formación médica podría reducir la incidencia de la depresión. Este planteamiento se alinea con modelos de intervención culturalmente sensibles, los cuales buscan integrar elementos culturales en el tratamiento y prevención de trastornos mentales. Al reforzar las creencias culturales, los estudiantes pueden encontrar en ellas una fuente de significado, identidad y estabilidad emocional. 3) El enfoque terapéutico de la cultura también abarca estrategias como la etnopsiquiatría y las terapias culturalmente adaptadas, donde los valores y prácticas propias de una comunidad se incorporan en el tratamiento psicológico. En el caso del estudio,

los estudiantes con mayores creencias culturales podrían estar recurriendo de manera natural a narrativas y prácticas culturales que fortalecen su bienestar mental. Esto coincide con enfoques terapéuticos como la terapia narrativa, que ayuda a los pacientes a reinterpretar su sufrimiento desde una perspectiva culturalmente significativa.

Las creencias culturales chinas también pueden afectar la forma en que las personas buscan tratamiento para la depresión; por ejemplo, los chinos pueden preferir buscar tratamiento en medicina alternativa o tradicional, en lugar de medicina occidental.

Este estudio resalta la importancia de que los profesionales de la salud mental reconozcan las creencias culturales de sus pacientes chinos y comprendan cómo estas pueden influir en su experiencia con la depresión y en la búsqueda de tratamiento. Es fundamental que los especialistas sean sensibles a las diferencias culturales y adapten sus enfoques terapéuticos en consecuencia.

En general, el estudio destaca la importancia de comprender las creencias culturales sobre la depresión en la cultura china y cómo estas pueden afectar la experiencia y la búsqueda de tratamiento. Es importante que los profesionales de la salud mental sean conscientes de las diferencias culturales y adapten enfoques en estas diferencias (Li. et al., 2023).

Para adaptar los enfoques terapéuticos a diferentes culturas, es importante comprender las creencias y prácticas culturales que rodean el suicidio en cada comunidad. En estas culturas, puede ser más efectivo involucrar a la familia y la comunidad en el tratamiento y la prevención del suicidio (Wexler *et al.*, 2009).

El estudio de Wexler, DiFluvio y Burke (2009) se centra en la resiliencia de los jóvenes marginados en contextos urbanos y en la importancia del significado personal y colectivo en la construcción de la resiliencia. Fue publicado como capítulo en “The Routledge Handbook of Resilience” y es un libro de referencia en el campo de la resiliencia.

El estudio comienza con una discusión sobre los desafíos que enfrentan los jóvenes marginados en entornos urbanos, que incluyen la exposición a la violencia, racismo, discriminación, falta de oportunidades e inseguridad económica. Estos desafíos pueden afectar negativamente su bienestar emocional y físico, su capacidad para tener éxito académico y profesional y, su capacidad para participar en la sociedad de manera significativa.

Para abordar estos desafíos, los autores sostienen que es importante construir la resiliencia de los jóvenes marginados. La resiliencia se define como la capacidad de una persona para recuperarse de la adversidad, adaptarse al cambio y seguir desarrollándose. La resiliencia no es una característica fija, puede ser construida y fortalecida a través de experiencias positivas y habilidades de afrontamiento.

Los autores destacan la importancia del significado personal y colectivo en la construcción de la resiliencia de los jóvenes marginados. El significado personal se refiere a la percepción que tiene una persona de su vida y su lugar en el mundo. El significado colectivo se refiere a la pertenencia a un grupo y la conexión con los demás. Ambos tipos de significado pueden proporcionar a los jóvenes una sensación de propósito y significado en sus vidas, lo que puede ayudarles a superar la adversidad. También discuten la importancia de la intervención en la construcción de la resiliencia. La intervención de la comunidad puede proporcionar un entorno de apoyo y seguridad para los jóvenes

marginados, lo que puede ayudarles a desarrollar un sentido de pertenencia y conexión. La intervención de la comunidad también puede proporcionar oportunidades para la participación cívica y la construcción de relaciones positivas con los demás.

En conclusión, Wexler, DiFluvio y Burke (2009) destacan la importancia del significado personal y colectivo, así como la intervención comunitaria, en la construcción de la resiliencia de los jóvenes marginados en entornos urbanos. Los autores argumentan que el desarrollo de la resiliencia es fundamental para el bienestar y el éxito de estos jóvenes, y que la participación de la comunidad puede desempeñar un papel clave en este proceso.

Conclusiones

El suicidio es una preocupación mundial significativa, con aproximadamente 800,000 muertes anuales según la OMS. Esta cifra destaca la urgencia de abordar este tema desde múltiples ángulos, incluida la prevención.

Se identifican diversos factores de riesgo y protección para el suicidio como trastornos mentales, abuso de sustancias, estrés, acceso a atención médica y apoyo social. Estos factores pueden variar según la cultura y el contexto, lo que resalta la necesidad de intervenciones culturalmente sensibles.

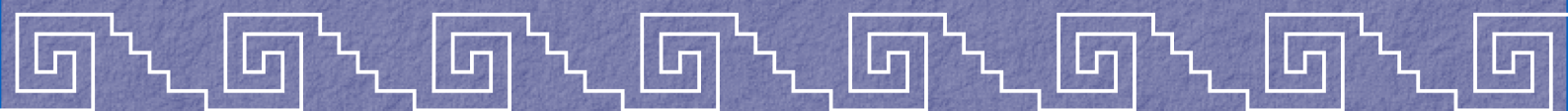
Las actitudes hacia el suicidio varían entre diferentes culturas. Mientras que en algunas culturas se ve como un acto honorable, en otras se considera un pecado o un tabú. Estas perspectivas culturales pueden influir en las tasas de suicidio y en cómo se aborda el tema a nivel comunitario.

Las estrategias de prevención deben adaptarse a las especificidades culturales de cada grupo. Esto implica reconocer y respetar las creencias, valores y prácticas únicas de cada grupo y colaborar estrechamente con líderes comunitarios, familias y profesionales de la salud.

El suicidio también se aborda en diferentes medios y expresiones culturales, como los medios de comunicación, literatura científica y cultura popular en México. Estas representaciones pueden influir en la percepción pública del suicidio y en las estrategias de prevención.

Es fundamental investigar el suicidio desde una perspectiva multidisciplinaria para comprender mejor sus causas, factores de riesgo y estrategias de prevención efectivas. Esto incluye considerar las variaciones culturales e históricas en la comprensión y abordaje del suicidio.

Abordar el tema del suicidio requiere una comprensión profunda y matizada que tenga en cuenta factores biológicos, psicológicos, sociales y, especialmente, culturales. La prevención efectiva del suicidio a nivel mundial implica desarrollar intervenciones adaptadas a las especificidades culturales; promover la conciencia, reducir el estigma y fortalecer los sistemas de apoyo y atención.



CAPÍTULO 5.

IXTAB Y EL SUICIDIO EN LA CULTURA MAYA: DEL PASADO AL PRESENTE

Orlando Josué Casares Contreras
Centro INAH Yucatán

Sara Álvarez Méndez
Universidad de Oviedo

Venus Sarahí Estrella Cabrera
Centro INAH Yucatán

Resumen

La idea de que el suicidio en la región maya tiene un origen cultural ancestral, asociado a Ixtab, ha sido ampliamente difundida en la literatura académica. Esta visión simplista dificulta un análisis más profundo del fenómeno. Sin embargo, abordar el suicidio exclusivamente desde

una perspectiva biológica o mitológica reduce su comprensión y limita la efectividad de los enfoques de prevención. Es fundamental ampliar el análisis hacia dimensiones históricas, sociales y económicas que permitan contextualizar este fenómeno dentro de la realidad actual de los grupos mayas contemporáneos. Este trabajo busca demostrar que la asociación entre Ixtab y el suicidio responde más a una construcción colonial que a un elemento auténtico de la cosmovisión maya. La persistencia de esta narrativa en el imaginario social yucateco ha tenido consecuencias en el abordaje del suicidio, desviando la atención de factores socioeconómicos clave y reforzando interpretaciones simplistas. Lejos de contribuir a una comprensión integral del problema, estas ideas perpetúan discursos político-académicos ajenos a la realidad de la región, dificultando la implementación de estrategias de intervención culturalmente pertinentes y efectivas.

Palabras clave: Ixtab, Suicidio, Mayas, Yucatán, Imaginarios sociales

Introducción

El estudio del suicidio ha representado un desafío constante para diversas disciplinas, tanto en su comprensión como en su tratamiento. A lo largo de este proceso, se han construido estereotipos que recaen directamente sobre la población maya de la península de Yucatán, reforzando la idea de que “ser maya” implica una predisposición al suicidio (Ramírez, 2020). Esta visión reduccionista no solo es una forma de violencia simbólica, sino que también contribuye a la exotización y folklorización de la comunidad maya.

En este contexto, investigaciones lideradas por especialistas en genética, química y otras disciplinas han buscado identificar un supuesto “gen suicida” en los mayas, ignorando las categorías locales con las que las propias

comunidades explican este fenómeno. Asimismo, se ha dejado de lado el análisis de factores sociodemográficos e históricos que han moldeado la realidad de esta población.

El imaginario social en torno al llamado “suicidio maya”, concepto abordado por Ramírez (2020), se ha extendido ampliamente en la región y ha trascendido incluso a países vecinos. Sin embargo, muchas de las estrategias implementadas para atender este problema aplican categorías ajenas a la cultura local, dejando sin abordar las causas específicas que requieren atención urgente. Históricamente, este fenómeno se ha tratado de manera diferenciada según el grupo social al que perteneciera la persona afectada. Un ejemplo de ello se encuentra en el Porfiriato, cuando el suicidio entre la población maya fue interpretado dentro del marco de la pelagra (Canto, 2012; Canto, 2017), reforzando la idea de una supuesta predisposición biológica en lugar de considerar las condiciones de vida y los procesos históricos involucrados.

Para comprender cómo se ha construido esta asociación entre lo maya y el suicidio, es necesario analizar el papel del imaginario social. Siguiendo a Cornelius Castoriadis, quien desarrolló este concepto a mediados del siglo XX, exploraremos cómo se configuró la figura de Ixtab en la época colonial y cómo su permanencia en el imaginario colectivo ha influido en la percepción del suicidio en la sociedad peninsular yucateca. A partir de su propuesta teórico-metodológica, retomaremos sus distinciones sobre los planos primarios y secundarios del imaginario para examinar cómo este proceso se ha perpetuado en distintas esferas sociales, incluidas la academia y la salud mental.

El plano primario o central se refiere a “creaciones ex nihilo presentificadas-figuradas por medio de la totalidad de las instituciones explícitas de la

sociedad, condicionan y orientan el hacer y representar sociales, en y por los cuales continúan ellas alterándose. Son aquellas instituciones imaginadas que no dependen sino de su misma idea para referenciarse” (Castoriadis, 1975), como la familia, las deidades y el Estado.

Por otro lado, el plano secundario es considerado instrumental, pues emana y depende del primario para su existencia (Castoriadis, 1975). Es decir, un ciudadano no puede concebirse sin la noción del Estado.

La figura de Ixtab fue construida durante la época colonial como parte de un plano secundario en el imaginario de los frailes que llegaron a la península de Yucatán. No obstante, su importancia se amplificó a inicios del siglo XX, hasta el punto de convertirse, posiblemente al momento de esta publicación, en un plano primario dentro del imaginario social, tanto en la población como en la academia. Este concepto ha sido vinculado al fenómeno del suicidio como un problema cultural, priorizándolo sobre otras causas que continúan influyendo en su ocurrencia.

Si bien no es el objetivo central de este capítulo abordar en profundidad el concepto de imaginario social, es importante mencionar la propuesta de José Cegarra, quien lo define como “un proceso cognitivo y emocional... una gramática, un esquema referencial para interpretar la realidad socialmente legitimada, construida intersubjetiva e históricamente determinada. La imaginación es representativa, el imaginario interpretativo” (Cegarra, 2012). En este sentido, la imagen de Ixtab como deidad de origen maya ha sido reinterpretada a lo largo del tiempo. Su notoriedad actual no proviene de su presencia en la Colonia —donde su aparición fue breve—, sino que se consolidó con el auge de la actividad arqueológica.

Para Abric (2001), el imaginario social cumple cuatro funciones fundamentales:

1. Saber: Permite entender y explicar la realidad.
2. Identitaria: Salvaguarda la especificidad de los grupos.
3. Orientación: Dirige los comportamientos y prácticas.
4. Justificación: Explica a posteriori posturas y comportamientos dentro de una realidad social dada.

Esto resulta clave para comprender cómo la figura de Ixtab ha operado como un mecanismo de justificación. En la Colonia, sirvió como un argumento legitimador, y en la actualidad, sigue funcionando como un chivo expiatorio en la explicación del suicidio. Esto se observa especialmente en disciplinas como la psicología, la psiquiatría y el derecho, donde su presencia influye en el abordaje del fenómeno desde una perspectiva culturalista más que estructural.

Al ser considerado un concepto “cultural”, “ambiguo” y “perteneciente a un ámbito del pasado”, como señalan algunos informes de trabajo y tesis del área, las perspectivas empleadas podrían seguir siendo pertinentes sin requerir un cambio significativo. Esto se debe a que dicha concepción, de alguna manera, las respalda, en concordancia con la cuarta función del imaginario social propuesta por Abric (2001): la justificación, que permite explicar a posteriori posturas y comportamientos dentro de una realidad social dada.

Ixtab en el imaginario popular y la prensa escrita

El imaginario de Ixtab se ha consolidado a lo largo del tiempo a través de expresiones populares promovidas por la prensa local, nacional e incluso internacional. Este proceso tiene sus raíces en las primeras interpretaciones

de la arqueología incipiente de inicios del siglo XX, que intentó otorgar significado a las representaciones plasmadas en los códices mayas prehispánicos. Dichas interpretaciones se sustentaron, además, en los informes elaborados por los misioneros y en una única referencia en el texto etnohistórico del Chilam Balam de Chumayel, según la traducción realizada por Alfredo Barrera Vázquez y Silvia Rendón (Barrera, 1969).

En la península de Yucatán, el elevado índice de suicidios en las últimas décadas ha sido reconocido como un problema de salud pública. Las menciones en la prensa sobre este fenómeno suelen abordar dos enfoques principales, los cuales, en ocasiones, se entrelazan. El primero consiste en la estigmatización de la identidad maya al asociarla con una supuesta predisposición al suicidio. El segundo busca justificar el suicidio mediante la vinculación con una deidad prehispánica.

Los casos de suicidio en Yucatán son recurrentemente abordados en las secciones de nota roja, donde la figura de Ixtab es frecuentemente mencionada y utilizada como explicación simbólica del fenómeno. Esta representación contribuye a la construcción de un discurso que cataloga a la sociedad maya como víctima de la deidad, obviando los matices sociales, las condiciones económicas y las realidades individuales que subyacen en cada acto suicida (Reyes, 2013).

La visión replicada constantemente en los medios de comunicación masivos ha contribuido a una narrativa que asocia la prevalencia del suicidio casi exclusivamente con la población maya rural. Esta perspectiva errónea sugiere la existencia de un culto ancestral a Ixtab, interpretando el anclaje

prehispánico como un factor determinante de un supuesto malestar o predisposición congénita al suicidio.

Dicha representación parcializa la problemática de la depresión mayor, insinuando que los grupos mayas tienen una mayor incidencia en esta condición únicamente por su origen étnico. Esto evidencia un problema de discriminación racial profundamente arraigado, el cual se manifiesta en la estructura de poder y en la categorización social basada en la apariencia física (Iturriaga, 2016).

En este contexto, el análisis de Reyes (2013) resulta ilustrativo. En una entrevista realizada a un directivo del medio *De Peso*, se observa cómo la representación mediática de las comunidades mayas se orienta hacia lo que denominan “la clase jodida”. Esta visión se refuerza a través del lenguaje empleado, la selección de información publicada y la segmentación del público objetivo, perpetuando así la desigualdad socioeconómica y los estereotipos raciales.

Medios como *Al Chile* y *PorEsto* suelen ser explícitos al incluir fotografías de personas fallecidas en sus reportes sobre suicidios. Otros medios locales replican implícitamente esta segmentación al abordar la relación entre el suicidio y la figura de Ixtab, aunque sin recurrir a imágenes explícitas.

A nivel nacional, diversas publicaciones han retomado el tema enfatizando conceptos como “deidad de la horca”, así como la supuesta representación de Ixtab en el *Códice de Dresde*. Además, refuerzan la idea de que la muerte por ahorcamiento es honorable y representa una vía directa hacia el paraíso, donde la deidad femenina funge como guía. Asimismo, han difundido la noción de Ixtab como esposa del dios de la muerte, un argumento que

recientemente ha sido promovido por medios como *El Heraldo*¹. Lo que varía, son las múltiples historias de la deidad misma, a veces acompañados de alguna entrevista hacia algún especialista como ocurrió en *Pie de Página*² y también en otro medio nacional, *El Universal*³, lo que asemeja a los trabajos literarios que veremos a continuación.

Los recursos literarios como poemas, ensayos, historias y películas, aunque también abordan la relación entre Ixtab, el suicidio y las comunidades mayas, presentan una menor carga discriminatoria en comparación con los medios sensacionalistas. No obstante, en ellos persiste la romantización del acto suicida, reforzando la idea de una supuesta entrada al paraíso maya, lo que ha contribuido a la difusión del mito de Ixtab como deidad protectora de quienes fallecen por ahorcamiento.

Uno de los textos más citados en este contexto es el inédito de Joan de la Vega, en el que se plasman ideas preconcebidas sin un sustento histórico preciso, con nombres y escenarios ajenos a los registros prehispánicos. A pesar de esto, el texto refuerza la idea de que la muerte por ahorcamiento era considerada honorable y que Ixtab guiaba a los fallecidos hacia un paraíso especial (Abril, 2017).

1 <https://heraldodemexico.com.mx/tendencias/2019/9/10/ixtab-la-diosa-maya-que-acompana-los-suicidas-117153.html> (consultado el 7 de marzo de 2023).

2 <https://piedepagina.mx/ixtab-e-ixchel-hermanas-lunares/> (consultado el 7 de marzo de 2023).

3 <https://de10.com.mx/top-10/las-diosas-mas-importantes-de-la-cultura-maya> (consultado del 7 de marzo de 2023).

De manera similar, el ensayo *Astrónoma vuelta luna* de José Luis Ramírez emplea una narrativa figurativa para reinterpretar algunas de las primeras —y en muchos casos erróneas— representaciones de las deidades mayas. En este trabajo, Ixtab es mencionada nuevamente con el ahorcamiento como su principal atributo (Ramírez, 2020).

El proceso de exotización de la cultura maya, impulsado en gran medida por la mercantilización de sus mitos, se intensificó en la década de 2010, especialmente en el marco del supuesto “fin del mundo” profetizado para 2012. En este contexto, en 2011 se estrenó una película de terror titulada *Ixtab*, cuya trama presenta a un grupo de jóvenes perseguidos por la deidad, quien despierta tras 500 años de letargo y los induce al suicidio.

Es fundamental señalar que los relatos difundidos a través de los medios de comunicación masiva, en particular en los periódicos de circulación nacional, suelen carecer de rigor y veracidad en lo referente a los nombres, atributos e historias de las deidades mayas. Muchas de estas narrativas carecen de sustento en estudios científicos y, en su lugar, se basan en interpretaciones erróneas surgidas en los inicios de la arqueología del siglo XX. Fue durante esta etapa cuando se estableció un primer panteón de deidades mayas, propiciando la reaparición de Ixtab en el imaginario colectivo, aunque de manera descontextualizada y tergiversada.

Ixtab en textos académicos de salud mental

En la escasa literatura académica de la época, los casos de suicidio en la población maya fueron atribuidos principalmente a la pelagra, una enfermedad frecuente en climas tropicales que favorecía la aparición de trastornos neuropsiquiátricos. Este padecimiento estaba estrechamente vinculado con una

alimentación deficiente, caracterizada por la ausencia de proteína animal, el consumo de maíz sin nixtamalizar y la ingesta de alimentos en estado de descomposición. Además, las condiciones de vida de los peones en las haciendas —marcadas por la pobreza extrema y la esclavitud— contribuyeron significativamente a la presencia de la enfermedad en la población maya.

Dicha visión se perpetuó entre los médicos de la época y en generaciones posteriores, recordando que el acceso a la formación y el ejercicio profesional en medicina estaba reservado exclusivamente para las élites locales. Estos profesionales, influenciados por los prejuicios de su tiempo y su origen social, tendían a interpretar los problemas de salud de la población maya desde un enfoque reduccionista, sin considerar los factores estructurales y socioculturales que incidían en su bienestar.

Con la llegada de las primeras interpretaciones arqueológicas sobre las deidades mayas, se fortaleció aún más esta perspectiva determinista. Se comenzó a plantear la existencia de una deidad específica asociada al suicidio, lo que intentó ofrecer una supuesta explicación “científica” sobre su prevalencia en la población maya. De este modo, la figura de Ixtab —“la de la cuerda”— reapareció como un instrumento discursivo para justificar la perpetuación de estas ideas, dotándolas de un matiz fatalista y descontextualizado.

En revisiones más recientes sobre el uso de la figura de Ixtab en el tratamiento de la depresión mayor y el suicidio en Yucatán, se observa que, aunque la prensa local suele centrarse en las comunidades mayas desde un enfoque sensacionalista, los estudios académicos han abordado el tema desde una perspectiva igualmente reduccionista. En estos trabajos predomina una interpretación basada en factores biológicos, dejando de lado el impacto

de variables socioeconómicas e históricas. Es importante señalar que este fenómeno no es exclusivo del territorio maya, sino que también ha sido documentado en áreas circunvecinas, lo que refleja la persistencia de una visión parcial y limitada sobre la problemática del suicidio en estas poblaciones.

Entre los principales trabajos que han abordado esta temática, siguiendo un orden cronológico, podemos comenzar con el estudio de Reyes y Espinazo (1993), *El suicidio en Honduras*. En su introducción, los autores sostienen que el suicidio ha estado presente desde épocas remotas, vinculándolo con el culto a Ixtab y equiparándolo con la muerte en combate de los guerreros o en el parto de las mujeres (Reyes y Espinazo, 1993). Esta idea también es retomada en los estudios de etnomedicina de Elba Villatoro, quien analiza el suicidio en el territorio maya guatemalteco (Villatoro, 1996).

Otro ejemplo lo encontramos en el texto de Salas y Rivas (2001). Aunque estos autores no mencionan explícitamente a Ixtab como deidad del suicidio, la incluyen dentro del análisis sobre la homogeneidad del grupo maya. Sin embargo, esta interpretación resulta cuestionable, ya que tanto en la época prehispánica como en la actualidad, la identidad maya no es uniforme. Cada región presenta particularidades lingüísticas, culturales y rituales que no pueden reducirse a una visión esencialista. Un ejemplo de ello es la persistente creencia en la existencia de un “gen suicida” en la comunidad médica de la región, una idea que, aunque carente de sustento científico, sigue vigente hasta el presente.

Por su parte, el Departamento de Ecología Humana del Centro de Investigación y Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional (CINVESTAV-IPN), sede Mérida, inició un perfil epidemiológico de las principales enfermedades y

causas de muerte en Yucatán. Dentro de este análisis, el suicidio fue identificado como un problema de salud pública de alta incidencia en la población yucateca, asociado a una supuesta herencia prehispánica. Además, se ha observado un aumento significativo en su tasa con el paso de los años (Balam et al., 2002).

El acceso a la tecnología y la digitalización de registros han permitido una mayor visibilidad de los casos de suicidio, lo que ha llevado a las políticas públicas a enfocarse en este fenómeno. Aunque no haremos una revisión exhaustiva de estos estudios, ya que han sido abordados en el artículo de Casares y Estrella (2020), es importante destacar que muchos de ellos continúan promoviendo la idea de un determinismo suicida entre la población maya. Esta visión perpetúa el mito de un culto ancestral al suicidio, sin considerar los factores históricos, sociales y económicos que inciden en la problemática actual.

La misma insistencia sigue presente entre los especialistas en salud mental de la región, incluyendo a los directivos de las áreas de Salud Mental de la Secretaría de Salud en Yucatán. Un ejemplo representativo de ello es el comentario del médico Arsenio Rosado Franco, quien ha subrayado la necesidad de investigar las secuencias de ADN de la población maya en busca de un posible gen suicida maya.⁴ Esta insistencia obtuvo respuesta por parte de investigadores, como se verá a continuación.

Uno de los estudios en los que vuelve a aparecer la figura de Ixtab fue realizado por la Facultad de Química de la Universidad Nacional Autónoma

⁴ <https://sipse.com/novedades-yucatan/el-suicidio-entre-los-mayas-poco-relacionado-con-la-depresion-59427.html>

de México (UNAM), en colaboración con la Unidad de Medicina Personalizada del Hospital Regional de Alta Especialidad de Yucatán (HRAEPY). En este trabajo, la deidad maya se utilizó como referencia para la búsqueda de un posible gen ancestral asociado al suicidio, lo que, de manera implícita, refuerza estereotipos sobre la población maya y contribuye a su exotización en este contexto. Además, esta aproximación plantea el riesgo de sesgos al centrarse en un solo grupo de la región y desestimar otros factores.

El estudio, llevado a cabo principalmente en personas adultas de Tadzú, no arrojó hallazgos significativos en relación con la deidad. Sin embargo, a pesar de que las estadísticas provienen de una zona maya (Ramírez y Juárez, 2024), el enfoque empleado reproduce los estigmas y prejuicios históricos hacia esta población. Resulta llamativo que, en los informes difundidos por la UNAM y en notas de prensa, como las publicadas por *La Jornada Maya*, se reconozca la naturaleza multifactorial del fenómeno, pero al mismo tiempo se insista en una interpretación basada en el determinismo biológico. Esta perspectiva, heredera de visiones coloniales, sigue atribuyendo problemáticas sociales y de salud mental a factores genéticos específicos de la población maya, sin considerar de manera suficiente variables socioeconómicas. Paradójicamente, el propio estudio identifica a la comunidad analizada como una de las más precarias, lo que sugiere que factores estructurales, como la pobreza y sus consecuencias, podrían desempeñar un papel más relevante que la búsqueda de un origen genético vinculado a una idea arraigada desde la época colonial.

Ixtab desde la arqueología, un antes y un después del desciframiento

La arqueología maya ha pasado por diversas etapas a lo largo de su desarrollo, y cada nuevo descubrimiento ha dado lugar a interpretaciones que complementan o desafían las anteriores. En su momento, se pensaba que la sociedad maya era relativamente homogénea, dedicada principalmente a la observación celeste y con pocos conflictos bélicos. Sin embargo, este paradigma comenzó a cambiar con el hallazgo de las pinturas murales en los cuartos abovedados de Bonampak. Posteriormente, el avance en el desciframiento de los glifos reveló una organización social heterogénea, compleja y con una fuerte presencia de actividades bélicas (Coe, 2010).

Investigaciones previas han documentado cómo surgió la mención de una “deidad de la cuerda” en los primeros estudios arqueológicos, desde las interpretaciones de Schelhas (1904) hasta su referencia en los escritos de fray Diego de Landa (Álvarez, 2020; Casares y Estrella, 2020). Aunque no profundizaremos en estos detalles, es importante destacar que a partir de los trabajos de Proskuriakoff, Berlin y Knorosov—y más tarde de Scheille, Loundsbury y Mathews—surgieron nuevas interpretaciones que se han consolidado con mayor evidencia epigráfica. Investigadores como Stuart, Grube, Lacadena y Velázquez han continuado desarrollando estos estudios, y más adelante nos detendremos en uno de los trabajos de Velázquez sobre el tema (Casares y Estrella, 2020).

Desde el ámbito académico, una posible explicación del persistente énfasis en la figura de Ixtab, a pesar de los avances en la interpretación de glifos y textos históricos y etnohistóricos, radica en la continua difusión de obras

clásicas sobre los mayas entre el público no especializado. Libros como los de Eric Thompson, por ejemplo, siguen siendo reeditados con frecuencia y llegan a audiencias diversas, incluidos profesionales de áreas como la salud mental. En muchos casos, estos lectores no revisan los prólogos de las ediciones recientes ni consideran el contexto histórico en que fueron escritos, lo que limita su capacidad para evaluar críticamente su contenido. Si bien estas obras han sido fundamentales para la arqueología, no todos sus planteamientos siguen vigentes en la actualidad.

Otra hipótesis que no excluye la anterior sugiere que algunas generaciones de investigadores en arqueología aún se resisten a aceptar los cambios recientes en la disciplina. Esto se debe, en parte, a que continúan aferrados a los textos que marcaron su formación profesional o a que sus propios escritos han citado esas referencias de manera recurrente. En consecuencia, defender dichas ideas requiere menos esfuerzo que revisar sus trabajos a la luz de las evidencias más recientes. Este fenómeno no es exclusivo de la arqueología, sino que se presenta en diversas áreas del conocimiento. Sin embargo, resulta relevante señalarlo, ya que esta persistencia en interpretaciones desactualizadas sigue siendo un obstáculo en la comprensión y tratamiento del suicidio, particularmente en lo que respecta a las políticas públicas en la materia.

Uno de los argumentos más utilizados para defender la existencia de la deidad femenina Ixtab se basa en la ilustración de la página 53 del Códice de Dresde, considerada la prueba más contundente. En esta imagen, se representa a una figura femenina con una soga al cuello, desnuda y con los ojos cerrados, lo que ha sido interpretado como una alegoría directa de dicha deidad. No obstante, en los trabajos previos sugeridos por Ardren (2006) y

referenciados por Álvarez (2020) y Casares y Estrella (2020), se ha señalado la necesidad de nuevas lecturas de los glifos mayas para la correcta identificación de las deidades. Sin embargo, se argumenta que en estos estudios no se realizó una lectura exacta de la página en cuestión, sino que se presentó únicamente una interpretación alternativa sobre la existencia de Ixtab.

Por ello, anexamos el cuadro con la lectura propuesta por el epigrafista Eric Velázquez (2016) en una de las ediciones de la revista *Arqueología Mexicana*. En este análisis, el autor realizó una lectura completa de las secciones legibles del Códice de Dresde en dos ediciones especiales: la primera en el número 67 y la segunda en el número 72. Para nuestros propósitos, incluimos la ilustración correspondiente a la primera edición especial en su página 76 (*Ilustración 1*), con el fin de responder de manera textual a estos argumentos.

A grandes rasgos, la lectura propuesta por Velázquez es la siguiente:

“k'ik' k'uh(ul) ooknal(?) namk'in(?) k'ahk' k'in sap k'al u(y) ik(a)l kotz'at ti' U'lob ya'axtal ukab'jiy Ha'al K'uh Ka'an. Muuna(l) ul, waaj ha' ka'an muwaan.”

Su traducción del maya cholano al español sería:

“La sangre es la puesta sagrada, ocultamiento del sol, sol... de fuego. El lazo se estiró, la oscuridad se enrolló en la Luna, reverdecir malo, Ha'al K'uh Ka'an ya lo había supervisado. Atole reciente, tamales, cielo de agua, nublado, mortandad en la lunación” (Velázquez, 2016).

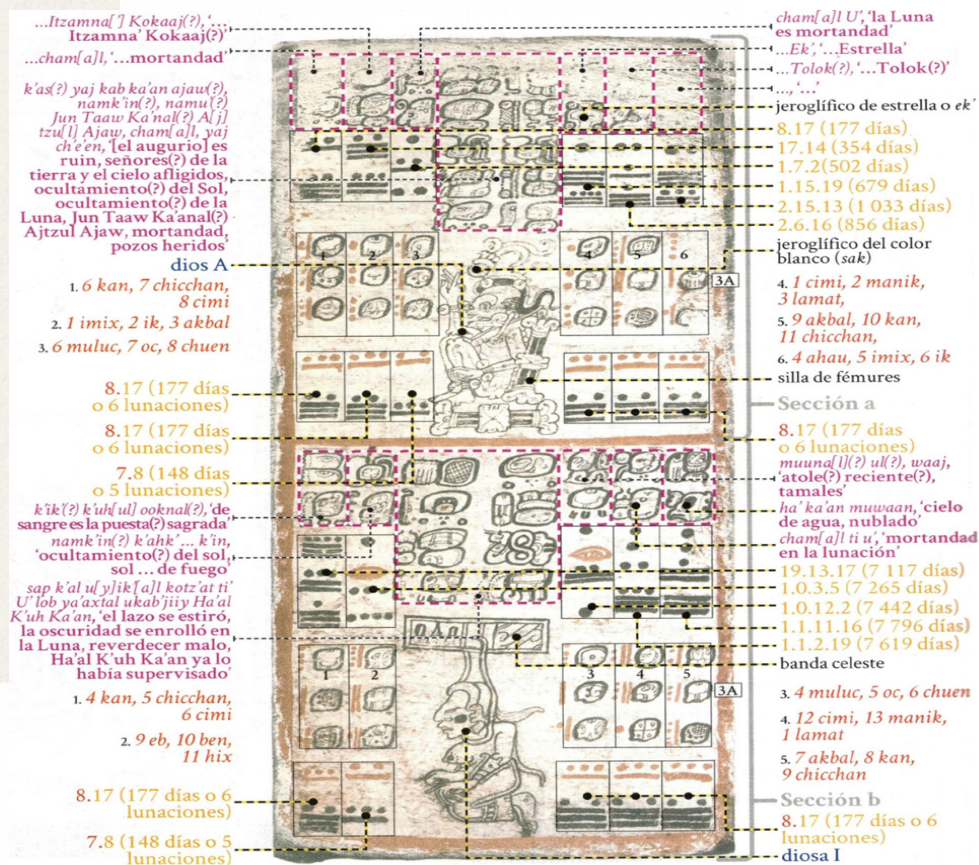


Ilustración 1. Página 53 del código de Dresde, donde Velázquez (2016: 76) nos ofrece una lectura detallada del mismo. Tomado de *Arqueología Mexicana* no.67.

5 En las pláticas y conferencias a las que ha asistido el autor Casares, ha sido el punto álgido en los debates, especialmente entre los especialistas de salud mental y/o académicos que siguen haciendo referencia a la misma en sus trabajos y proyectos de investigación.

La inexistencia de Ixtab en tiempos prehispánicos

Para comprender el contexto en el que surge la idea de Ixtab como deidad del suicidio, es fundamental hacer algunas aclaraciones sobre la epigrafía maya. En primer lugar, en el periodo prehispánico, la lengua de élite en la región era el maya en su variante cholana, predominante en el centro de la península y utilizada en la mayoría de los glifos registrados. En segundo lugar, los códices mayas, al ser textos religiosos, presentan un alto grado de vaguedad, ambigüedad y simbolismo esotérico, lo que requiere un conocimiento profundo de la cosmovisión maya prehispánica y de sus manifestaciones contemporáneas para su correcta interpretación dentro de su contexto cultural.

Un tercer punto crucial es la identificación errónea de la llamada “Diosa I”, la cual ha sido en realidad una referencia a la deidad lunar *Ix Sak Uh*. Investigaciones previas, como las de Taube (1992) e Ishihara (2009), han demostrado que en los códices no existe ninguna referencia a una diosa del suicidio. Por lo tanto, se puede afirmar que en la época prehispánica Ixtab no existió como una deidad, sino que fue posteriormente confundida con la diosa lunar mencionada.

Ixtab, menciones y uso político durante la colonia

El 12 de julio de 1562, en Maní, Yucatán, ocurrió un episodio que marcó un antes y un después en la historia de la cosmovisión maya: el auto de fe dirigido por Fray Diego de Landa. En este acto inquisitorial, una gran cantidad de archivos mayas, entre ellos códices, ídolos y altares, fueron reducidos a cenizas en un fuego “purificador”. Con ello, gran parte del conocimiento y las

creencias de la civilización maya se vieron obligadas a resguardarse en la memoria colectiva de quienes presenciaron aquel evento.

El auto de fe de Maní es considerado el episodio de mayor destrucción del patrimonio cultural intangible de los mayas. Paradójicamente, con el paso del tiempo, este suceso se ha convertido en un punto de inflexión en la percepción del suicidio por ahorcamiento en la cultura maya.

Con la llegada de la colonia, el suicidio y el acto autolítico por ahorcamiento en Yucatán dejaron de entenderse desde su dimensión psicosocial y fueron transformados en un fenómeno identitario dentro de la narrativa occidental sobre los mayas. Una de las fuentes más citadas para sostener esta idea es *La relación de las cosas de Yucatán*, escrita por Fray Diego de Landa en 1566. En este documento, al final de un capítulo sobre la vida cotidiana de los mayas, Landa menciona:

“Decían también, y lo tenían por muy cierto, que iban a esta su gloria los que se ahorcaban; y así había muchos que con pequeñas ocasiones de tristeza, trabajos o enfermedades se ahorcaban para salir de ellas e ir a descansar a su gloria donde, decían, los venía a llevar la diosa de la horca que llamaban Ixtab” (Landa, 2003).

Este pasaje, escrito desde la perspectiva de un fraile franciscano con un claro sesgo evangelizador, es la primera mención documentada de Ixtab como deidad del suicidio. Sin embargo, como hemos visto, no hay evidencia epigráfica ni arqueológica que respalde la existencia de tal deidad en la cosmovisión maya prehispánica.

La cita de Fray Diego de Landa sobre Ixtab ha sido utilizada ampliamente sin considerar el contexto histórico en el que fue escrita, así como las modificaciones que el texto pudo haber sufrido con el tiempo debido a copistas y estudiosos. Si bien *La relación de las cosas de Yucatán* es atribuida al franciscano, su intencionalidad, estructura y contenido han podido ser alterados significativamente a lo largo de los siglos. Esto hace que el uso de la cita sin un análisis crítico del contexto colonial ni el respaldo de otras fuentes indígenas o europeas resulte problemático.

Es cierto que Landa fue la máxima autoridad religiosa en Yucatán en su época y que su obra es una referencia clave en los estudios mayistas debido a su amplio conocimiento sobre la comunidad maya. Sin embargo, hay que considerar que su escrito fue terminado en España, en un momento en el que debía justificar sus acciones durante las persecuciones de idolatrías en Yucatán. Fue en este contexto de autodefensa que Landa narró la destrucción masiva de códices y archivos mayas, lo que nos obliga a leer su testimonio con cautela.

Aunque *La relación de las cosas de Yucatán* es la fuente más citada en relación con la deidad Ixtab y los suicidios en la comunidad maya colonial, no es la única. La violencia de los actos inquisitoriales desencadenó investigaciones oficiales por parte de las autoridades religiosas y políticas de la época, lo que llevó a la recopilación de múltiples testimonios de religiosos, políticos, civiles e indígenas. Documentos conservados en el Archivo de Indias, recopilados y organizados por Frances Scholes y Eleanor Adams en *Don Diego Quijada, Alcalde Mayor de Yucatán 1551-1565* (1938), ofrecen un panorama más amplio sobre este periodo, incluyendo diferentes percepciones sobre el suicidio y la actuación de los franciscanos, incluido el propio Landa.

Los eventos inquisitoriales en Yucatán en 1562 fueron desencadenados por el hallazgo de vestigios rituales en una gruta, utilizados en sacrificios para intentar curar a (Juan) Nachi Cocom, gobernador de Sotuta, quien murió poco después a causa de su enfermedad. El descubrimiento de estas prácticas religiosas llevó al arresto y ahorcamiento de cientos de mayas en el patio del convento de Izamal. Sin contar con registros escritos, los franciscanos actuaron con la intención explícita de demostrar la culpabilidad de la élite maya, a quienes consideraban los principales responsables de las idolatrías⁶.

Con la autoridad para actuar como jueces eclesiásticos ordinarios sin necesidad de un obispo, los religiosos franciscanos iniciaron una persecución sistemática de idolatrías en Maní, que posteriormente se extendió a los cacicazgos de Hocaba-Homún y Sotuta. Durante meses de investigaciones y tormentos, se recopilaron pruebas que culminaron en sentencias ejecutadas de forma pública.

En los autos de fe celebrados por Fray Diego de Landa, los mayas fueron condenados a diversas penas que incluían el trasquilamiento, el uso de coroz y sambenito, los azotes, la obligación de prestar servicios y el pago de multas pecuniarias. Cada sentencia combinaba uno o varios de estos castigos. Además, la quema de los archivos mayas ocurrió casi con certeza en el transcurso de estos actos inquisitoriales, dado que fue una ejecución pública que el propio Landa describe en su obra:

⁶ La apostasía y el paganismo maya no solo constituían una traición al control religioso que los franciscanos poseían sobre la población indígena, sino que estos poseían una implicación política, puesto que la lealtad a la religión maya significaba bajo la mirada española, lealtad a la estructura sociopolítica anterior al orden colonial. Cualquier manifestación religiosa indígena era entonces entendida como un posible índice de una futura rebelión maya.

“(...) hallámosles gran número de libros de estas sus letras, y porque no tenían cosa en que no hubiese superstición y falsedades del Demonio, se los quemamos todos, lo cual sentían a maravilla y les daba pena.” (Landa, 2003).

Tras estos autos de fe, Landa solicitó el encarcelamiento de varias autoridades mayas, quienes fueron entregadas al alcalde mayor para ser retenidas hasta la conclusión de las averiguaciones y la emisión de sus sentencias. Según el testimonio de Sebastián Vázquez, oidor de la Audiencia, un total de 11,081 personas fueron afectadas por estos procesos:

- 4,549 fueron sometidas a tormentos.
- 6,330 recibieron penitencias sin uso de la tortura.
- 114 cuerpos fueron exhumados e incinerados.
- 157 mayas murieron a consecuencia de los tormentos.
- 32 quedaron permanentemente lisiados.
- 13 personas se ahorcaron.

Asimismo, se registró la huida de varios indígenas de sus comunidades, lo que implicó el abandono de los servicios que prestaban a los españoles (Álvarez, 2020).

Desde tiempos prehispánicos, la muerte y el suicidio ocuparon un papel central en la cosmovisión de los mayas. Ixtab, la diosa del suicidio, simbolizaba la muerte honrosa de quienes terminaban su vida por voluntad propia, conduciéndolos a un paraíso reservado para aquellos que morían sin derramar sangre ajena. Sin embargo, con la llegada de los colonizadores y la imposición del cristianismo, estas creencias fueron condenadas y reinterpretadas bajo la óptica de la herejía.

Los procesos inquisitoriales del siglo XVI, encabezados por los franciscanos, generaron una profunda fractura en la sociedad yucateca. La violencia ejercida contra los indígenas, especialmente durante las persecuciones de idolatrías, provocó que el suicidio adquiriera un nuevo matiz: el de una respuesta desesperada frente al sometimiento y la tortura. Con la llegada del obispo Francisco de Toral, la situación alcanzó un punto crítico. Según su testimonio, Yucatán estaba “a punto de perderse y alzarse” (Scholes y Roys, 1938), reflejando el nivel de tensión que se vivía entre la población indígena, los colonos españoles y los miembros de la Iglesia.

El epicentro del conflicto residía en la percepción del suicidio y la idolatría: mientras que Fray Diego de Landa veía en las prácticas mayas un acto de maldad y resistencia consciente contra la fe católica, el obispo Toral argumentaba que los indígenas aún eran neófitos en la religión cristiana y actuaban desde la “inocencia” y la desesperación. Esta discrepancia no solo determinó la liberación de los principales líderes mayas encarcelados en Mérida, sino que también llevó a la eliminación de la tortura como herramienta de conversión, en un intento por evitar una revuelta indígena.

Sin embargo, la confrontación entre ambas posturas generó repercusiones políticas y religiosas de gran alcance. En 1563, se recopilaron testimonios que sustentaban ambas perspectivas, combinando hechos verificables con declaraciones emocionales. Como resultado, Landa fue exonerado y posteriormente nombrado segundo obispo de Yucatán, consolidando su legado como defensor de la fe y estudioso de la cultura maya. En contraste, el alcalde mayor Diego Quijada fue destituido, juzgado y hallado culpable de múltiples crímenes, incluyendo su responsabilidad en los ahorcamientos de indígenas.

Este episodio histórico ilustra cómo la llegada del cristianismo transformó radicalmente la percepción del suicidio en la sociedad maya. Lo que en la época prehispánica era visto como un tránsito divino hacia el descanso eterno, se convirtió en un símbolo de desesperación y resistencia frente a la violencia colonial. Aunque Ixtab desapareció del imaginario colectivo con el tiempo, el suicidio en comunidades indígenas de Yucatán sigue siendo un problema vigente, heredero de un pasado marcado por la opresión y el choque de visiones del mundo.

A lo largo de la historia, el suicidio ha sido un fenómeno que ha generado interpretaciones diversas según el contexto cultural y social en el que se inscriba. En la cosmovisión maya prehispánica, el suicidio tenía un significado espiritual vinculado a la deidad Ixtab, protectora de aquellos que elegían la muerte por ahorcamiento. Sin embargo, la llegada de los colonizadores y la instauración del cristianismo transformaron radicalmente esta visión, reinterpretándola como un acto herético y criminal.

Uno de los episodios más documentados sobre la supuesta relación entre la cultura maya y el suicidio ocurrió en 1562, cuando Fray Diego de Landa emprendió una serie de procesos inquisitoriales en Yucatán, acusando a los indígenas de idolatría y sacrificios humanos. No obstante, estudios posteriores han cuestionado la veracidad de estos eventos. La antropóloga Inga Clendinnen (1982) analizó los relatos de sacrificios humanos y crucifixiones, señalando inconsistencias entre los testimonios obtenidos bajo tortura y la evidencia arqueológica. Su investigación sugiere que los informes de Landa pudieron haber sido influenciados por el celo religioso de los franciscanos y por la epistemología europea que intentaba interpretar las creencias mayas bajo una lógica cristiana.

A pesar de la amplia discusión sobre la veracidad de los sacrificios humanos, pocos estudios han profundizado en la figura de Ixtab y su relación con los ahorcamientos atribuidos a los mayas durante la Colonia. La mención de esta deidad proviene principalmente del testimonio de Landa, quien la cita como parte de su defensa ante las acusaciones presentadas por el Consejo de Indias en 1565. En su declaración, el fraile justifica la existencia de suicidios en las comunidades indígenas, argumentando que los mayas solían ahorcarse por motivos menores debido a su creencia en Ixtab:

“Y esto [ahorcarse] solíanlo ellos hacer muy fácilmente y por pocas cosas, porque decían iban a descansar con Ixtab, la diosa de los ahorcados...”

Asimismo, en un memorial dirigido al rey, Landa reitera que algunos indígenas se suicidaron “o de temor de sus delitos o por lo que Dios sabe”, reforzando la idea de que el suicidio era una práctica habitual en la sociedad maya. Sin embargo, la ausencia de menciones previas sobre Ixtab en otras fuentes prehispánicas ha llevado a cuestionar si realmente existía como una figura de culto o si fue una construcción derivada de la visión de los colonizadores sobre las prácticas indígenas.

La interpretación del suicidio en la cultura maya no solo ha sido un tema de debate histórico, sino que también tiene repercusiones en el presente. En comunidades indígenas de Yucatán, el suicidio sigue siendo un problema de salud pública, reflejo de factores sociales, económicos y culturales que influyen en la percepción de la vida y la muerte. Mientras que en el pasado el suicidio podía estar ligado a una creencia en el tránsito hacia un plano superior, hoy en día es una manifestación de vulnerabilidad y desesperanza ante condiciones de marginación y falta de acceso a recursos de salud mental.

La historia de Ixtab, ya sea como una deidad genuina o como una representación colonial de la realidad indígena, nos recuerda que las creencias sobre el suicidio no son estáticas, sino que evolucionan a través del tiempo. Comprender estos cambios es fundamental para abordar el problema desde una perspectiva culturalmente sensible y con un enfoque que respete la cosmovisión de las comunidades afectadas.

La representación del suicidio en la cultura maya ha estado marcada por interpretaciones externas que han distorsionado su significado original. Durante la colonización, Fray Diego de Landa describió a los mayas como una sociedad dominada por la idolatría y con una supuesta predisposición al suicidio frente a adversidades menores. Su visión reduccionista los presentaba como un pueblo que, impulsado por un fervor religioso inquebrantable, recurría al ahorcamiento para evitar el sufrimiento y la muerte. Sin embargo, los testimonios documentados desmienten esta perspectiva, evidenciando que la narrativa de Landa no respondía a una realidad objetiva, sino a los intereses coloniales que buscaban justificar la intervención religiosa y cultural.

Uno de los aspectos más polémicos de esta interpretación es la supuesta vinculación de Ixtab, deidad asociada al suicidio, con las prácticas rituales mayas. Sin embargo, el análisis de las fuentes sugiere que la figura de Ixtab pudo haber sido malinterpretada o incluso creada como un mecanismo de legitimación de la violencia colonial. A diferencia de otras deidades mayas, Ixtab no aparece en rituales ni cuenta con símbolos, rezos o espacios sagrados documentados en la tradición prehispánica. Es posible que Landa haya manipulado o reinterpretado la existencia de esta deidad para desviar la responsabilidad de los suicidios ocurridos durante los procesos inquisitoriales,

atribuyéndolos a una supuesta tradición cultural en lugar de reconocer el impacto de la represión religiosa.

Los testimonios de la época refuerzan esta hipótesis. Diversos relatos coinciden en que los procesos inquisitoriales fueron un factor clave en el incremento de suicidios entre los principales y sacerdotes mayas. Mientras algunos documentos sugieren que los religiosos no eran completamente conscientes del impacto de sus acciones, otros revelan que figuras como Landa minimizaban la importancia de estos actos. En su testimonio, el fraile argumentó que el sacrificio de infantes era un “mayor mal” que el ahorcamiento de sacerdotes mayas, lo que evidencia su falta de empatía ante estas muertes. Asimismo, fray Lorenzo de Bienvenida relató cómo Landa, en presencia del obispo y del cabildo, afirmó que podrían ejecutarse cientos de principales mayas sin que ello le generara conflicto de conciencia. Estas declaraciones demuestran que los religiosos no solo conocían los suicidios, sino que posiblemente comprendían su papel en la causa de estos actos.

La construcción colonial de Ixtab como símbolo del suicidio maya ha tenido repercusiones en la manera en que se ha entendido este fenómeno hasta la actualidad. Aunque la evidencia sugiere que el suicidio no era una práctica ritualizada en el mundo maya prehispánico, la narrativa impuesta por los cronistas coloniales ha influido en la percepción moderna de la cultura maya. Es necesario reconsiderar estas interpretaciones desde una mirada crítica, reconociendo el papel de la violencia colonial en la construcción de mitos que aún persisten en el imaginario colectivo.

Con relación a la influencia de Ixtab o cualquier otro culto nativo en el fenómeno de los ahorcamientos, no aparece contemplada en los testimonios

de ambas partes, tampoco es señalada en ninguna otra fuente colonial y sus posteriores menciones en textos académicos serían adornadas con influencias de la cultura azteca, siendo generalmente vinculada con las Cihuateteu, mujeres divinizadas al morir en el primer parto.

Es posible concluir que Ixtab formó parte de una mala interpretación⁷ del fraile, misma que a su vez hubiera sido alterada por los españoles a partir de los episodios inquisitoriales de 1562, por lo que se puede aseverar que la comunidad maya no rendía culto a ninguna deidad a través del suicidio por ahorcamiento y no poseía una deidad de la horca. Asimismo, se puede aseverar que la cita de Landa, profusamente empleada en trabajos académicos, es fruto de la opresión de un grupo colonizador que reescribe la identidad cultural del grupo colonizado a partir de sus impresiones, por lo que dar continuidad a su proposición es, a su vez, dar continuidad a su episteme colonialista.

Ixtab en el presente y uso paliativo en el tratamiento del suicidio

A lo largo de la historia, la figura de Ixtab ha sido utilizada como un símbolo que refuerza estereotipos sobre la cultura maya, perpetuando una visión exotizada y descontextualizada de sus prácticas sociales. Desde el siglo XVIII, los grupos de poder han construido un imaginario en el que la población maya es representada bajo narrativas cargadas de condescendencia y

7 En los trabajos de la autora Sara Álvarez (2020) citada en este capítulo, dónde puede verse con detenimiento que, una gran posibilidad es la confusión lingüística con la deidad de *Tabay*, relacionada con la caza del venado, mayormente con el uso de una cuerda. Algunas deidades mayas, también podían representarse tanto como masculinas y/o femeninas indistintamente del contexto, por lo que la anteriormente referida como femenina se leería *XTabay*, misma que ha sido referida en los imaginarios sociales actuales con atribuciones distintas a las de su contexto prehispánico.

paternalismo, atribuyéndole una supuesta inclinación cultural hacia el suicidio. Esta perspectiva, adoptada por la prensa y sectores académicos, es una manifestación sutil de racismo que desvincula las causas del fenómeno suicida de su verdadero contexto social y económico (Ramírez, 2020).

Es importante recordar que, desde la Conquista hasta la época postindependentista, los pueblos mayas han sido sometidos a un proceso de marginación y precarización que ha dejado secuelas profundas en su calidad de vida. Estas condiciones históricas tienen un impacto directo en indicadores biológicos y psicosociales, y su omisión en los estudios sobre suicidio desvirtúa cualquier interpretación antes de abordar otros enfoques, como el bioquímico.

La figura de Ixtab, presentada erróneamente como una deidad del suicidio, es un ejemplo claro de cómo ciertos conceptos fueron creados o reinterpretados durante la evangelización para justificar la imposición de una nueva cosmovisión. Del mismo modo en que los misioneros acuñaron términos como *Junap Kú*—una palabra inexistente en la epigrafía maya utilizada para promover la idea del dios único cristiano (Cruz, 2019)—, la construcción de Ixtab se basó en relatos coloniales más que en evidencias arqueológicas o históricas.

En años recientes, investigaciones científicas han cuestionado la existencia de Ixtab como deidad maya, señalando inconsistencias entre las ideas populares y los registros arqueológicos y documentales. Especialistas en ciencias sociales han insistido en la necesidad de mirar con dignidad a los pueblos mayas y evitar reducir su historia y tradiciones a simples elementos de folclor. La imagen de Ixtab fue utilizada, en sus primeras menciones, como una herramienta política para justificar los actos inquisitoriales de fray Diego de Landa, influyendo incluso en la interpretación del *Chilam Balam de Chumayel*.

Más que una entidad divina, Ixtab representa la persistencia de construcciones coloniales que aún influyen en la percepción contemporánea del suicidio en Yucatán. Superar estas narrativas requiere una mirada crítica que reconozca la complejidad de los factores sociales y económicos involucrados en este fenómeno, en lugar de perpetuar mitos que han distorsionado la historia maya hasta nuestros días.

A lo largo del tiempo, la figura de Ixtab ha sido utilizada como una explicación simplificada del fenómeno suicida en la región maya. En diversos artículos académicos sobre salud mental, como el de Baquedano (2009), en los comentarios de Arsenio Rosado y en proyectos de investigación como los realizados en la Facultad de Química de la UNAM, es común encontrar referencias que vinculan a Ixtab con una supuesta predisposición cultural o genética al suicidio en la población maya. Estas interpretaciones evocan, de manera implícita, la idea de un culto ancestral o de un “gen de antaño” que dificultaría el tratamiento adecuado del suicidio y su comprensión desde un enfoque integral.

Sin embargo, estos argumentos cumplen una función similar a la que en el siglo XVI sostuvo el fraile franciscano Diego de Landa: justificar una visión exotizada y determinista de la cultura maya, desvinculando el suicidio de sus verdaderas raíces en las condiciones socioeconómicas e históricas. En este sentido, la figura de Ixtab ha sido reciclada a lo largo de los siglos para reforzar la idea de que el suicidio en Yucatán es un fenómeno inherente a la identidad maya, en lugar de ser analizado desde un enfoque contextual que considere la marginación, la pobreza y el acceso limitado a servicios de salud mental.

Más allá de su dudosa existencia como deidad prehispánica, Ixtab representa un símbolo de cómo los discursos coloniales han permeado hasta la actualidad, influyendo en la manera en que se conceptualiza el suicidio en la región. Para comprender este fenómeno en su complejidad, es necesario superar estas narrativas simplificadoras y abordar el problema desde una perspectiva que reconozca los determinantes sociales, históricos y estructurales que afectan a la población maya.

Es fundamental que, dentro de los aspectos multifactoriales involucrados en el tratamiento del suicidio, se contemplen sus dimensiones histórica, social y económica, y que este enfoque se extienda en la región más allá de las directrices neuropsiquiátricas y psicológicas de los especialistas en salud mental. Estas consideraciones pueden evitar tanto distractores como el aislamiento de factores de igual o mayor relevancia, previniendo así determinismos biológicos que omiten las problemáticas sociales de los grupos mayas contemporáneos.

Consideraciones finales

En las últimas décadas, el pasado de este episodio histórico se ha reflejado romántico y exótico en leyendas modernas confundidas con raíces prehispánicas resilientes en Yucatán. Durante décadas se ha extendido el imaginario de que los antiguos mayas se quitaban la vida a través del ahorcamiento como un acto de honor y que estos creían en una deidad que protegía a aquellos que se quitaban la vida ahorcándose, hoy conocida como Ixtab.

Estas premisas han trascendido en el tiempo, alumbrando una aproximación errónea sobre el suicidio en la comunidad maya. Conceptos como honor y respeto se entremezclan con el exotismo con el que se admira,

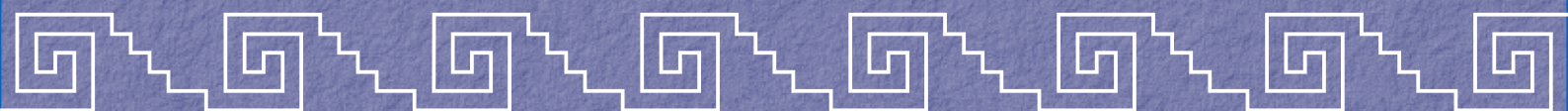
siempre desde la distancia, a la cultura maya. Lo anterior, se identifica en la persistencia de trabajos académicos de múltiples disciplinas y autores que introducen en sus textos a la deidad maya Ixtab y el honor del suicidio como ejemplo de una aproximación sensible y provechosa sobre el fenómeno autolítico y de la autoeliminación.

Estas aproximaciones pretenden abordar la elevada tasa de suicidios en el Yucatán contemporáneo. No obstante, el ahorcamiento como manifestación cultural y el culto a Ixtab, la diosa del ahorcamiento, no parecen tener mucha relevancia en los testimonios coloniales en torno a este episodio histórico ni en la obra de los testigos. Estas premisas se han erigido en la academia y en la prensa como índices de una identidad cultural indígena que se ha mantenido resiliente durante siglos.

Esta manipulación ha causado una erosión cultural y una instrumentalización del suicidio por ahorcamiento entre la población yucateca a lo largo del tiempo. La manipulación de la cultura indígena iniciada en el proceso de invasión y colonización española debe ser reconocida y corregida, por lo que se espera el replanteamiento de esta concepción. Pese a que el ahorcamiento como manifestación cultural y el culto a la diosa Ixtab no parecen tener mucha relevancia en la obra de fray Diego de Landa, estas consideraciones se han erigido en las últimas décadas en la literatura como un reflejo romántico y exótico de las raíces prehispánicas resilientes entre los miembros de la comunidad maya.

Estas premisas han trascendido en el tiempo y son empleadas en la actualidad como una explicación y justificación a la elevada tasa de suicidios en el Yucatán contemporáneo. Este discurso romantiza el suicidio, desprestigia a las comunidades indígenas y desvirtúa una problemática de salud pública de carácter urgente. Yucatán debe abandonar a la que nunca fue su diosa del suicidio, una deidad cuya relación con el ahorcamiento parece haber tenido origen en la no tan inocua defensa de fray Diego de Landa.

Tenemos la esperanza de que futuras investigaciones puedan ser capaces de enfocarse en variables que siempre han estado ahí y no en distractores, producto de malas interpretaciones del pasado, o creaciones con fines políticos para la defensa de actos inquisitoriales. También evitamos caer en sesgos que producen formas de violencia pasiva al no arrastrar ideas racistas sobre la población maya. Los aspectos históricos, sociales y económicos de cada región pueden ser grandes puntos que no han tenido la consideración necesaria, así como otros aspectos relacionados con las neurociencias y la salud mental que merecen mayor atención.



CAPÍTULO 6.

NARRATIVAS SOBRE IDEACIÓN SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE CINCO COMUNIDADES YUCATECAS

Damaris Estrella Castillo
Héctor Rubio Zapata
Javier Perera Ríos
Roberto Vázquez Euán

Cuerpo Académico de Salud Pública – Universidad Autónoma de Yucatán

Alina Marín Cárdenas
Cuerpo Académico Nutrición Humana – Universidad Autónoma de Yucatán

Resumen

Se analizan narrativas sobre ideación suicida en niños y adolescentes, empleando un cuestionario para identificar síntomas de depresión relacionados con el suicidio.

Los que respondieron afirmativamente al reactivo 9, que evalúa la ideación suicida, fueron seleccionados para entrevistas a profundidad, dado su valor clave en la detección del riesgo.

Los resultados revelan que aspectos como la soledad, depresión, ansiedad, consumo de alcohol, sexualidad, conflictos familiares y el uso inadecuado de la tecnología son temas relevantes en las experiencias de los niños y adolescentes. Mediante la teoría fundamentada, se analizó cómo estos factores interactúan con el entorno y las influencias externas. Aunque estos hallazgos ofrecen una aproximación al fenómeno, subrayan la necesidad de proporcionar apoyo y tratamiento oportuno, empleando estas narrativas como base para diseñar intervenciones y estrategias de apoyo para quienes enfrentan ideación suicida.

Palabras clave: Ideación suicida, Narrativas, Salud mental comunitaria

Introducción

Crear o escuchar una narrativa es un proceso participativo que depende de los recursos individuales y culturales. Las narrativas son efectivas para el aprendizaje y la comprensión de los demás porque brindan contexto de experiencias no vividas personalmente (Kleinman, 1988). Al escuchar una historia, se inicia una búsqueda por el significado y se crea una narrativa co-construida entre el mundo de la historia y el mundo en el que se cuenta. Narrar es una forma básica de humanos de dar significado a la experiencia. Al expresar e interpretar la experiencia, las narrativas son intermediarias tanto del mundo interno de pensamientos y sentimientos, como del mundo externo de acciones y situaciones (Hamui, 2011).

Las narrativas representan un marco teórico que brinda un contexto amplio para comprender los relatos individuales. Las narrativas son formas de pensamiento que organizan la experiencia y crean dos escenarios fundamentales: uno en la acción y otro en la conciencia que son esenciales y diferentes. La interpretación que se le otorga a los eventos dentro de un relato refleja las expectativas y la comprensión en un mundo social y moral específico, y las narrativas se contextualizan dentro de un mundo de significados sociales particulares. Las narrativas funcionan como mediadoras en la construcción de la realidad y actúan como herramientas poderosas en la socialización de valores y perspectivas del mundo (Capps, 1995).

Los relatos improvisados en las interacciones son abiertos y están sujetos a diferentes interpretaciones influenciadas por los conocimientos previos, creencias, emociones y sentimientos (Boud, Cohen y Walker, 2011). Si un relato no tiene un significado en una estructura cultural, no tiene sentido contarlo. Aunque los investigadores en ciencias sociales y culturales han recopilado muchos relatos de sus informantes, no siempre han prestado atención a la forma en que estos son narrados. La interacción entre los esquemas narrativos, las narrativas performativas y los contenidos referenciales es cada vez más importante en los estudios cualitativos. El estudio de la subjetividad social nos lleva a comprender cómo las acciones están influenciadas por el contexto de sentidos y significados en el que surgen.

La acción social no es algo espontáneo, está vinculada a un contexto temporal y espacial específico. Por lo tanto, comprender la subjetividad humana implica sumergirse en la acción social y toda su complejidad de sentidos y significados. La comprensión de la sociedad desde la perspectiva subjetiva implica ver al individuo como un agente social y la realidad como

una construcción siempre en progreso (Hamui, 2011). Esto requiere una reevaluación de la interpretación en términos metodológicos.

La teoría fundamentada se basa en la idea de que la realidad social es construida a través de la narrativa (Contreras *et al.*, 2020). Las narrativas son historias que nos contamos a nosotros mismos y a los demás sobre cómo vemos y entendemos el mundo que nos rodea. En este sentido, las narrativas son fundamentales en la teoría porque nos permiten comprender y explicar las relaciones sociales y los fenómenos que ocurren en nuestra sociedad.

Las narrativas son herramientas poderosas porque influyen en cómo pensamos y actuamos. Por ejemplo, la narrativa dominante en una sociedad puede justificar y perpetuar sistemas de opresión y desigualdad (Lúquez, 2016). Por otro lado, las narrativas alternativas y subalternas pueden ser utilizadas como un medio para cuestionar y resistir las narrativas dominantes, y para construir una visión más inclusiva y equitativa del mundo.

Además, en la teoría fundamentada, la importancia de las narrativas radica en su capacidad para proporcionar una comprensión profunda y contextualizada de los fenómenos sociales. Al centrarse en las experiencias subjetivas de las personas y en las narrativas que se construyen, la teoría fundamentada permite un análisis más completo y riguroso de la realidad social (Lúquez, 2016).

Las narrativas son esenciales en la teoría fundamentada porque nos permiten entender y explicar la realidad social de manera más profunda y contextualizada. Al cuestionar y resistir las narrativas dominantes y al construir narrativas alternativas y subalternas, las narrativas nos brindan la oportunidad de construir un mundo más inclusivo y equitativo.

Una narrativa del padecer se refiere a un relato que describe el sufrimiento o dolor experimentado por un individuo o grupo de personas. Puede incluir desde experiencias personales hasta historias colectivas y puede ser narrada en forma de historias, poesía, canciones, entre otros medios. Esta narrativa puede tener diferentes objetivos, como concientizar sobre una problemática social, dar voz a aquellos que han sufrido injusticias o abusos o simplemente permitir que la persona o grupo que ha sufrido pueda procesar y comprender su dolor. Además, la narrativa del padecer puede ser utilizada como una forma de resistencia y empoderamiento y permitir que aquellos que han sufrido tengan una plataforma para compartir sus historias y ser escuchados. También puede servir como un recordatorio para la sociedad sobre la importancia de abordar y prevenir el sufrimiento y la injusticia (Kleinman, 1988). En resumen, la narrativa del padecer es una forma de expresión del dolor y el sufrimiento, que puede tener un impacto profundo en la sociedad y en las vidas individuales.

Las narrativas de la ideación suicida en niños y adolescentes son importantes porque pueden ser un indicador de una posible crisis emocional o de salud mental. La identificación temprana y el tratamiento adecuado de la ideación suicida puede ayudar a prevenir comportamientos autodestructivos y salvar vidas. Además, las narrativas también pueden ser útiles para entender las motivaciones y pensamientos detrás de la ideación suicida, lo que puede ayudar a desarrollar estrategias de prevención más efectivas. Es importante tomar en serio las narrativas y buscar ayuda profesional si se sospecha de ideación suicida en un niño o adolescente.

Desde una perspectiva médica convencional, los comportamientos suicidas y el suicidio a menudo son resultado de problemas de salud mental

o física y están asociados con el estrés psicosocial (Buitrago *et al.*, 2016). Estos pueden ser tratados con medidas farmacológicas o psicoterapéuticas, según sea necesario. Sin embargo, para las comunidades indígenas, la pérdida de tierras, economía, tradiciones y costumbres, educación y salud debido a la pobreza sistémica, puede afectar su bienestar y sistema de creencias (Roberts & Chen, 1995). Como resultado, las conductas suicidas y el suicidio pueden ser vistos como medidas desesperadas y de protección de la vida, ante la percepción de la pérdida total de la dignidad y surgen como respuesta a los problemas que enfrentan (Buitrago *et al.*, 2016).

Los altos índices de suicidio entre los pueblos indígenas en Norteamérica, Canadá, Australia, Europa y Latinoamérica son resultado de una combinación de factores culturales, sociales, económicos y políticos: 1) Trauma histórico derivado de la colonización, pérdida de tierras y recursos, la asimilación forzada de una cultura cambiante y la opresión a menudo ha causado un profundo trauma y desconexión con la cultura y la comunidad (Psacharopoulos & Patrinos 1994), 2) Desigualdad social y económica porque las comunidades indígenas a menudo experimentan altos niveles de pobreza, desempleo y falta de acceso a servicios básicos de salud y educación, lo que contribuye a sensaciones de desesperanza y estrés (Ramírez *et al.*, 2018); 3) Discriminación y estigma pueden afectar negativamente la autoestima y la salud mental de niños y adolescentes (Tighe *et al.*, 2017).

En Yucatán, la tasa de suicidio en 2022 fue de 6 por cada 100,000 habitantes, ubicándose en segundo lugar a nivel nacional y acercándose a la media nacional de 6.6 (Yucatán, 2023). Entre enero y el 8 de febrero de 2008, se reportaron 28 suicidios. Además, según Basto, Cutz y Pérez (2024), el número de suicidios mostró una tendencia ascendente entre 2012

y 2022, pasando de 155 casos en 2012 a 373 en 2022. Este incremento más que duplicó las cifras en una década, evidenciando un aumento sostenido del fenómeno en la región.

Desde 2012 hasta 2021, en los hombres hay tasas más altas de suicidio en comparación con las mujeres. Esta disparidad es evidente cada año, por lo que es necesario abordar específicamente las preocupaciones de salud mental en la población masculina. Sin embargo, aunque las tasas de suicidio entre mujeres son generalmente más bajas en comparación con los hombres, también se observa un aumento gradual. Las mujeres pasaron de una tasa de suicidio de 2.8, en 2012, a 5.4, en 2021, lo que representa un incremento significativo (Basto, Cutz & Pérez, 2024).

En este mismo estudio revelan que tanto hombres como mujeres muestran una frecuencia más alta de suicidios entre las edades de 20 a 29 años y 30 a 39 años. No obstante, existen diferencias notables entre los géneros en ciertos grupos de edad. Las mujeres adolescentes y las mayores de 60 años muestran patrones de comportamiento suicida diferentes en comparación con los hombres. En las mujeres, hay una mayor incidencia de suicidios entre las adolescentes que entre las mujeres mayores. Por el contrario, en el caso de los hombres, la tendencia es opuesta.

Esta información subraya la necesidad urgente de abordar las causas subyacentes y desarrollar estrategias efectivas para prevenir las pérdidas humanas y promover la salud mental en la sociedad.

Algunos pueblos indígenas no ven la muerte autoinfligida y las conductas suicidas como un problema de salud, sino como una forma de alcanzar la armonía o buscar un sentido de la vida. Estos actos suelen tener un

significado espiritual o relacionado con fuerzas internas en su cultura (Psacharopoulos & Patrinos, 1994). No hay mucha información sobre el suicidio entre los mayas yucatecos prehispánicos. Algunos estudios sugieren que el suicidio podría haber sido visto como una forma de escape de la vida y una manera de alcanzar la muerte con honor. Sin embargo, esta es solo una teoría y no hay evidencia concreta para respaldarla (Casares & Estrella, 2020). La falta de registros escritos hace que sea difícil determinar cómo se trataba el suicidio en la cultura maya yucateca de la época prehispánica. Sin embargo, en un estudio previo se encontró que las cifras de suicidio en Yucatán no tienen ninguna conexión con un aspecto cultural o religioso de algún culto prehispánico, incluyendo la idea de una deidad del suicidio. Esta idea es un error de interpretación debido a la falta de evidencia de principios del siglo XX al tratar de dar sentido a las imágenes en los códices mayas (Casares & Estrella, 2020).

Explorar las narrativas de ideación suicida en niños y adolescentes ofrece perspectivas valiosas sobre las causas subyacentes de este fenómeno y las formas más efectivas de abordarlo. Además, permite identificar diferencias culturales y de género en la experiencia de la ideación suicida dentro de este grupo, así como su impacto en el acceso a servicios de salud médica y psicológica.

Las narrativas de suicidio también pueden estar influenciadas por factores culturales y sociales específicos de cada comunidad indígena (Tighe *et al.*, 2017). Por lo tanto, se requieren soluciones culturalmente sensibles y enfocadas en las personas comunidad para abordar este problema complejo. En este sentido, el concepto de conducta suicida incluye ideación suicida (pensamientos sobre el suicidio), intento de suicidio (conducta potencialmente lesiva

con la intención de causar la muerte) y gesto suicida (conducta potencialmente lesiva sin intención de matarse) (National Action Alliance, 2018).

El conocimiento de las narrativas sobre el suicidio es importante para prevenir la ideación suicida en niños y adolescentes, ya que permite comprender los factores que pueden contribuir en la aparición de pensamientos suicidas en estos grupos. Al entender estas narrativas, los profesionales de la salud mental y otros trabajadores pueden identificar y abordar las causas subyacentes del sufrimiento, ayudar a desafiar pensamientos negativos y a promover pensamientos más positivos y saludables y brindar apoyo y recursos a los jóvenes para superar dificultades y mejorar su bienestar emocional y psicológico.

La ideación suicida en niños y adolescentes es un problema serio que puede tener graves consecuencias en su bienestar emocional y físico. Se debe tener en cuenta que esta población es más vulnerable y que pueden experimentar una amplia variedad de factores que aumenten su riesgo, como el acoso escolar, problemas familiares, depresión y ansiedad (Cañón & Carmona, 2018).

Es importante identificar cualquier signo de ideación suicida, como cambios en el comportamiento, cambios en el apetito y el sueño, retraimiento social y cualquier mención explícita de querer hacerse daño a sí mismo. Es importante referir que, si se sospecha de ideación suicida, es fundamental buscar ayuda profesional de inmediato, ya sea a través de un terapeuta o un psiquiatra. También es importante brindar apoyo emocional y un entorno seguro para el niño o adolescente, y fomentar su participación en actividades positivas que les brinden un sentido de propósito y satisfacción. En general, la ideación suicida en niños y adolescentes es un problema grave

que requiere atención y acción inmediata. Es importante estar atentos a los signos y buscar ayuda profesional para prevenir una tragedia. Por lo tanto, el conocimiento de las narrativas sobre el suicidio es un componente clave para la prevención efectiva de la ideación suicida en niños y adolescentes (Aguirre & González, 2023).

Por otro lado, a pesar de los esfuerzos de organizaciones indígenas y entidades gubernamentales por hacer visible a los pueblos indígenas en una sociedad en la que son una minoría, estos han sido marginados y excluidos (Villatoro, 1996). Este estudio se centra en la población indígena yucateca de México que se enfrenta a desigualdades y a un abordaje insuficiente de sus problemas de salud mental, especialmente en cuanto a suicidios. Algunas poblaciones indígenas han experimentado un impacto social y económico que afecta su salud mental y lleva a un aumento en la tasa de suicidios.

La intervención en prevención y tratamiento ha sido limitada debido a una falta de comprensión de la cosmovisión indígena, que varía entre los diferentes comunidades. Por lo tanto, es necesario abordar este problema desde una perspectiva participativa de las comunidades afectadas y utilizar un enfoque transdisciplinario que brinde resultados más relevantes para los pueblos indígenas.

El objetivo de esta investigación fue comprender las causas y las diferencias culturales y de género en la ideación suicida en niños y adolescentes indígenas para utilizar esta información a fin de desarrollar intervenciones preventivas y de tratamiento efectivo para mejorar su salud mental y reducir el riesgo de suicidio en estos grupos.

Metodología

Para esta investigación aplicamos un cuestionario sociodemográfico y el cuestionario de depresión infantil (CDI) desarrollado por Kovacs (1977) para identificar síntomas de depresión en niños y adolescentes (Kovacs, 2004) durante 2021 y 2022. El cuestionario de depresión infantil de Kovacs es una herramienta de evaluación diseñada para medir la presencia y la gravedad de la depresión en niños y adolescentes. Fue desarrollado por el Dr. Kovacs, consta de una serie de preguntas y afirmaciones que deben ser respondidas por el niño o por un adulto que conoce bien al niño. Las preguntas abarcan temas como la tristeza, la pérdida de interés en actividades previamente disfrutadas, la alteración del sueño y el apetito, entre otros síntomas asociados con la depresión. El cuestionario de Kovacs es una herramienta útil para identificar a los niños que han experimentado depresión y, para ayudar en el diagnóstico y tratamiento adecuado.

Este cuestionario consta de 27 ítems que evalúan síntomas afectivos, cognitivos, comportamentales y somáticos. Durante la aplicación, se pide al participante que marque la opción que mejor describe su estado de ánimo, pensamiento y sentimientos en las últimas dos semanas. El encuestado puede elegir entre tres opciones que van desde 0 (ausencia de síntoma) hasta 2 puntos (síntoma grave). Los estudios de confiabilidad muestran una consistencia interna aceptable, con un coeficiente de .71 a .89 (Feliciano & Cumba, 2014).

El cuestionario está basado en cinco factores relacionados con la depresión: ánimo negativo, problemas interpersonales, ineficacia, anhedonia y autoestima negativa. Los puntajes van de 0 a 19, no depresión; de 20 a 29, depresión leve; de 30 a 39, depresión moderada; y 40 o más, depresión grave.

Se usó un punto de corte de 19 para detectar posibles casos de trastorno depresivo. A los participantes que contestaron afirmativamente al reactivo

9 sobre suicidio, les hicimos una entrevista a profundidad. Se les preguntó sobre sus sentimientos, pensamientos de daño propio y suicidio, preocupaciones y si confían en alguien para hablar sobre sus sentimientos. El análisis de las entrevistas a profundidad se realizó desde la teoría fundamentada: a) recopilación de datos, recopilamos las narrativas e historias sobre ideación suicida en los niños y adolescentes de 5 comunidades: Tizimín, Dzitya, Dzidzantún, Molas y Chankom, b) se codificaron para establecer patrones y temas recurrentes, c) analizamos los datos codificados para identificar las categorías o temas que emergieron de las narrativas y su relación con la ideación suicida, 4) interpretamos los resultados considerando la perspectiva cultural en el contexto que se produjeron y, 5) finalmente, se comprobaron los hallazgos con otras fuentes de datos, como estudios previos o entrevistas con expertos en la materia.

Es importante señalar que a los 24 adolescentes y niños que puntuaron para ideación suicida fueron canalizados al servicio de psiquiatría. Usamos el paquete Atlas.ti para identificar patrones y tendencias en los datos y se crearon relaciones.

Las comunidades

Los niños y adolescentes entrevistados fueron de 5 comunidades yucatecas: Tizimin, ubicada al noroeste. Según el Censo de Población y Vivienda (2020) la población total era de 80,672 habitantes, con un 50.3 % (40,618) mujeres y un 49.7 % (40,054) hombres. La concentración mayor se encuentra en la población adolescentes entre los 15 a los 19 años con un total de 7677 habitantes, 10 a 14 años (7637 niños) y de 5 a 9 años (7316). Es la quinta comunidad más poblada del Estado de Yucatán (INEGI, 2020).

Dzityá es una comisaría de la ciudad de Mérida, ubicada a 15 kilómetros al noroeste de la misma ciudad. El nombre de Dzityá proviene de dzit que significa en lengua maya contar y la partícula significa zapote. Según el Censo, en el 2020, eran 2369 habitantes de los cuales 1146 mujeres y 1223 hombres. Siendo la mayor concentración de adultos jóvenes entre los 15 a los 59 años. A este lugar se le conoce regionalmente por sus artesanías de tallado y labrado de piedra y de madera dura (INEGI, 2020).

Otra de las comunidades en el municipio de Dzidzantún está situada en la parte nororiental del estado. Dzidzantún significa lo que está escrito en piedra. Yucatán, según el Censo (2020) tenía 7530 habitantes de los cuales 3746 eran mujeres y 3284 hombres de los cuales la mayor concentración de población se encuentra en los grupos de adolescentes y adultos jóvenes de 6 a 14 años, siendo 469 mujeres y 509 hombres y adultos jóvenes de entre 15-59 años; de ellos 2325 son mujeres y 2272 son hombres (INEGI, 2020).

Molas es una comisaría perteneciente al municipio de Mérida, es una zona sujeta a conservación ecológica por la Reserva Cuxtal. Se ubica a 16 kilómetros al sur de la ciudad de Mérida, según el Censo, en el 2020, había 2401 habitantes, siendo 1201 mujeres y 1200 hombres. La concentración mayor de población se encuentra entre la población de niños y niñas, 354 adolescentes y adultos jóvenes con un total de 1515 habitantes (INEGI, 2020).

Finalmente, el municipio de Chankom, localizado al centro sur del estado, aproximadamente a 123 kilómetros, según el Censo (2020) contaba con 4686 habitantes de los cuales 2327 mujeres y 2359 por hombres. Los rangos de edad que concentraron mayor población fueron 15 a 19 años (480 adolescentes), 10 a 14 años (468 jóvenes) y 0 a 4 años (441 niños). Entre

ellos concentraron el 29.6 % de la población total, como se muestra en la figura 1, (INEGI, 2020).

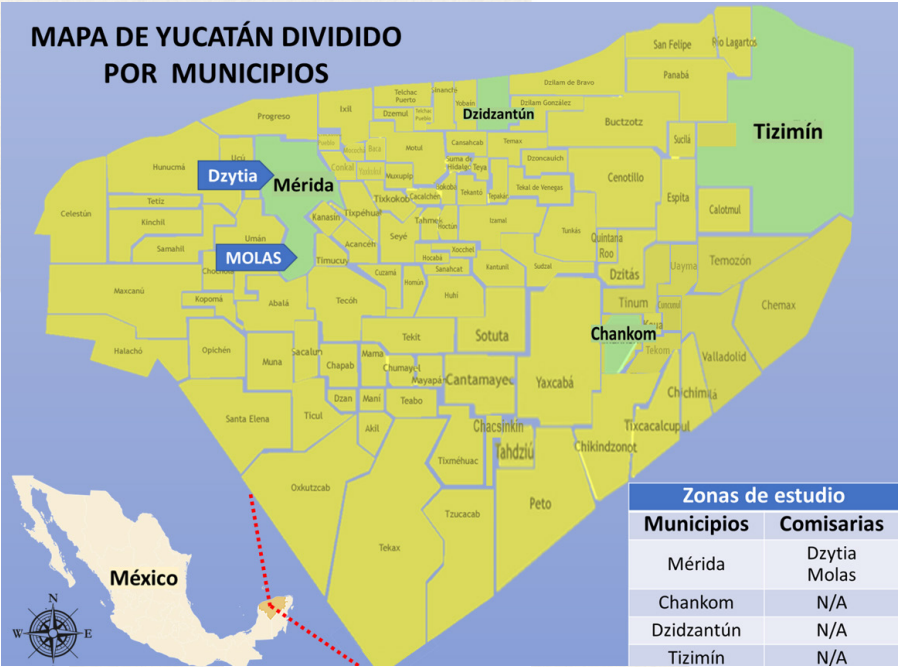
En la figura 5 se presenta la ubicación geográfica de las cinco comunidades seleccionadas para la recolección de datos: Tizimín, Dzityá, Dzidzantún, Molas y Chankom. En estas localidades se llevó a cabo un estudio exhaustivo enfocado en las narrativas e historias relacionadas con la ideación suicida en niños y adolescentes. Este proyecto fue posible gracias al financiamiento de la Fundación Kellogg, a través del Programa Integral de Rehabilitación Intercultural (PIRI). La iniciativa permitió abordar las problemáticas de salud mental de manera integral y contextualizada, generando información clave para diseñar futuras estrategias de intervención y apoyo específicas para estas comunidades.

La elección de estas comunidades no fue aleatoria, sino basada en criterios que consideraron tanto la alta vulnerabilidad social como la limitada disponibilidad de recursos para la atención de la salud mental. Cada comunidad ofreció un contexto único que permitió comprender cómo factores como la estructura familiar, las tradiciones culturales y las dinámicas sociales influyen en las experiencias de ideación suicida. Este enfoque contextualizado buscó capturar las particularidades de cada localidad y cómo estas moldean las necesidades y las posibles soluciones para abordar la problemática de salud mental en niños y adolescentes.

Además, la implementación del proyecto incluyó una colaboración activa con líderes comunitarios y actores clave locales, lo que permitió un acceso respetuoso y confiable a las familias participantes. Este enfoque intercultural

facilitó no solo la recopilación de datos, sino también el desarrollo de recomendaciones específicas y culturalmente sensibles. Los hallazgos derivados de este estudio proporcionan una base sólida para proponer intervenciones que consideren las características únicas de cada comunidad, con el objetivo de mejorar el bienestar emocional y reducir los factores de riesgo asociados con la ideación suicida en estos contextos.

Figura 5. Ubicación geográfica de las comunidades



Fuente: Elaborado por MIS Javier Perera Ríos.

Características de los niños y adolescentes

El estudio incluyó a 157 niños y adolescentes, de los cuales el 53 % eran mujeres (83) y el 47 % hombres (74). La investigación se llevó a cabo entre enero de 2021 y febrero de 2022, utilizando una metodología participativa que involucró asambleas comunitarias para invitar y dialogar directamente con los participantes. Para garantizar el cumplimiento ético, los tutores legales firmaron cartas de consentimiento informado, mientras que los niños y adolescentes dieron su asentimiento por escrito para participar en el estudio.

En promedio la edad de los participantes fue de 10.74 ± 3.7 años: 7-9 años ($n=73$), 10-12 años ($n=22$) y 13-15 años ($n=62$). 101 (64 %), ellos cursaban nivel escolar de primaria y 56 (36 %) secundaria. De los cuales 10 mujeres y 7 varones presentaron algún nivel de depresión y 24 puntuaron positivo en el reactivo 9.

Tabla 8. Características sociodemográficas

Variables sociodemográficas	Cantidad	Porcentaje
Sexo		
Femenino	83	53
Masculino	74	47
Edad		
7	33	21
8	32	20
9	8	5
10	10	7
11	5	3
12	7	4
13	8	5
14	26	17
15	28	18
Nivel escolar		
1º de primaria	41	26
2º de primaria	14	9
3º de primaria	13	8
4º de primaria	10	6
5º de primaria	14	9
6º de primaria	9	6
1º de secundaria	13	8
2º de secundaria	16	10
3º de secundaria	6	4
1º Bachillerato	10	7
2º Bachillerato	5	3
3º Bachillerato	6	4
Región		
Dzitya	14	9
Dzidzantún	18	11
Tizimin	22	15
Molas	77	49

Elaboración propia con investigación de campo.

Narrativas sobre la soledad

Las narrativas de los niños y adolescentes de entre 7 y 12 años, indican que la soledad puede ser entendida como una sensación de estar aislado o desconectado de los demás. Lo que puede manifestarse en los niños como

un sentimiento de tristeza, frustración, falta de comprensión y abandono. En algunos casos, la soledad se asocia con una falta de atención y apoyo por parte de sus padres o familiares, lo que puede afectar negativamente su bienestar emocional.

Los entrevistados Aaron (7 años), Karla (7 años), Mario (8 años), Sonia (8 años), Carlitos (9 años), Elena (9 años), German (12 años) y una entrevistada de 12 años comparten sus sentimientos de soledad y aislamiento. Aaron se siente solo por no ir a la escuela y no tener amigos, mientras que Karla se siente sola, a pesar de estar con su familia, ya que siente que no la entienden ni la incluyen. Mario y Sonia también se sienten solos en su casa, donde no tienen compañía ni apoyo. Carlitos se siente encerrado y solo, mientras que Elena siente que no existe y se siente triste. Por último, German se siente ignorado por su padre, quien parece estar siempre molesto y no hacerle caso, mientras que la entrevistada de 12 años se siente abandonada y no entiende lo que sus padres quieren de ella.

Las narrativas de los niños de edad comprendida entre 7 y 12 años muestran que la soledad puede ser una sensación de aislamiento o desconexión con los demás. Esto puede llevar a sentimientos de tristeza, frustración, falta de comprensión y abandono. En algunos casos, la soledad está relacionada con una falta de atención y apoyo por parte de sus padres o familiares, lo que puede afectar su bienestar emocional. Esta soledad puede ser una experiencia común, pero es importante abordarla y brindar apoyo a los niños y niñas para prevenir su impacto negativo en su desarrollo emocional.

El discurso se puede analizar como una representación de la percepción de la soledad, ellos describen que la soledad es entendida como una

sensación de aislamiento y desconexión con los demás y puede manifestarse como tristeza, frustración y falta de comprensión. Además, la soledad puede estar relacionada con la falta de atención y apoyo de los padres y familiares, lo que puede afectar negativamente en su bienestar emocional.

Narrativas sobre sintomatología depresiva

Las narrativas de los niños con diferentes edades que describen síntomas de depresión incluyen sentimientos de tristeza, llanto, irritabilidad, desmotivación, inseguridad, dolor y desinterés. Ellos parecen estar experimentando dificultades emocionales y psicológicas y señalan la falta de apoyo y comprensión por parte de su entorno. Es posible que estos síntomas afecten sus relaciones y su capacidad para disfrutar la vida.

Mario de 7 años dice *“siempre me siento muy triste”*. Ana, también de 7 años, describe *“a veces siento una tristeza inexplicable”* y comenta que le ha hablado a su madre, pero que no le importa. Luis, de 8 años, menciona que *“me da por llorar y todo me molesta”*. Marisa de 8 años *“me siento asustada por todo y solo pienso en llorar, pero nadie me entiende”*, y luego agrega *“siento que debo morirme”*. Ernesto, de 9 años, comenta que le cuesta mucho hacer las cosas y que muchas veces no tiene ganas. Lucía, de 9 años, dice que antes *“todo era divertido, pero ya no”*. Luis, con 13 años, comentó *“me dicen que soy muy enojón”*.

Por su parte, Lucia, de 13 años, *“me siento sin futuro y no entiendo para qué estudiar”*. Daniel, de 14 años, menciona *“me dicen que soy una decepción y que no me aplico [estudio y tengo buenas calificaciones]”*. De 14 años, Gabriela dice *“me duele no ser como su hermano”*. Juan, de 15 años, comenta *“ya no me interesa ni hacer la tarea y no siento que esforzarme*

me ayude". Mara, de 15 años, dijo que *"ya nada me divierte, pero no sabe por qué"*.

Con base a los testimonios de los niños y adolescentes, desde la teoría fundamentada, hay narrativas que reflejan la experiencia subjetiva de los niños y adolescentes con síntomas de depresión. Los sentimientos descritos como tristeza, llanto, irritabilidad, desmotivación, inseguridad, dolor y desinterés son síntomas típicos de la depresión. La falta de apoyo y comprensión por parte de su entorno puede agravar estos síntomas y afectar negativamente su desarrollo emocional y psicológico.

Es importante tener en cuenta que estos síntomas pueden tener un impacto significativo en la vida de los niños y adolescentes, incluyendo sus relaciones y su capacidad para disfrutar la vida. Por lo tanto, es necesario brindarles un apoyo adecuado y comprensión para ayudarlos a superar esta difícil situación.

Es importante señalar que la ideación suicida es un fenómeno multifactorial que involucra factores individuales, familiares, sociales y culturales. Este análisis representa solo una aproximación a la complejidad del problema, ya que no abarca otros elementos como los antecedentes de trauma, las condiciones socioeconómicas, el acceso a servicios de salud mental, entre otros. Por lo tanto, es necesario un enfoque integral que considere todos estos aspectos para diseñar intervenciones efectivas y brindar un apoyo adecuado que les permita superar esta difícil situación.

Narrativas sobre ansiedad

Los niños y los adolescentes entrevistados presentan síntomas de ansiedad, como inquietud, cansancio, dolor de cabeza, dificultad para dormir, sensación de enfado y preocupación excesiva. Estos síntomas pueden estar relacionados con factores emocionales como inseguridad, tristeza y frustración. Además, pueden estar influenciados por factores cognitivos como pensamientos negativos y rumiación, lo que puede aumentar su ansiedad y desencadenar pensamientos suicidas. Por último, el entorno puede desempeñar un papel importante en la narrativa de ideación suicida, como el acoso escolar y la presión familiar o social.

Las narrativas referidas por los niños y adolescentes se aprecian a continuación:

Luis (8 años), describe su ansiedad como *“una sensación de apuro e inquietud”*. Refiere que su pecho tiembla y siente un sentimiento extraño.

Ernesto, de 9 años, siente *“dolor de cabeza cuando experimento pensamientos incómodos”*.

Para Rosa, también de 9 años, *“la ansiedad me hace sentir cansada y sin ganas de hacer nada”*.

Marco de 10 años menciona que *“me cuesta trabajo dormir y siento como si algo estuviera mal”*.

Joaquín, de 13 años la describe como *“una sensación constante de enojo y frustración, especialmente en la escuela”*.

En el caso de Juan, de 14 años dice, “mi ansia empeora cuando no puedo dormir”.

Para Sebastián, de 15 años, su inquietud *“como preocupaciones constantes y la sensación de que algo malo va a pasar, algo que le sucede todos los días”*.

Estas narrativas describen los síntomas de ansiedad experimentados por los niños y adolescentes. Cada uno de ellos tiene una percepción diferente de ella, pero algunos de los síntomas comunes incluyen sensación de apuro, inquietud, dolor de cabeza, fatiga, dificultad para dormir, enojo, frustración, preocupaciones constantes y sensación de que algo malo va a pasar. Es importante tener en cuenta que la ansiedad puede manifestarse de manera diferente en diferentes personas y edades.

Aunque estos factores son relevantes para entender la ansiedad y su relación con la ideación suicida, es fundamental realizar un análisis integral que contemple otros elementos influyentes. Entre ellos se encuentran el acceso a redes de apoyo, antecedentes de experiencias traumáticas, las condiciones socioeconómicas, el contexto cultural y la disponibilidad de recursos de salud mental. Solo mediante un enfoque amplio y multidimensional se pueden atender de manera adecuada las necesidades de estos niños y adolescentes, desarrollando intervenciones que aborden la complejidad de esta problemática.

Narrativas sobre abuso de alcohol por parte de alguno de los padres

El suicidio, al igual que el trastorno por abuso de alcohol, debe considerarse una enfermedad grave que afecta no solo al individuo que lo padece, sino también a su entorno familiar y social (Olite, Aguiar, Guevara, López, & Luaces, 2014). Ambos fenómenos están determinados por una compleja interacción

de factores biológicos, psicológicos y sociales, lo que implica que no deben abordarse de manera aislada. Es crucial adoptar una postura analítica que permita comprender el suicidio no solo como un acto impulsivo, sino como una manifestación de trastornos más profundos, como la depresión, el abuso de sustancias y otros problemas de salud mental. Al igual que el alcoholismo, el suicidio debe ser considerado desde una perspectiva integral que reconozca su impacto multidimensional y los mecanismos subyacentes que lo provocan. Así, como académicos, es esencial avanzar en el estudio del suicidio con un enfoque que combine la investigación biológica, psicológica y social, para desarrollar estrategias de prevención y tratamiento más efectivas.

En el presente caso, se ha entrevistado a cuatro participantes que han sido afectadas por la bebida de un familiar cercano. Sus narrativas sugieren que los niños y adolescentes han experimentado dificultades debido al abuso de alcohol por parte de alguno de sus padres. La exposición a la violencia doméstica y el maltrato emocional puede tener un impacto significativo en el bienestar psicológico y emocional de los niños.

Daniel, de 8 años, describe que “cada vez que mi padre bebe, se pone molesto cuando llega a casa, y yo pienso en morirme”. Gabriela, de 10 años, cuenta que *“mi padre también bebe mucho y que cuando se pone muy molesto con su madre, la golpea, ella siente ganas de gritarle, matarse e irse lejos”*. Gabriel, de 14 años, confiesa que a veces él mismo bebe y que en esos momentos le vienen ideas de desaparecer y morirse.

Finalmente, Isela, de 15 años, dice “pienso en matarme cuando, debido al alcoholismo de su padre, hay problemas en la casa”.

Estas declaraciones ilustran la forma en que el abuso de alcohol puede tener graves consecuencias en la salud mental y emocional de las personas más cercanas al individuo que padece la enfermedad. Es importante buscar ayuda y tratamiento para tratar la enfermedad y prevenir consecuencias negativas para la familia y la sociedad en general, brindar apoyo y tratamiento adecuado para abordar la salud mental.

Los testimonios de los niños y adolescentes reflejan dificultades asociadas al consumo excesivo de alcohol por parte de alguno de sus padres, así como la exposición a violencia doméstica y maltrato emocional. Estos factores pueden afectar negativamente su bienestar psicológico y emocional. Asimismo, la presencia de alcoholismo en los padres sugiere una posible interacción entre factores genéticos y ambientales en el desarrollo de problemas de salud mental. Aunque este análisis ofrece una aproximación al fenómeno de la ideación suicida, es importante considerar otros elementos que influyen en su aparición. La ideación suicida debe ser vista como una señal de alarma que requiere atención clínica inmediata, junto con el apoyo y tratamiento adecuados para abordar de manera integral las preocupaciones relacionadas con la salud mental de estos menores.

Narrativas sobre sexualidad

En sus narrativas los entrevistados están experimentando conflictos en torno a su sexualidad y están enfrentando acoso físico o psicológico y rechazo por parte de sus compañeros y familiares. Esto puede llevar a sentimientos de inseguridad y baja autoestima y, en algunos casos, a ideación suicida.

Es importante que estos jóvenes reciban apoyo y comprensión, y que tengan acceso a recursos y oportunidades para explorar y conocer su identidad sexual de una manera positiva y segura.

En sus narrativas los niños y adolescentes refieren lo siguiente: Hugo, de 11 años, refiere dijo sentirse confundido y molesto por los comentarios que recibe en la escuela sobre su sexualidad. Él menciona no saber si es gay o no y dice que a veces piensa que es mejor morir. Lucía, también de 11 años, expresa *que no se siente aceptada tal como es y que no le gustan los niños*. José, de 12 años, refirió *“deseo saber más sobre sexualidad, pero no sé a quién acudir para hacer preguntas”*.

A su vez, Lucía, de 13 años, cuenta que una vez besó a una amiga, pero no está segura de cómo se sintió y desde ese momento, todos en su familia y entre sus amigos solo le hacen bromas al respecto. Mateo, de 14 años, ha tenido peleas dos veces debido a que la gente cree que le gustan los hombres. Él menciona sentirse molesto por eso y prefiere estar ni en su casa ni en la escuela. Sofía, de 15 años, expresa sentirse triste porque nunca ha tenido un novio y cree que es fea y nunca atraerá a nadie.

En general, estos jóvenes expresan sentirse confundidos, incómodos y a veces tristes debido a la percepción de los demás sobre su sexualidad y a su falta de información y apoyo.

Las narrativas sobre sexualidad sugieren que los niños y adolescentes entrevistados están lidiando con aspectos relacionados con su sexualidad porque enfrentan acoso y rechazo de parte de sus compañeros y familiares. Esto puede causar inseguridad y baja autoestima, y en algunos casos, pensamientos suicidas.

Narrativas sobre relaciones con los padres

Las narrativas de niños y adolescentes con ideación suicida que reflejan una serie de problemas y desafíos en sus relaciones con sus padres y con la tecnología. En las narrativas es posible identificar una sensación de no ser queridos o valorados por sus padres, una necesidad de buscar su aprobación y una sensación de no ser comprendidos.

Estos sentimientos pueden ser indicativos de una falta de amor propio y autoestima, como se ve en los siguientes casos:

Martha, de 8 años, dice: “Me siento desesperada por no sentir el cariño de mis padres”.

Miguel, de 9 años, comenta: “Me enfado tanto que rompo mis juguetes”.

Natalia, de 10 años, expresa: “Siempre estoy esperando un regaño”.

Luis, de 10 años, dice: “No entiendo por qué siempre tengo que pedir perdón”.

Armando, de 11 años, señala: “Siempre trato de agradar a mis padres, pero nada parece funcionar”.

Antonio, de 12 años, comentó que siente como si un peso muy grande fuera sobre él, y prefiere pasar tiempo con sus amigos para escapar de la tensión en casa. Amanda, también de 12 años, se siente como si siempre fuera la mala, a pesar de que están encerrados juntos. Ella dijo “*no me gusta estar en mi casa*”.

Estas narrativas pueden ser entendidas a través de la teoría del desarrollo social y emocional de Erikson (1963) , que destaca la importancia de las

relaciones interpersonales y la identidad en la formación de la salud mental en la infancia y adolescencia. Además, estas narrativas también pueden ser analizadas desde un enfoque sistémico que considera las relaciones y dinámicas familiares y el impacto de la tecnología en el desarrollo y bienestar de los jóvenes. En conclusión, estas narrativas sugieren la importancia de prestar atención a las relaciones y dinámicas familiares en el desarrollo de la salud mental de los niños y adolescentes.

Narrativas sobre el uso de la tecnología

El impacto de la tecnología en estas relaciones con los padres puede ser percibida como negativa, como se aprecia en los siguientes testimonios:

Para Amanda, de 12 años, “no disfruta de no tener crédito en su teléfono móvil”. Para ella, esto significa “no poder mantenerse conectada con sus amigos y familiares, lo que la hace sentir aislada, alejada”.

Por otro lado, Ernesto, de 9 años, se encuentra triste después de haber sido castigado por su padre y no tener acceso a su celular. Para él, el castigo es una privación que lo aleja de las actividades que disfruta, como jugar videojuegos o navegar por la red. Este castigo también “me hace sentir triste porque recuerdo que no pudo cumplir con las expectativas de mi padre”.

Al análisis de este discurso a partir de la perspectiva de la tecnología como un aspecto de la vida cotidiana que influye en las emociones y relaciones humanas. Se menciona que la ausencia de tecnología puede ser percibida como un castigo y que la falta de crédito puede causar tristeza y frustración. Esto sugiere que la tecnología es vista como una parte importante de la vida y que su ausencia puede tener consecuencias emocionales negativas. Además, se destaca el papel de la tecnología en las relaciones

con los padres y se sugiere que puede ser percibido de forma negativa. En este sentido, la tecnología se presenta como un factor que puede tener un impacto en las emociones y las relaciones humanas y que es necesario considerar en la comprensión de estas dinámicas.

Narrativas sobre COVID-19

La investigación de estas narrativas se llevó a cabo tanto durante y después del período de confinamiento, lo que sugiere que las expresiones y sentimientos de los niños y adolescentes podrían haber estado influenciados por esa situación sanitaria. Es esencial tener en cuenta que, durante este período de confinamiento, los jóvenes manifestaron preocupaciones palpables relacionadas con el COVID-19. Expresaron miedo de contraer COVID-19, lo que indica una preocupación por su salud y bienestar físico.

Ernesto (9 años) menciona tanto el miedo a enfermarse como el deseo de ver a otros y salir del encierro, lo que indica una combinación de ansiedad y soledad. También menciona que ya no quiere estar encerrado, lo que sugiere que el aislamiento prolongado está afectando su bienestar emocional y psicológico.

Desde la teoría fundamentada, los sentimientos expresados por Ernesto y otros niños y jóvenes, sobre el COVID-19, reflejan su percepción de la situación actual y su impacto en su vida cotidiana. La preocupación por su salud y bienestar, así como el miedo a contraer la enfermedad, indican una sensibilidad hacia los riesgos para su bienestar físico. Al mismo tiempo, la mención de su deseo de socializar y salir del confinamiento sugiere una necesidad de interacción social y una sensación de soledad en el aislamiento prolongado. Además, el deseo de salir del confinamiento y la expresión de

que ya no quiere estar encerrado aludes a un impacto negativo en su bienestar emocional y psicológico debido al aislamiento prolongado.

Las narrativas sobre COVID-19 sugieren que los niños y adolescentes están experimentando dificultades relacionadas con la pandemia de COVID-19 y pueden necesitar apoyo adicional para lidiar con sus emociones y preocupaciones. Es importante que los adultos proporcionen un ambiente seguro y apoyo emocional para ayudarlos a superar estas dificultades.

Las narrativas ponen de manifiesto las complejas interacciones entre factores familiares, ambientales y personales que contribuyen a la vulnerabilidad de los niños y adolescentes. Por ejemplo, la exposición al abuso de alcohol por parte de los padres emerge como un factor crítico que intensifica el malestar emocional y las ideas suicidas entre los jóvenes afectados. Esto subraya la necesidad urgente de intervenciones dirigidas no solo a los individuos afectados, sino también a sus entornos familiares y comunitarios.

El análisis desde la teoría fundamentada brinda una aproximación a las experiencias subjetivas de estos jóvenes, permitiendo explorar sus vivencias y desafíos. Este enfoque muestra cómo la soledad, la depresión, la ansiedad y otros problemas están profundamente vinculados con sus contextos familiares, sociales y culturales. Aunque este análisis aporta información valiosa, es necesario reconocer que representa solo una perspectiva del fenómeno. Para abordar las complejas necesidades emocionales y psicológicas de los niños y adolescentes, se requieren intervenciones holísticas que no solo consideren los síntomas individuales, sino también los factores contextuales que influyen en su bienestar.

En este trabajo, se busca evidenciar que la conducta suicida es el resultado de una interacción compleja y dinámica entre múltiples factores, que incluyen aspectos individuales, familiares, sociales y culturales. Si bien elementos como el alcoholismo en algunos padres o la restricción de dispositivos móviles emergen como factores relevantes en este grupo específico de estudio, no deben considerarse como las únicas explicaciones para la ideación suicida. Estos factores representan apenas una fracción de un fenómeno multifactorial mucho más amplio, que puede involucrar variables como antecedentes de trauma, problemas de salud mental, presión académica o social, aislamiento, violencia, y el acceso limitado a redes de apoyo y servicios de salud mental.

Es fundamental abordar la ideación suicida desde una perspectiva integral que reconozca esta complejidad, considerando tanto los factores presentes en el grupo estudiado como otros elementos que podrían influir en diferentes contextos. Solo mediante este enfoque es posible diseñar intervenciones que respondan a las diversas necesidades y realidades de quienes enfrentan este problema.

Se pretende resaltar que las causas del suicidio son multifacéticas, y deben ser analizadas en su totalidad, considerando factores biológicos, psicológicos, sociales y familiares. Al reducir la explicación a elementos específicos, se corre el riesgo de simplificar un fenómeno complejo. Por lo tanto, es fundamental adoptar un enfoque integral que permita comprender de manera más profunda las diversas influencias que pueden contribuir a la conducta suicida. Este enfoque multidimensional es clave para generar intervenciones más efectivas y ajustadas a la realidad de los individuos en riesgo.

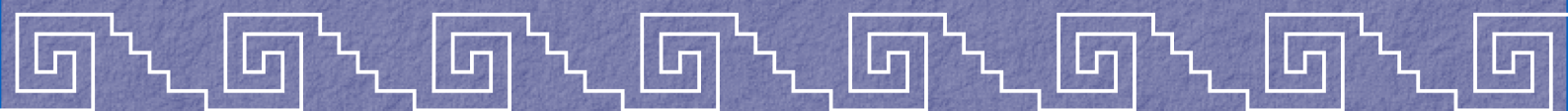
Es imperativo que los profesionales de la salud mental, educadores, familias y comunidades trabajen conjuntamente para crear entornos de apoyo,

comprensión y resiliencia que permitan a estos jóvenes navegar y superar sus desafíos emocionales y psicológicos.

Conclusiones

Se analizaron las respuestas de 24 niños y adolescentes de zonas rurales de Yucatán, principalmente estudiantes de primaria. Se observó que muchos de ellos experimentan soledad, describiéndola como aislamiento y desconexión, lo que genera tristeza, frustración y falta de comprensión. La ausencia de apoyo familiar impacta negativamente su bienestar emocional. Asimismo, los niños y adolescentes con síntomas de depresión expresaron tristeza, irritabilidad y desmotivación, y señalaron la falta de apoyo de su entorno. Brindarles el apoyo adecuado es crucial para prevenir efectos adversos en su desarrollo emocional.

La ideación suicida es un fenómeno complejo y multifactorial que no puede explicarse únicamente a partir de factores aislados. Si bien este estudio identifica elementos como el alcoholismo en algunos padres o la restricción de dispositivos móviles como factores asociados en el grupo estudiado, es importante reconocer que estos representan solo una parte de un panorama más amplio. La interacción de variables individuales, familiares, sociales y culturales, así como las particularidades de cada contexto, subraya la necesidad de un enfoque integral y multidimensional. Comprender esta complejidad es esencial para diseñar intervenciones efectivas que no solo aborden los síntomas, sino también los factores contextuales que contribuyen al malestar emocional y psicológico. Esto permitirá generar estrategias de prevención y atención más inclusivas y adaptadas a las diversas realidades de los niños y adolescentes, promoviendo su bienestar y salud mental de manera sostenible.



CAPÍTULO 7.

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DURANTE COVID-19

Damaris Francis Estrella Castillo
Héctor Rubio Zapata

Cuerpo Académico de Salud Pública – Universidad Autónoma de Yucatán

Armando López Estrella
Universidad Marista

Resumen

La sintomatología depresiva en niños y adolescentes es un tema importante que ha ganado interés en los últimos años debido a la creciente preocupación sobre la salud mental de los jóvenes. Con la pandemia de COVID-19, el interés en este tema se ha intensificado, ya que hay

un aumento en los problemas de salud mental en todo el mundo, incluyendo la depresión. Este estudio se enfoca específicamente en niños y adolescentes de cinco comunidades del sureste de México y cómo la pandemia de COVID-19 ha afectado su salud mental. La sintomatología depresiva se refiere a los síntomas físicos, emocionales y cognitivos que se asocian con depresión, tristeza, falta de energía y aislamiento social. Este tema es importante porque la depresión puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los jóvenes, afectando su rendimiento escolar, relaciones interpersonales y salud. Entender los efectos de la pandemia en la salud mental de los jóvenes puede ayudar a desarrollar estrategias efectivas para prevenir y tratar la sintomatología depresiva en esta población. El presente es un estudio prospectivo, observacional y transversal que examinó los síntomas de depresión en niños y adolescentes en cinco comunidades de Yucatán, México. La muestra por conveniencia incluyó a 157 participantes de entre 7 y 15 años, inscritos en escuelas públicas primarias y secundarias. El cuestionario de depresión infantil (CDI), tenía 27 preguntas y los usamos para evaluar los síntomas de depresión. Usamos un punto de corte de 19 para identificar posibles casos de trastorno depresivo en estudios de tamizaje. También aplicamos un cuestionario sociodemográfico y analizamos los datos utilizando el paquete estadístico SPSS v.21.

Palabras clave: Niñez, adolescencia, suicidio, depresión infantil, COVID-19

Introducción

Es normal que niños y adolescentes experimenten altibajos emocionales (Fernández *et al.*, 2022), sin embargo, cuando presentan decaimiento, anhedonia, cambios importantes en el peso corporal, trastornos del sueño, alteraciones psicomotoras, fatiga, sentimientos de culpa, falta de concentración o pensamientos

de muerte recurrentes, es posible que estén presentando depresión (DSM-5, 2014). Es importante detectar y manejar lo más temprano posible esta enfermedad, debido a que afecta la calidad de vida, aumenta la presencia de otras comorbilidades y el riesgo de mortalidad; por ejemplo, se ha reportado que a largo plazo estos niños y niñas tienen mayor riesgo de padecer depresión en la vida adulta (Pine *et al.*, 1999) aumento de la agresividad, conductas delictivas, reducción del desempeño escolar, incremento de otros trastornos psiquiátricos (Revuelta *et al.*, 2019) y de la conducta suicida (Gao *et al.*, 2020; Gómez, 2021). La depresión pediátrica es una enfermedad multifactorial. Los principales factores de riesgo son experiencias de vida difícil o eventos traumáticos como el divorcio o separación de los padres, el no convivir con alguno de los padres, falta de estabilidad familiar, problemas de salud física o mental, falta de apoyo social, aislamiento social y problemas de aprendizaje y escolares. (Lund *et al.*, 2018; Malhotra y Sahoo, 2018; Wang *et al.*, 2021).

Los estudios sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población pediátrica han arrojado resultados divergentes. Por un lado, varios estudios han demostrado que la pandemia aumentó el riesgo de depresión en niños y adolescentes en todo el mundo. Algunos factores que pueden contribuir en el confinamiento en casa fue el estrés familiar, el miedo a contraer la enfermedad y la crisis económica (Czeisler *et al.*, 2020; Nearchou *et al.*, 2020; Parola *et al.*, 2020). Por otro lado, también hay estudios que indican que no hubo un aumento significativo en la prevalencia de la depresión en la población pediátrica (Kondo *et al.*, 2011). En conclusión, los resultados son variados, pero es importante investigar los efectos de la pandemia en la salud mental de los niños y adolescentes. En zonas rurales la salud mental en niños y adolescentes no ha recibido la atención suficiente, lo cual reduce las posibilidades de

generar medidas de prevención y tratamiento. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad de niños y adolescentes entre 10 y 19 años y más del 75 % se presenta en países con ingresos bajos y medios (Evans *et al.*, 2018).

Existen múltiples escalas, inventarios, entrevistas estructuradas y cuestionarios validados y con eficiencia clínica para tamizar síntomas de depresión (Agudelo, 2009; Campo *et al.*, 2006; Ghazali *et al.*, 2014; Hubert *et al.*, 2021; Ravens *et al.*, 2008; Villalobos y Ortis, 2012), pero el más usado en diferentes estudios, validado en niños y adolescentes mexicanos, es el CDI (Children's Depresión Inventory), es reconocido por sus propiedades psicométricas y criterios de confiabilidad y validez (Torre *et al.*, 2016). La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), estudió a 2786 adolescentes, entre 8 y 17 años, mediante la escala de depresión infantil y encontró en 20 % algún grado de depresión y como características principales mostraban irritabilidad, desatención y aburrimiento (Alcalá y Marván, 2014). En el sureste de México en un estudio con 380 adolescentes y, según el inventario de depresión de Beck, 22.9 % presentaron depresión leve, mientras que 6.7 % estaba intermitente, el 15.2 % moderada y, por último, extrema el 7 % (Mendiburu *et al.*, 2020).

El objetivo de esta investigación es determinar la frecuencia y analizar los indicadores de la depresión en niños y adolescentes durante la pandemia por COVID-19 en cinco comunidades de la Península de Yucatán, México.

Metodología

En esta investigación realizamos un estudio transversal, observacional y prospectivo de diseño intencional no probabilístico en una población de niños y adolescentes de las comunidades de Dzitya, Dzidzantún, Molas, Tizimin y

Chankom, en Yucatán, México. Incluimos 157 niños y adolescentes de entre 7 y 15 años, registrados en las escuelas primarias y secundarias públicas de las comunidades, cuyos padres o tutores firmaron el consentimiento y obtuvimos el asentimiento informado por escrito de cada niño o adolescente participante. Excluimos a los niños con discapacidad visual o mental y aquellos que solo hablaban maya. Se aplicó el cuestionario de depresión infantil (CDI) desarrollado por Kovacs. El CDI consta de 27 ítems que evalúan síntomas afectivos, cognitivos, comportamentales y somáticos de la depresión, y se puntúan de 0 a 2 puntos. Pedimos a los participantes que señalaran con una "X" la alternativa que mejor describía su modo de pensar, reaccionar y sentir en las últimas dos semanas, pudiendo señalar una alternativa entre tres. El coeficiente de confiabilidad varía de 0.71 a 0.89, lo que indica consistencia interna aceptable, según el manual del instrumento.

El cuestionario está basado en cinco factores relacionados con la depresión: ánimo negativo, problemas interpersonales, ineficacia, anhedonia y autoestima negativa. Los puntajes van de 0 a 19, no depresión; de 20 a 29, depresión leve; de 30 a 39, depresión moderada; y 40 o más, depresión grave (Feliciano & Cumba, 2014).

Usamos un punto de corte de 19 para detectar posibles casos de trastorno depresivo en estudios de tamizaje. También aplicamos un cuestionario sociodemográfico. La investigación de campo fue entre los meses de enero de 2021 a enero de 2022. Los datos generados se capturaron y analizaron con el paquete estadístico SPSS v.21. Realizamos un análisis de consistencia interna por medio del *alpha* de Cronbach para la escala total (0.84) y para los factores de disforia y autoestima negativa, como se aprecia en la tabla 9.

Tabla 9. Coeficientes de confiabilidad de consistencia interna

Ítem	Media de la escala si elimina el elemento	Varianza de escala si se elimina el elemento	Correlación ítem - total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Tristeza	11.30	43.032	0.391	0.812
Confianza	11.10	43.215	0.345	0.813
Seguridad	11.28	43.293	0.368	0.813
Diversión	11.23	43.742	0.305	0.815
Maldad	11.46	44.725	0.249	0.817
Desgracia	10.93	43.194	0.324	0.814
Odio	11.37	43.119	0.462	0.810
Culpabilidad	11.21	42.218	0.421	0.810
Muerte	11.43	44.567	0.291	0.816
Llanto	11.45	43.672	0.349	0.813
Preocupación	11.10	43.041	0.292	0.816
Sociabilidad	11.31	43.252	0.362	0.813
Decisión	10.90	44.202	0.246	0.817
Aspecto	11.08	41.538	0.567	0.804
Deberes	10.75	43.383	0.246	0.819
Sueño	11.25	44.614	0.168	0.820
Cansancio	11.18	42.754	0.342	0.814
Comida	11.34	43.853	0.268	0.816
Dolor	10.68	44.182	0.141	0.825
Soledad	11.01	41.423	0.432	0.809
Colegio	11.27	43.303	0.348	0.813
Amigos	11.13	42.617	0.414	0.811
Trabajo	11.22	41.828	0.487	0.807
Habilidad	11.13	43.227	0.387	0.812
Amor	11.46	42.981	0.503	0.809
Obediencia	11.04	42.588	0.431	0.810
Convivencia	11.45	44.402	0.294	0.815

Escala total $\alpha = 0.819$, Disforia $\alpha = 0.753$, Autoestima negativa $\alpha = 0.678$

Fuente: Elaboración propia

Calculamos la prevalencia de depresión y realizamos un análisis biviariado para identificar factores asociados con la presencia de síntomas de depresión. Además realizamos correlación ítem-total corregida para cada uno de los ítems. La media y su intervalo de confianza fue del 95 % para comparar los niveles del CDI en las personas con y sin depresión en todos los ítems de la escala y sus factores. Este análisis considera las variables de depresión, escolaridad, sexo y el factor socioeconómico. Estimamos los coeficientes de correlación de Spearman entre las variables demográficas y las puntuaciones de depresión del CDI.

Para formar los grupos de disforia y autoestima negativa basados en los ítems del CDI fue necesario examinar qué ítems están diseñados para medir estos constructos específicos.

La disforia se refiere a un estado de ánimo generalmente caracterizado por la insatisfacción, ansiedad e inquietud. Los ítems relacionados con la disforia podrían incluir preguntas que evalúen sentimientos de tristeza, desesperanza, irritabilidad y otros síntomas emocionales negativos.

Para formar el grupo de disforia seleccionamos y sumamos los ítems que específicamente evalúan estos síntomas de disforia. Los individuos que puntúen por encima del umbral determinado los clasificamos en el grupo de “disforia”.

La autoestima negativa se refiere a una evaluación desfavorable o negativa de uno mismo. Los ítems que podrían asociarse con la autoestima negativa evaluarían sentimientos de inadecuación, baja autovaloración, autocrítica y percepciones negativas sobre uno mismo. Para formar el grupo de autoestima negativa, seleccionamos y sumamos los ítems que específicamente evalúan sentimientos y percepciones negativas sobre uno mismo. Los

encuestados que puntúen por encima de punto de corte (19) se categorizan en el grupo de “autoestima negativa”.

Para formar estos grupos usamos los ítems que miden directamente los constructos de interés (disforia y autoestima negativa). Al sumar las puntuaciones pudimos determinar la presencia y severidad de estos síntomas específicos en la muestra estudiada.

El cuestionario de características sociodemográficas incluye preguntas para la descripción de las variables operacionalizadas de la siguiente manera.

En primer lugar, respecto al tipo de familia, distinguimos dos categorías: nucleares que están compuestas únicamente por padres e hijos y extensas que incluyen otros miembros además de los padres e hijos.

En cuanto a la presencia y ubicación de los padres se evaluó si el padre y la madre vivía en la misma residencia que el niño o adolescente. Aquellos padres que residen en el mismo hogar se clasifican como “vive en casa”, mientras que aquellos que no, se categorizan como “no vive en casa”. Además, investigamos si estos padres eran responsables del cuidado del niño; es decir, si asumían el rol de cuidadores principales, lo que se identifica como “es responsable del niño”, o si no ejercen este papel “no es responsable del niño”.

La dinámica familiar también se analizó a través de las dinámicas familiares. Aquí, se distingue entre familias que no presentan dificultades significativas, categorizadas como “ninguno” y aquellas que sí enfrentan desafíos o conflictos, identificadas como “sí».

En relación con el estatus de la relación de los padres o tutores se clasificaron en diferentes categorías. Las parejas legalmente reconocidas se

denominan “casado”, mientras que aquellas que conviven sin un vínculo matrimonial formal “unión libre”. Además, los que han terminado relaciones “separado” y aquellos que han formado una nueva familia, después de una separación, “segunda familia”.

Por otro lado, indagamos si había alguna enfermedad en el niño o adolescente. Si no se reporta alguna enfermedad, se consignó como “no”, pero si había presencia de alguna se registró “sí». En el ámbito del tratamiento médico, diferenciamos entre aquellos que no recibieron alguna intervención, “no”, y aquellos que sí fueron designados como “sí”. Finalmente, en cuanto a la hospitalización, si no ha habido es necesidad el registro era “no”, mientras que, si había ocurrido alguna, se consignó como “sí».

Resultados

De los 157 niños y adolescentes 83 eran mujeres (53 %) y 74 hombres, el 47 %, provenientes zonas rurales del estado de Yucatán, durante los meses de enero de 2021 a enero de 2022. En promedio la edad de los participantes fue de 10.74 ± 3.7 años: 7-9 años ($n=73$), 10-12 años ($n=22$) y 13-15 años ($n=62$). 101 (64 %) cursaban nivel escolar de primaria y 56 (36 %) secundaria.

Con el objetivo de analizar la confiabilidad de las preguntas y de los factores se presenta la tabla 9. Como se puede observar en la columna del *alfa* de Cronbach si se elimina el elemento no es conveniente considerar eliminar o quitar algún ítem de la escala ya que al hacerlo el índice de confiabilidad disminuye al índice estimado de 0.819. Por otro lado, podemos notar que existen ítems que correlacionan con una intensidad baja con el total de la escala. Por ejemplo, sueño y dolor tuvieron una correlación menor de 1.7. Una correlación

menor a 0.30 podría sugerir que las preguntas no han sido entendidas o que no son parte de una medida unifactorial de la depresión infantil.

En la tabla 10 exponemos las principales características de los sujetos diagnosticados con depresión con los indicadores: soledad, desgracia, trabajo aspecto y culpabilidad; los indicadores menos representativos son comida, sueño, maldad, convivencia, muerte y llanto. Las puntuaciones más altas para los sujetos sin depresión se obtuvieron en los indicadores de dolor y deberes. Las puntuaciones menos representativas para las personas sin depresión son amor, convivencia, llanto y muerte.

Los resultados indican que la escala total tiene una buena consistencia interna, pero hay algunos ítems que podrían no medir la misma dimensión que los demás ítems de la escala. Sin embargo, los resultados específicos han mostrado que los rangos de confiabilidad pueden variar ampliamente. Por ejemplo, en un estudio del CDI, con una población de 1800 niños, se reportó un *alfa* de Cronbach de 0.78, lo que indica una adecuada consistencia. Entre 1978 y 2003 se llevó a cabo 24 estudios, en 17 países, incluyendo Kuwait, Egipto, Estados Unidos, Inglaterra, Italia y España.

Estos estudios utilizaron muestras clínicas y normales con un instrumento fiable, con valores de *alfa* de Cronbach que oscilan entre 0,70 y 0,94. Esto indica que entre el 70 % y el 94 % de los puntajes son aceptables (Kovacs, 2004). Es importante tener en cuenta que los resultados del *alfa* de Cronbach pueden ser influenciados por una variedad de factores: tamaño de la muestra, edad de los participantes, cultura y población específica en la que se aplica el cuestionario. Por lo tanto, es importante considerar los resultados reportados en otros estudios al interpretar los resultados del *alfa* de Cronbach para este estudio.

Tabla 10 Estadística descriptiva de niños(as) y adolescentes con y sin depresión

Indicador	Sin depresión					Con depresión				
	Media	DE	DEM	IC 95%		Media	DE	DEM	IC 95%	
				Inferior	Superior				Inferior	Superior
Tristeza	0.24	0.517	0.044	0.185	0.287	1.00	0.612	0.149	0.949	1.051
Confianza	0.48	0.593	0.050	0.428	0.529	0.88	0.600	0.146	0.832	0.933
Seguridad	0.29	0.556	0.047	0.242	0.344	0.71	0.470	0.114	0.655	0.757
Diversión	0.34	0.531	0.045	0.285	0.387	0.82	0.636	0.154	0.773	0.874
Maldad	0.11	0.381	0.032	0.063	0.165	0.47	0.624	0.151	0.420	0.521
Desgracia	0.59	0.575	0.049	0.535	0.637	1.53	0.514	0.125	1.479	1.580
Odio	0.18	0.403	0.034	0.128	0.229	0.82	0.728	0.176	0.773	0.874
Culpabilidad	0.30	0.572	0.048	0.249	0.351	1.29	0.772	0.187	1.243	1.345
Muerte	0.15	0.358	0.030	0.099	0.201	0.53	0.624	0.151	0.479	0.580
Llanto	0.11	0.427	0.036	0.056	0.158	0.65	0.862	0.209	0.596	0.698
Preocupación	0.45	0.703	0.059	0.399	0.501	1.06	0.659	0.160	1.008	1.110
Sociabilidad	0.25	0.551	0.047	0.199	0.301	0.82	0.529	0.128	0.773	0.874
Decisión	0.68	0.566	0.048	0.628	0.729	1.00	0.354	0.086	0.949	1.051
Aspecto	0.43	0.511	0.043	0.378	0.479	1.41	0.618	0.150	1.361	1.463
Deberes	0.82	0.742	0.063	0.771	0.872	1.29	0.588	0.143	1.243	1.345
Sueño	0.36	0.612	0.052	0.306	0.408	0.41	0.507	0.123	0.361	0.463
Cansancio	0.39	0.663	0.056	0.335	0.437	0.82	0.809	0.196	0.773	0.874
Comida	0.26	0.595	0.050	0.213	0.315	0.41	0.618	0.150	0.361	0.463
Dolor	0.92	0.787	0.067	0.871	0.972	1.12	0.928	0.225	1.067	1.168
Soledad	0.49	0.704	0.060	0.435	0.537	1.59	0.618	0.150	1.537	1.639
Colegio	0.26	0.531	0.045	0.213	0.315	1.00	0.612	0.149	0.949	1.051
Amigos	0.39	0.519	0.044	0.342	0.444	1.24	0.831	0.202	1.184	1.286
Trabajo	0.26	0.489	0.041	0.213	0.315	1.47	0.800	0.194	1.420	1.521
Habilidad	0.43	0.525	0.044	0.378	0.479	1.00	0.500	0.121	0.949	1.051
Amor	0.05	0.249	0.021	-0.001	0.101	1.06	0.827	0.201	1.008	1.110
Obediencia	0.51	0.581	0.049	0.456	0.558	1.18	0.393	0.095	1.126	1.227
Convivencia	0.14	0.402	0.034	0.085	0.187	0.47	0.624	0.151	0.420	0.521

*DE= Desviación estándar, DEM= Error estándar de la media, IC= Intervalo de confianza

Fuente: Elaboración propia con información de campo.

Los resultados señalan que los niños y adolescentes con depresión tienen puntuaciones más altas en los indicadores de tristeza, confianza, seguridad, diversión, maldad, desgracia, odio, culpa, muerte, llanto, preocupación, soledad, colegio, amigos, trabajo y habilidad en comparación con las personas sin depresión (tabla 10).

Sin embargo, las diferencias observadas entre los grupos no necesariamente implican causalidad. La depresión es un trastorno complejo que puede tener múltiples causas y factores contribuyentes, incluyendo factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Es posible que algunas de las diferencias observadas en la tabla sean el resultado de factores que no se midieron o controlaron en el análisis, como edad, género, nivel socioeconómico o la presencia de condiciones médicas o psicológicas. Además, la muestra puede no ser representativa de la población y es posible que los resultados no se deban generalizar a otros grupos.

En cualquier caso, los resultados de este estudio son consistentes con la literatura previa que ha demostrado una asociación entre depresión y, síntomas emocionales y cognitivos. Por ejemplo, algunos estudios han demostrado que las personas con depresión tienen mayores niveles de tristeza, ansiedad, preocupación, culpa y hostilidad en comparación con las personas sin depresión (del Cid, 2020). Otros estudios han encontrado que la depresión se asocia con una menor autoestima, menos satisfacción con la vida y una mayor percepción de estrés y carga (Kahneman et al., 2003).

La relevancia de esta información radica en las diferencias observadas en el bienestar emocional entre individuos con y sin depresión. No obstante, es fundamental realizar investigaciones adicionales para profundizar en la

comprensión de la naturaleza de estas diferencias y las causas subyacentes de este trastorno. Cabe destacar que la depresión es una condición compleja que se manifiesta de manera diversa entre las personas, lo que subraya la necesidad de adoptar enfoques personalizados y fundamentados en evidencia científica para su tratamiento y prevención efectivos.

Por otro lado, además, es imperativo subrayar el contexto en el que se desarrolló esta investigación. El estudio se llevó a cabo en un período marcado por la pandemia de COVID-19, un evento global que ha tenido repercusiones significativas en la salud mental de las personas en todo el mundo. Las implicaciones de la pandemia, que incluyen el aislamiento social, la incertidumbre económica, el temor al contagio y las restricciones en la vida cotidiana, pueden haber amplificado o modificado las respuestas emocionales y cognitivas observadas en ambos grupos estudiados. Este contexto pandémico podría haber influido en los niveles de estrés, ansiedad y otros síntomas relacionados con la depresión, lo que debería considerarse al interpretar y aplicar los hallazgos de esta investigación. Por lo tanto, aunque los resultados ofrecen insights valiosos, es crucial entenderlos dentro del marco de las circunstancias excepcionales que caracterizaron el período de estudio.

En la tabla 11 se presenta un análisis comparativo de frecuencias por diagnóstico de depresión, escolaridad y sexo en cada uno de los factores de estudio. Hay 140 participantes sin depresión y 17 (10.8 %) con depresión e incluyen diferentes variables como: situación familiar, presencia del padre y madre en el hogar, responsabilidad del cuidado del niño, problemas de relación y enfermedad y tratamiento. Estas variables permiten identificar patrones importantes que subrayan la necesidad de intervenciones enfocadas en

el fortalecimiento de la dinámica familiar y el entorno social como estrategias clave para la prevención y manejo de la depresión en niños y adolescentes.

Si bien los resultados ofrecen una visión relevante sobre la influencia de las condiciones familiares y sociales en la presencia de depresión, es fundamental interpretarlos con cautela. Este análisis constituye una aproximación inicial, pero no permite establecer relaciones causales definitivas. Las diferencias observadas pueden estar influenciadas por factores no contemplados en este estudio, como aspectos culturales, económicos y comunitarios que también afectan el bienestar emocional de los niños y adolescentes. Por ello, es necesario llevar a cabo investigaciones adicionales, con muestras más amplias y diseños longitudinales, que permitan profundizar en la comprensión de estas dinámicas y sus implicaciones para el diseño de intervenciones más efectivas y contextualizadas.

Es crucial realizar estudios interculturales que permitan comprender cómo los factores sociales, culturales y económicos influyen en la aparición y manifestación de la sintomatología depresiva en diferentes contextos. Este enfoque no solo facilita la identificación de factores de riesgo específicos en diversas poblaciones, sino que también contribuye al diseño de estrategias de prevención y tratamiento más inclusivas y culturalmente adaptadas.

Tabla 11. Diagnóstico de depresión de niños (as) y adolescentes

Ítem		Sin de presión (n = 140)						Con depresión (n = 17)					
		Primaria		Secundaria		Preparatoria		Primaria		Secundaria		Preparatoria	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Familia	Nuclear	20	41	13	4	5	9	3	3	2	2	0	1
	Extensa	20	12	5	6	4	1	0	2	2	1	0	1
Papá vive	Sí	39	52	17	10	8	10	3	4	3	3	0	2
	No	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0
Vive en casa	Sí	25	45	8	8	7	10	2	4	3	2	0	2
	No	15	8	10	2	2	0	1	1	1	1	0	0
Es responsable del niño	Sí	18	38	8	6	7	9	2	4	3	2	0	2
	No	22	15	10	4	2	1	1	1	1	1	0	0
Mamá vive	Sí	36	52	18	10	9	10	3	5	4	3	0	2
	No	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vive en casa	Sí	33	51	15	10	9	10	3	5	4	2	0	2
	No	7	2	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Es responsable del niño	Sí	33	51	15	10	9	10	3	5	4	2	0	2
	No	7	2	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Problemas	Ninguno	23	40	16	10	9	10	3	2	3	1	0	2
	Sí	17	13	2	0	0	0	0	3	1	2	0	0
Estatus de la relación	Casado	23	41	9	8	7	9	2	4	2	2	0	2
	Unión libre	6	6	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0
	Separado	11	6	9	1	2	0	1	1	1	1	0	0
	Segunda familia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad	No	16	23	15	9	7	10	2	1	1	2	0	2
	Sí	24	30	3	1	2	0	1	4	3	1	0	0
Tratamiento	No	29	46	14	10	8	10	3	3	3	2	0	2
	Sí	11	7	4	0	1	0	0	2	1	1	0	0
Hospitalización	No	38	50	17	10	7	10	3	4	4	2	0	2
	Sí	2	3	1	0	2	0	0	1	0	1	0	0

* M=masculino, F=Femenino

Fuente: Elaboración propia

Con relación a la variable de situación familiar, la mayoría de los participantes tenían una familia nuclear tanto en el grupo sin depresión como con depresión, aunque el grupo con depresión tenía menos participantes con familia nuclear y más con familia extensa en comparación con el grupo sin depresión, no hubo diferencias significativas. Este hallazgo indica que la presencia de una red de apoyo social y familiar puede ser protectora contra la depresión (Patten *et al.*, 2015).

En relación con la variable de la presencia del padre en el hogar, la mayoría de los participantes en ambos grupos vivían con su padre. Sin embargo, el grupo con depresión presentó una menor proporción de adolescentes con padres vivos en comparación con el grupo sin depresión. La literatura indica que la pérdida del padre puede ser un factor de riesgo significativo para el desarrollo de depresión en los adolescentes (Khalid *et al.*, 2016).

En cuanto a la variable de la presencia de la madre en el hogar, la mayoría de los participantes tenían a su madre viviendo con ellos. Sin embargo, la presencia de la madre en el hogar no parecía estar relacionada con la presencia de depresión en los adolescentes.

Con relación a la responsabilidad del cuidado del niño, había una proporción similar de participantes que eran responsables del cuidado del niño en ambos grupos. La literatura sugiere que el estrés asociado con la responsabilidad del cuidado del niño puede aumentar el riesgo de depresión en adolescentes (Kim, 2021).

La mayoría de los padres de los adolescentes participantes, tanto del grupo con depresión como del grupo sin depresión, estaban casados. Les seguían aquellos en unión libre o separados. Sin embargo, no se identificó

una relación significativa entre el estado civil de los padres y la presencia de depresión en los adolescentes.

En cuanto a la variable de enfermedad y tratamiento, el grupo con depresión tenía más participantes con enfermedades y tratamientos que el de sin depresión. La literatura sugiere que la enfermedad y el tratamiento pueden ser factores de riesgo para la depresión en adolescentes (Kushner *et al.*, 2017).

En resumen, la tabla 11 proporciona información de las variables que están asociadas con la presencia de depresión en adolescentes. Aunque no encontramos una asociación clara entre la presencia de depresión y la mayoría de las variables analizadas, el análisis de estas variables puede ser útil para identificar a los adolescentes que podrían estar en riesgo de desarrollar depresión y para orientar la prevención y el tratamiento de la depresión.

Los resultados sugieren que la disforia es el factor más elevado, seguido por el CDI, mientras que la autoestima negativa es el factor más bajo. Estos resultados deben interpretarse con precaución, ya que los intervalos de confianza indican que existe cierta incertidumbre en torno a la media para cada factor (ver tabla 12).

Tabla 12. Estadística descriptiva factores del CDI

Factor	Media	Mediana	DE	IC 95 %	
				Inferior	Superior
Disforia	0.465	0.375	0.281	0.4214	0.5102
Autoestima negativa	0.378	0.363	0.267	0.3365	0.4209
CDI	0.390	0.370	0.252	0.3905	0.47

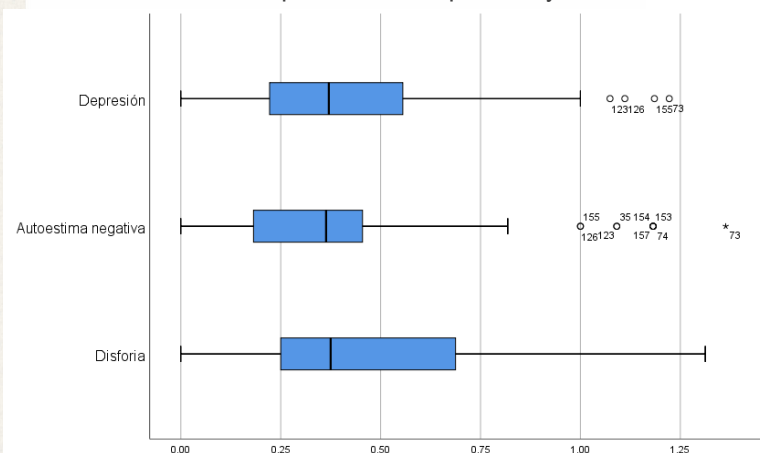
Fuente: Elaboración propia con investigación de campo.

La pandemia introdujo niveles adicionales de estrés relacionados con la salud, como preocupación por el contagio, adaptación a nuevas rutinas y pérdida de seres queridos los cuales podrían haber interactuado con factores familiares y relacionales con la salud mental de niños y adolescentes. Por ejemplo, la presencia de enfermedades y tratamientos en el grupo con depresión pudo haber influenciado por la pandemia y sus implicaciones de manera directa o indirecta.

Es importante destacar que los efectos de la pandemia pudieron haber influido en las variables analizadas. Por esta razón, aunque los resultados ofrecen información relevante, deben interpretarse dentro del contexto excepcional y dinámico en el que se llevó a cabo el estudio.

Considerando las puntuaciones medias de las escalas se puede notar que la disforia tiene una mayor dispersión de sus puntuaciones en comparación con los puntajes totales de la escala y de la autoestima negativa. En la figura 6 podemos notar que existen cuatro casos atípicos de la depresión, es decir, cuatro niños reportaron un nivel muy alto de depresión y nueve una puntuación muy alta de autoestima negativa. Este dato es relevante ya que se ha obtenido 17 casos con depresión, pero los datos del estudio sugieren que la prevalencia de las puntuaciones altas puede ser menor.

Figura 6. Puntuaciones atípicas de la depresión y la autoestima negativa.



Fuente: Elaboración propia

Para analizar cómo se relacionan los indicadores sociodemográficos con los niveles de depresión hicimos el análisis de coeficientes de correlación de *Tau* de Kendall para las variables ordinales y coeficiente de contingencia para la relación de las tablas cruzadas para las variables nominales. Encontramos una relación baja, pero significativa entre escolaridad y autoestima negativa. Esto podría indicar que a medida que los niños van aumentando sus conocimientos pudieran formar una imagen poco agradable de sí mismos. Llama la atención que la edad no tiene algún tipo de relación con la depresión, pero sí el conocimiento, como ejemplificamos en la tabla 13 a través de un análisis de correlación de Sperman entre las variables sociodemográficas y depresión.

Tabla 13. Variables demográficas y depresión

Variables	Depresión	Disforia	Autoestima negativa
Edad	-0.031	-0.070	0.097
Escolaridad	-0.031	-0.086	0.119'
Salario	-0.058	-0.083	-0.002
Escolaridad del padre	-0.084	-0.067	-0.094
Escolaridad de la madre	-0.063	-0.038	-0.08

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Fuente: Elaboración propia

Los resultados de la tabla 13 indican que no hay relación entre edad y depresión. Esta conclusión es consistente con algunas investigaciones que han encontrado que la edad no es un predictor significativo de la depresión (Blazer, 2003). En cuanto a la escolaridad, los resultados sugieren que existe una relación negativa entre la escolaridad y la depresión, lo que significa que cuanto mayor sea la escolaridad, menor será la probabilidad de sufrir depresión. Esta conclusión está respaldada por investigaciones previas que han encontrado que la educación es un factor protector contra la depresión (Mirowsky y Ross, 2003; Ross y Wu, 1995).

El salario no tiene correlación significativa con la depresión. Esta conclusión es consistente con algunas investigaciones que no han encontrado una relación clara entre los ingresos y la depresión (Eaton *et al.*, 2000; Lorant *et al.*, 2003).

En cuanto a la escolaridad del padre y madre, los resultados sugieren que una mayor escolaridad de los padres se relaciona con una menor probabilidad de depresión en los hijos. Esta conclusión está respaldada por

investigaciones previas que han encontrado una asociación positiva entre la educación de los padres y la salud mental de los hijos (Cutrona et al., 2005; Zivin & Galea, 2011).

Los resultados son consistentes con investigaciones previas que sugieren que la escolaridad y la educación de los padres actúan como factores protectores contra la depresión, mientras que la edad y el salario no son factores significativos. Además, según los resultados de la tabla 14 el sexo, tipo de residencia y familia no son determinantes para un diagnóstico de depresión.

La tabla 14 presentamos los resultados del análisis de la relación entre la presencia de depresión y las características de los niños: sexo, residencia, tipo de familia y seguridad social.

Es importante destacar que este estudio se llevó a cabo en el contexto de la pandemia de COVID-19, una situación global que ha tenido implicaciones en diversos aspectos de la vida cotidiana, incluida la salud mental. Las restricciones de movimiento, el distanciamiento social, la interrupción de rutinas habituales y el aumento de las preocupaciones relacionadas con la salud han influido en cómo estas variables se vinculan con la depresión.

Durante la pandemia la escolaridad y educación de los padres podrían haber adquirido una relevancia aún mayor porque las estructuras educativas tuvieron que adaptarse a modalidades virtuales o híbridas. Esto podría haber influido en el bienestar emocional de los niños y adolescentes, ya que la adaptación a estos cambios podría haber sido más fluida para aquellos con entornos familiares más educados o recursos disponibles para el aprendizaje en línea.

Los factores como el tipo de residencia y la dinámica familiar pudieron haberse visto influenciados por las medidas de confinamiento y distanciamiento social implementadas para mitigar la propagación del virus. Estas medidas, en algunos casos, podrían haber generado tensiones adicionales en el hogar, mientras que en otros contextos pudieron haber brindado la oportunidad de fortalecer las relaciones familiares, dependiendo de las circunstancias individuales de cada familia. Sin embargo, los resultados de este estudio indican que, aunque estas variables fueron consideradas, no resultaron ser determinantes para un diagnóstico de depresión en los participantes. A pesar de ello, es importante resaltar que la pandemia pudo haber tenido un impacto directo en las dinámicas familiares, lo que, en conjunto con otros factores, podría haber influido en los resultados obtenidos. Esta observación subraya la necesidad de considerar cómo los factores contextuales, como las restricciones relacionadas con la pandemia, podrían haber influido en el bienestar emocional de los niños y adolescentes estudiados, lo que merece una investigación más profunda para establecer posibles correlaciones.

Por lo tanto, al interpretar los hallazgos en relación con variables como la escolaridad, la educación de los padres y otros indicadores generales, es esencial tener en cuenta el contexto en el que se desarrolló este estudio. Las circunstancias excepcionales de la pandemia podrían haber interactuado con estas variables de maneras aún no completamente comprendidas. Es necesario realizar investigaciones continuas y adaptativas en el campo de la salud mental, especialmente en contextos como el experimentado.

Tabla 14. Análisis de la relación entre depresión y contexto familiar de los niños y adolescentes.

Variable	Grupo	Depresión		Total	c ²	p	Coeficiente de contingencia
		No	si				
Sexo	Masculino	67	7	74	0.272	0.602	0.042
		47.90 %	41.20 %	47.10 %			
	Femenino	73	10	83			
		52.10 %	58.80 %	52.90 %			
Residencia	Urbano	9	1	10	0.008	0.931	0.007
		6.40 %	5.90 %	6.40 %			
	Rural	131	16	147			
		93.60 %	94.10 %	93.60 %			
Familia	Nuclear	92	11	103	0.007	0.934	0.007
		65.70 %	64.70 %	65.60 %			
	Extensa	48	6	54			
		34.30 %	35.30 %	34.40 %			
Seguridad social	No	11	0	11	5.71	0.057	0.187
		7.90 %	0.00 %	7.00 %			
	Si	114	12	126			
		81.40 %	70.60 %	80.30 %			
	No especificado	15	5	20			
		10.70 %	29.40 %	12.70 %			

Fuente: Elaboración propia con investigación de campo.

En cuanto al sexo había una proporción mayor de niñas con depresión en comparación con los niños (58.80 % vs. 41.20 %). Sin embargo, esta relación no fue significativa ya que el coeficiente de contingencia fue de solo 0.042 y el valor p fue de 0.602.

El 93.60 % de los participantes provenían de áreas rurales y solo el 6.40 % de áreas urbanas. La presencia de depresión no parecía estar relacionada con la residencia, ya que la relación no fue significativa (coeficiente de contingencia de 0.007 y valor p de 0.931).

En cuanto al tipo de familia, el 65.60 % pertenecían a familias nucleares y el 34.40 % a familias extensas. No se encontró ninguna relación significativa entre el tipo de familia y la presencia de depresión, ya que el coeficiente de contingencia fue de 0.007 y el valor p fue de 0.934.

Con base en lo anterior, la presencia de depresión no pareció estar significativamente relacionada con el sexo, la residencia o el tipo de familia de los niños en este estudio. Sin embargo, se observó una relación débil entre la seguridad social y la presencia de depresión. Estos resultados coinciden con estudios previos que también han encontrado una relación débil o nula entre ciertos factores demográficos y la depresión en niños (Avenevoli et al., 2015; Fergusson et al., 2005). No obstante, se requieren más investigaciones para comprender mejor los factores que contribuyen al desarrollo de la depresión infantil.

Debido que no se encontraron relaciones significativas entre los indicadores paternos y la depresión, el 11 % de los niños con depresión mencionaron que su padre había fallecido y el 23 % no vive en la casa. Con respecto a la mamá solo en un caso no vive en casa con el niño y representa al 6 % de niños con depresión. Con relación a la responsabilidad paterna y materna en los casos de depresión, cuando el papá no es responsable el porcentaje de los niños con depresión es el 23.5 % comparado con el 5 % en la responsabilidad materna (ver tabla 15).

Tabla 15. Análisis de la relación entre la presencia de depresión y los indicadores paternos de los niños y adolescentes de las 5 comunidades.

Variable	Grupo	Depresión		Total	c ²	p	Coeficiente de contingencia
		No	Sí				
Papá vive	Sí	136	15	151	3.27	0.07	0.143
		97.10 %	88.20 %	96.20 %			
	No	4	2	6			
		2.90 %	11.80 %	3.80 %			
Mamá vive	Sí	135	17	152	0.627	0.428	0.063
		96.40 %	100.00 %	96.80 %			
	No	5	0	5			
		3.60 %	0.00 %	3.20 %			
Papá vive en casa	Sí	103	13	116	0.066	0.797	0.021
		73.60 %	76.50 %	73.90 %			
	No	37	4	41			
		26.40 %	23.50 %	26.10 %			
Mamá vive en casa	Sí	128	16	144	0.144	0.704	0.03
		91.40 %	94.10 %	91.70 %			
	No	12	1	13			
		8.60 %	5.90 %	8.30 %	1.450	0.225	0.096
Papá responsable	Sí	86	13	99			
		61.40%	76.50%	63.10%			
	No	54	4	58			
		38.60%	23.50%	36.90%			
Mamá responsable	Sí	128	16	144	0.144	0.704	0.03
		91.40 %	94.10 %	91.70 %			
	No	12	1	13			
		8.60 %	5.90 %	8.30 %			
Papá estatus	Casado	97	12	109	0.330	0.848	0.046

		69.30 %	70.60 %	69.40 %			
	Unión libre	14	1	15			
		10.00 %	5.90 %	9.60 %			
	Separado	29	4	33			
		20.70 %	23.50 %	21.00 %			
Mamá estatus	Casado	97	12	109	0.330	0.848	0.046
		69.30 %	70.60 %	69.40 %			
	Unión libre	14	1	15			
		10.00 %	5.90 %	9.60 %			
	Separado	29	4	33			
		20.70 %	23.50 %	21.00 %			

Fuente: Elaboración propia con investigación de campo.

Del mismo modo, debido a que los análisis inferenciales no fueron significativos en la relación de la depresión con los indicadores de salud, se realizó un análisis descriptivo de los resultados. Se analizaron los porcentajes más altos relacionados con la presencia de depresión. No tener un tratamiento, tener una enfermedad y no hacer ejercicio fueron los porcentajes más altos de los niños con depresión. Aunque no se puede sugerir que estos sean un factor de riesgo (ver tabla 16).

Tabla 16. Análisis de la relación entre la presencia de depresión y los indicadores de salud de los niños y adolescentes de las 5 comunidades.

Variable	Grupo	Depresión		Total	c ²	p	Coeficiente de contingencia
		No	Sí				
Problemas	Ninguno	108	11	119	1.27	0.258	0.09
		77.10 %	64.70 %	75.80 %			
	Sí	32	6	38			
		22.90 %	35.30 %	24.20 %			
Enfermedad	No	80	8	88	0.626	0.429	0.063
		57.10 %	47.10 %	56.10 %			
	Sí	60	9	69			
		42.90 %	52.90 %	43.90 %			
Tratamiento	No	117	13	130	0.537	0.464	0.058
		83.60 %	76.50 %	82.80 %			
	Sí	23	4	27			
		16.40 %	23.50%	17.20 %			
Hospitalización	No	132	15	147	0.931	0.335	0.077
		94.30 %	88.20 %	93.60 %			
	Sí	8	2	10			
		5.70 %	11.80 %	6.40 %			
Ejercicio	No	104	11	115	0.71	0.339	0.067
		74.30 %	64.70 %	73.20 %			
	Sí	36	6	42			
		25.70 %	35.30 %	26.80 %			

Fuente: Elaboración propia

Consideraciones finales

La escala de depresión infantil es confiable para evaluar la depresión en poblaciones rurales del sureste de México. Hay una alta prevalencia de depresión en niños y adolescentes, sin una diferencia significativa entre las edades. Los principales indicadores de depresión fueron: soledad, desgracia, trabajo, aspecto y culpabilidad, lo que difiere de otros estudios. La disforia fue el componente más frecuente en lugar de la autoestima negativa que se encontró en otros estudios. Además, no hay asociación entre la depresión infantil y factores como sexo, tipo de residencia y familia. Aunque el estudio tiene limitaciones, los hallazgos proporcionan información valiosa sobre la relación entre diversas variables y la depresión, sin embargo, es fundamental reconocer las limitaciones inherentes al estudio.

Aquí se presentan algunas de las limitaciones más significativas:

Una de las principales es que el estudio se llevó a cabo durante la pandemia de COVID-19. Esto introduce variables confusas, como el estrés, el distanciamiento social, las restricciones de movimiento y otras preocupaciones relacionadas con la salud pública, que podrían haber influido en los resultados.

Dependen cómo se seleccionaron los participantes, la muestra no es representativa de la población general. Esto significa que los resultados pueden no generalizarse a otros grupos demográficos o contextos culturales.

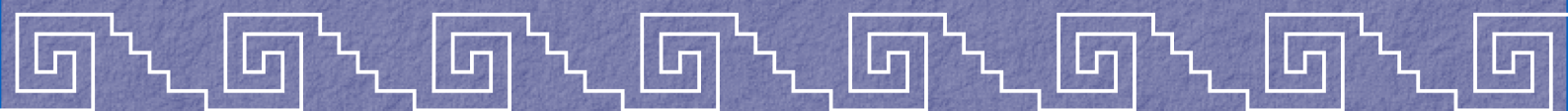
Aunque se examinaron varias variables en relación con la depresión, hay factores no incluidos en el estudio que influyen en los resultados; por ejemplo, aspectos socioeconómicos, experiencias personales o factores biológicos.

La recopilación de la información también influye en los resultados; por ejemplo, a través de cuestionarios autoinformados, entrevistas, etc., podría haber un sesgo en las respuestas o limitaciones en la información proporcionada por los participantes.

Si el estudio tiene un diseño transversal, como parece indicar, esto significa que se observaron las variables en un punto específico en el tiempo. Esto limita la capacidad de establecer relaciones causales entre variables y depresión, ya que no se pueden determinar las direcciones si otros factores temporales influyen.

Aunque examinamos distintas variables de manera individual, es posible que existan interacciones complejas entre ellas que no exploramos; por ejemplo, la combinación de diferentes factores (edad, escolaridad, situación familiar) podría influir en el riesgo de depresión.

Finalmente, mientras que el estudio proporciona insights valiosos, es esencial interpretar los resultados en el contexto de estas limitaciones. Futuras investigaciones podrían abordar estas limitaciones para proporcionar una comprensión más completa y robusta de los factores que influyen en la depresión en diferentes contextos y períodos de tiempo. Los resultados son importantes para entender la depresión infantil en estas comunidades y pueden ayudar a diseñar programas de prevención y tratamiento en el futuro.



CAPÍTULO 8.

DISCAPACIDAD Y SUICIDIO, VULNERABILIDADES TRANSVERSALES

Nadia Cecilia Maldonado Rodríguez
Universidad Autónoma de Yucatán

Resumen

En este capítulo se describen los conceptos de discapacidad, vulnerabilidad social y suicidio, además de proporcionar información estadística relacionada con estas nociones. Asimismo, se analiza la relación entre la discapacidad y el suicidio, considerando las vulnerabilidades que los vinculan. Se abordan las circunstancias de

desventaja social que enfrentan quienes carecen de los mismos privilegios que gran parte de la población.

Palabras Clave: Vulnerabilidad social, discapacidad y suicidio.

“Lo importante no es mantenerse vivo, sino mantenerse humano”

Orwell

Introducción

Para hablar de discapacidad hay que entrar en un universo paralelo a lo normativo, al que pocas veces se está dispuesto. El común denominador prefiere bloquear de su cotidianeidad, tanto a las personas con discapacidad como a sus circunstancias, crecemos con la idea fantasiosa de un entorno sin sufrimiento, mientras de fondo nos inculcan la teoría de la tragedia social que implicaba la discapacidad. Quizá por ello simplemente, si no se vive o sobrevive con ella, no figura en nuestro día a día.

Sin embargo, con algunas batallas ganadas de antaño, la discapacidad ya se visualiza y hemos aprendido hasta sacarle provecho. Hay campañas de apoyo económico a favor de ellas, pero con un trasfondo de incentivos deducibles, la viralización de espacios preferentes en eventos culturales, su inclusión educativa y laboral, entre otras ventanas por donde se nos asoma.

Con todo, no se puede decir lo mismo de la participación social activa ¿Dónde vemos a los colectivos, asociaciones y aliados? Hay representación por cuotas en las cámaras pero ¿están a cargo? ¿Tienes puestos de poder, con los que puedan tomar decisiones fundamentales?

En esta época, donde lo “líquido” parece ser el tópico del momento — ejemplificado por los múltiples títulos de Zygmunt Bauman sobre diversas formas de lo líquido, que aluden al individualismo egocéntrico—, resulta difícil establecer ideas más allá del yo, que consideren la otredad y su sufrimiento. Sin embargo, ¿realmente vivimos en un estado de apariencias? ¿O acaso estamos ante nuevas generaciones revolucionarias, inclinadas hacia la defensa de las minorías y sus vulnerabilidades, comprometidas con el cambio climático, los derechos de los animales y los derechos humanos? Estas generaciones parecen tomar las calles de manera cotidiana para visibilizar las problemáticas sociales, pero ¿es este compromiso auténtico o se trata de un interés superficial que únicamente busca protagonismo en las redes sociales? ¿Cuál es el verdadero trasfondo: el respeto por los derechos humanos o una incapacidad para tolerar la falta de aceptación?

Hago referencia al otro y no a la persona con discapacidad, debido a que es la otra vista la que pone en situación de desventaja a través de la normalización de la salud, de sus sistemas, de la participación social e incluso del ejercicio plena de los derechos humanos. Visto así, las personas con discapacidad son víctimas de las circunstancias y contextos que se construyen para las mayorías sin discapacidad.

Vulnerabilidad social

*“La vulnerabilidad es el lugar de nacimiento
de la conexión y la ruta de acceso al sentimiento de dignidad.
Si no se siente vulnerable, el intercambio probablemente no es constructivo”*

Breve Brown

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), (1998), define vulnerabilidad social como elemento que contempla tanto las condiciones objetivas de indefensión en que se encuentran los sectores subordinados de la sociedad, como la percepción subjetiva de inseguridad derivada de la modificación radical de las reglas del juego económico y social. Los análisis de pobreza y desigualdad se han apoyado en información estadística realizada con resultados que intentan dar una explicación de las condiciones actuales del lugar, pero que enfrentan diferentes problemas de organización.

La tendencia es considerar a la vulnerabilidad social como una condición de riesgo o indefensión, la susceptibilidad a sufrir algún tipo de daño o perjuicio o de padecer la incertidumbre. A partir de allí, hay dos principales interpretaciones de la vulnerabilidad social: como fragilidad o riesgo (Moreno, 2008). En la primera es un atributo de individuos, hogares o comunidades, que están vinculados a procesos estructurales que configuran situaciones de fragilidad, precariedad, indefensión o incertidumbre. Se trata de condiciones dinámicas que afectan las posibilidades de integración, movilidad social ascendente o desarrollo.

Las mismas están correlacionadas con procesos de exclusión social, que se traducen en trayectorias sociales irregulares y fluctuantes. Esta línea identifica a los trabajos realizados por agencias regionales de la Organización de las Naciones Unidas, tales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la CEPAL, y autores como Rubén Kaztman (Moreno, 2008).

La segunda interpretación se concentra en el efecto conjunto de factores de riesgo que aquejan a diversas unidades sociales. Desplaza su atención de los atributos hacia el plano de la distribución de riesgos que son consecuencia de procesos colectivos de toma de decisión y se confrontan con las concepciones sobre la seguridad. De este modo, con ambas interpretaciones se puede pensar que individuo, hogar o comunidad es vulnerable como resultado del efecto conjunto de múltiples factores de riesgo que configuran una situación o síndrome de vulnerabilidad social.

Si bien estos factores están asociados a la distribución desigual de bienes y recursos, el foco está puesto en la forma que se distribuyen los factores de riesgo en una sociedad. Esta concepción está emparentada con el riesgo propuesto por sociólogos como Niklas Luhmann, Ulrich Beck, Anthony Giddens y Gosta Esping-Andersen (Moreno, 2008).

Suele observarse una tendencia hacia la individualización de las fuentes de desigualdad, la focalización de los fenómenos de exclusión y la omisión del rol de la acción colectiva para contrarrestarlos. También la falta de consideración de los fenómenos de conflictividad social, lo que lleva al enfoque de vulnerabilidad social a ajustarse al paradigma liberal de interpretaciones sobre la desigualdad. Finalmente, también la tendencia a la excesiva focalización de los programas de acción pública que se basan en este concepto (Moreno, 2008).

Con respecto a la vulnerabilidad social, para Kaztman el “estado de los hogares que varía en relación inversa a su capacidad para controlar las fuerzas que modelan su propio destino o para contrarrestar sus efectos sobre el bienestar” (Kaztman, 2000). Luego formula la siguiente definición: vulnerabilidad social la incapacidad de una persona o de un hogar para aprovechar las oportunidades, disponibles en distintos ámbitos socioeconómicos, para mejorar su situación de bienestar o impedir su deterioro (Kaztman, 2000).

Por lo anterior la vulnerabilidad es multifactorial, si bien el grado varía por las características, ya sean sociales, biológicas o psicológicas, la condición vulnerable de las personas puede incrementarse y generar problemas de salud pública, para lo cual se generan políticas para atender determinadas problemáticas para estos sectores desfavorecidos, se continua trasgrediendo sus derechos humanos y su derecho a la igualdad de oportunidades, por lo que se puede decir que están excluidos y condenados a ese lugar que la sociedad crea en una inercia inequitativa.

Por otra parte, la vulnerabilidad de las personas con discapacidad puede considerarse un reflejo de las sociedades que adolecen en su cuerpo estructural una deficiencia difícil de ocultar y que no se puede considerar a una sociedad sana, si existen estos grupos desfavorecidos a los que se siguen integrando más personas.

Discapacidad

*“Cuando un juicio no puede enunciarse en términos de bien y de mal
se lo expresa en términos de normal y anormal.
Y cuando se trata de justificar esta última distinción,
se hacen consideraciones sobre lo que es bueno o nocivo para el individuo.
Son expresiones de un dualismo constitutivo de la conciencia occidental”*
Michel Foucault

En los últimos años, la comprensión de la discapacidad ha pasado de una perspectiva física o médica a otra que tiene en cuenta el contexto físico, social y político de una persona. Hoy en día, se entiende que la discapacidad surge de la interacción entre el estado de salud o la deficiencia de una persona y la multitud de factores que influyen en su entorno. Ha habido grandes progresos para que las personas que viven con discapacidad; sin embargo, se requiere mucho más trabajo para satisfacer sus necesidades.

El diagnóstico del Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las personas con discapacidad refiere que en el mundo casi 1000,000,000 (mil millones) de personas viven con algún tipo de discapacidad, es decir cerca de 15 % de la población global. Asimismo, casi 200,000,000 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. Se prevé que la cantidad de personas con discapacidad aumente en los próximos años, debido a una mayor esperanza de vida, por lo que la población envejece y con ello el riesgo de discapacidad es superior. También influye el aumento

mundial de enfermedades crónicas que pueden derivar en discapacidad, tales como diabetes, cáncer, trastornos de salud mental y enfermedades cardiovasculares (Delgue, 2022, Federación, 2014).

De acuerdo con la Encuesta Mundial de Salud, del total estimado de personas con discapacidad, 110,000,000 (2.2 %) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la carga mundial de morbilidad se establece en 190,000,000 (3.8 %) de personas con una discapacidad asociada a afecciones tales como la tetraplejia, depresión grave o ceguera, identificadas como discapacidad grave.

De igual forma la Carga Mundial de Morbilidad mide las discapacidades infantiles en sujetos de hasta 14 años, estima que 95,000,000 de niñas y niños (5.1 %) viven con discapacidad, de los cuales 13,000,000 viven con discapacidad grave.

El análisis refiere que las niñas y mujeres con discapacidad sufren de una “doble discapacidad” no solo por los prejuicios y las desigualdades de que son víctimas, sino también por las limitaciones y las funciones asignadas tradicionalmente a cada género. “Las niñas con discapacidad tienen menos probabilidades de asistir a la escuela, recibir formación profesional y encontrar empleo que los niños con discapacidad”. La Encuesta Mundial de Salud refiere también que la prevalencia de discapacidad es mayor en los países de bajos ingresos. Asimismo, las personas con pocos ingresos, sin trabajo o con poca formación académica tienen mayor riesgo de discapacidad (Gobierno de México, 2014).

A nivel nacional, las personas que tienen algún tipo de discapacidad son 5,739,270 lo que representa 5.1 % de la población total (INEGI, 2010). En el

Censo de Población y Vivienda (2020), el INEGI relaciona el aumento en la esperanza de vida con índices más altos de discapacidad, así mismo reveló que los principales impulsores de la discapacidad a nivel mundial fueron los trastornos relacionados con el estado funcional (como Alzheimer y los accidentes cerebrovasculares), afecciones musculoesqueléticas crónicas degenerativas, déficit en el funcionamiento de órganos sensoriales (pérdida auditiva relacionada con la edad, ceguera y pérdida de visión) y trastornos orales.

Así mismo el INEGI publicó que en 2021 y 2022 las tres principales causas de muerte a nivel nacional fueron por Covid-19, seguida por las enfermedades del corazón, diabetes mellitus y cáncer. El total de muertes registradas en 2021 fue del 92.5 % (1,037,551 personas) debido a enfermedades y problemas relacionados con la salud y 7.5 % (84,698 personas), por causas externas (accidentes o hechos violentos). Se estima que aproximadamente el 12 % de la población de América Latina y el Caribe vive con al menos una discapacidad, lo que representa alrededor de 66,000,000 de personas.

Todos los países y territorios de América Latina y el Caribe han firmado la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 341 países han ratificado la Convención y 17 países han firmado la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

Las personas con discapacidad tienen de 2 a 4 veces más probabilidades de morir en desastres y emergencias que las personas sin discapacidad. Muchos establecimientos y servicios de salud son inaccesibles para las personas con discapacidad, ya que entre las barreras que enfrentan las

personas con discapacidad son: los espacios de salud inaccesibles, las barreras de comunicación, la falta de formación de los profesionales y las barreras financieras. (CEPAL, 2012).

Por lo que la situación de las personas con discapacidad debe efectuarse dentro del contexto de distintos niveles de desarrollo económico, social y cultural, sin embargo, en todas partes la responsabilidad fundamental de remediar las condiciones que conducen a la aparición de deficiencias y de hacer frente a las consecuencias de las incapacidades recae en los gobiernos. Esto no reduce la responsabilidad de la sociedad en general, ni de los individuos ni de las organizaciones. Estos deben ser los primeros en despertar la conciencia de las poblaciones en cuanto a los beneficios que se obtendrían para los individuos y la sociedad al incluir a las personas con discapacidad en todas las esferas de la vida social, económica y política.

Del mismo modo deben velar porque las personas, que se ven en situación de dependencia debido a incapacidades graves, tengan oportunidad de alcanzar niveles de vida iguales a los de sus conciudadanos. Así mismo, las organizaciones no gubernamentales pueden prestar asistencia de diversas maneras, formulen necesidades, sugieran soluciones adecuadas o proporcionen servicios complementarios a los proporcionados por las autoridades gubernamentales. La participación de todos los sectores de la sociedad en los recursos financieros y materiales, en particular en los países en desarrollo, es muy importante para las personas con discapacidad, tanto de las zonas rurales como urbanas, ya que podría traducirse en un aumento de los servicios comunitarios y en la mejora de las oportunidades económicas.

Elevar la dignidad humana para la construcción de un mundo incluyente requiere, entre otras cosas, la eliminación de las barreras entre las personas. Si en algo se ha distinguido la intervención en la discapacidad, ha sido fundamentalmente en que ésta se ha ido superando y eliminando en la medida que las culturas y los entornos lo han ido permitiendo.

Aunque las barreras físicas sean las más evidentes y difíciles de eliminar, no menos reales son las que se construyen en nuestro imaginario y vamos transmitiendo y heredando, a veces de una forma violenta, a través del lenguaje y la educación. En este sentido es importante comenzar, no solo por definir qué es la discapacidad y cómo se nombra por cuestiones metodológicas, sino viendo cómo afecta ontológicamente (si somos capaces de nominar a un estado, como discapacidad, es que concebimos la idea que lo define, por tanto, existe) a las personas implicadas en este constructo. Como mencioné antes, la discapacidad es algo todavía poco presente que va tomando conciencia de ella (Álvarez, 2003), sino en los estudios centrados en el cambio social y el desarrollo y, por tanto, en la generación de ideas más adecuadas a la realidad.

Con la intención de colaborar en la aportación de nuevos paradigmas y métodos que nos acerquen a todos, comparto algunas definiciones, conceptos, teorías y modelos relacionados con la discapacidad, para relacionarlos posteriormente con los de organización e intervención social y comunicación.

Una de las formas de intervenir en la discapacidad ha sido el esfuerzo por una conceptualización y utilización de la discapacidad, en general y, especialmente, para que no exista una carga peyorativa y degradante para la persona. Las terminologías utilizadas sobre la discapacidad, tanto por el

Estado como por la sociedad en general, han ido evolucionando. Hecho positivo que debería ir acompañado de una mayor consecución de la dignidad de todos los seres humanos, es decir, que el desarrollo terminológico estuviera en consonancia con un desarrollo más humano e inclusivo.

Asimismo, por la repercusión del lenguaje (cualquiera que sea su manifestación expresiva) sobre la dignidad, se debería exigir un avance en los recursos y estructuras de la comunicación, como menciona Levitt (1951) que propiciaran buenas prácticas profesionales, en particular, y el cambio social, en general.

La discapacidad ha existido siempre, hay muestra de ello en la historia de la humanidad, sin embargo, la forma de conceptualizarla ha variado utilizando términos como: deficientes, incapacitados, retrasados, inadaptados, inválidos, inútiles, anormales, subnormales, minusválidos, entre otros. Lamentablemente estos términos peyorativos se siguen utilizando, pese a las recomendaciones internacionales e incluso legales. Esto, más que ayudar a su comprensión, ha hecho que aumente la complejidad del fenómeno de la discapacidad porque no estamos hablando solo de la forma en que te llamen, sino en todo el concepto que de la palabra deriva. Ya que en las palabras reside la idea de segregación, de exclusión. La necesidad de expresar y comunicar lo más fielmente posible la realidad y la experiencia concreta de fragilidad corporal y marginación social a la que están sometidos cada día los hombres y mujeres que han de desarrollar su vida desde la diferencia en un mundo en el que es difícil la valoración de lo diverso.

Como afirma Miguel Ángel Verdugo la terminología es el reflejo de los cambios en las concepciones, modos de enfocar, actitudes y entendimiento del problema, ella expresa la evolución de las actitudes profesionales y sociales, pero los cambios de nombre dejan intactos los prejuicios de la mayor parte de las personas. Hemos de modificar los valores y actitudes que subyacen a esas expresiones y no suponer que es un asunto meramente terminológico que solo requiere un cambio de nombres (Verdugo, 2005).

Del Águila plantea una perspectiva global de la discapacidad, en la que se intenta incluir a toda la comunidad humana. Desde un punto de vista filosófico afirma que la «discapacidad es un aspecto fundamental de la esencia humana por ser una manifestación de la finitud del hombre» y, por tanto, una circunstancia más de la vida, aunque por miedo o desconocimiento se la haya querido esconder o disimular (Del Águila, 2001).

Por otro lado, afirma que la misma finitud es la que introduce a la persona en la idea de discapacidad «en la medida que pone en evidencia la imperfección de la que gozamos todos los seres humanos» (Del Águila, 2001). Concluye que «desde que ningún humano es perfecto y todos somos seres finitos, todos tenemos un mayor o menor grado de discapacidad, sea temporal o permanente, notoria o no».

En esta visión inclusiva de la discapacidad encontramos también a Montero Llerandi, quien afirma que la discapacidad es fundamentalmente una cuestión que nos aportan los años. De hecho, como él mismo afirma, «deficiencias, personas con deficiencia y proporción deficiencias/deficientes se incrementan con la edad» Montero (Montero, 1997).

El análisis de la situación de las personas con discapacidad debe reconocerse más allá de un mero modelo lineal, es necesario reconocer contextos básicos de entendimiento para la planificación social y de actuación en el ámbito del desarrollo económico, social y de diferencia cultural. Y con ello modificar las condiciones de apreciación de diferencias, hacer frente a las consecuencias de las discapacidades y promover la participación de todos los sectores involucrados (Alanís, 2003).

Suicidio, discapacidad y vulnerabilidad social

“La existencia humana es un riesgo y al mismo tiempo una aceptación del riesgo.

*La vida humana es riesgo en cada presente porque cada presente al concretarse
como una elección prepara y orienta el futuro”*

Jorge Luis Borges

La discapacidad está ligada a la percepción de los sectores que mueven los hilos de la cuestión social, mismos que determinan la construcción social del concepto mismo. Con esto las organizaciones, empleadores e incluso gobiernos generan una idea sobre lo que una persona con discapacidad puede aportar y aunque se ha intentado manejar una conceptualización sobre una visión del funcionamiento y no de las limitaciones que los vulneran, es decir, se prefiere mirar hacia la complicación que implicará su contratación que lo que pueda aportar, con lo que se mantiene la exclusión.

Muchos conceptos anteceden al complejo proceso de la exclusión social, por lo que conviene mencionarlos antes de definirla.

La discapacidad y el suicidio son fenómenos que, desde una perspectiva sociológica, están profundamente ligados a las desigualdades sociales y los mecanismos de dominación. Según Karl Marx, la lucha de clases constituye el eje central de las dinámicas sociales, ya que las relaciones económicas y de poder generan inequidades que afectan a los sectores más vulnerables (Marx, 1867). Pierre Bourdieu amplía este análisis al señalar que las desigualdades no solo provienen del capital económico, sino también del cultural y simbólico, perpetuando relaciones de dominación en diversos ámbitos, como el educativo y el social (Bourdieu, 1986). En este contexto, los “normales” —entendidos en

términos foucaultianos como quienes controlan los parámetros de normalidad en una sociedad— ejercen una forma de poder que margina a quienes no se ajustan a estos estándares (Foucault, 1975).

En relación con la discapacidad, Bourdieu sostendría que las estructuras sociales tienden a excluir a quienes carecen de los *habitus* y capitales valorados por la sociedad, perpetuando su subordinación. Por su parte, Émile Durkheim identifica el suicidio como un fenómeno social relacionado con la anomia, definida como la falta de normas que regulen de manera adecuada la integración de los individuos en la colectividad. Este desarraigo social es particularmente agudo en contextos de desigualdad, donde las personas marginadas experimentan una ruptura de los lazos sociales esenciales para su bienestar (Durkheim, 1897).

Motivado por las mismas causas asociativas que el concepto de exclusión social aparece ligado al de ciudadanía, entonces, un excluido será aquel que no pueda gozar de sus derechos y obligaciones plenamente, proceso por el que existen luchas constantes de los colectivos de grupos de las diversidades, sea culturales, sexuales o funcionales. Conviene pues diferenciar a la exclusión social de otros conceptos con los que podría confundirse, como pobreza y marginalidad.

La pobreza puede entenderse como un estado personal que afecta a los individuos, relacionado principalmente con carencias económicas. Este concepto es considerado en gran medida unidireccional, enfocándose en las necesidades básicas no satisfechas (Lewis, 1959). Por otro lado, el concepto de marginalidad está asociado con la “masa marginal” descrita por Nun (1969), quien lo utilizó para referirse a los barrios pobres de la periferia urbana. Según

Nun, estos espacios están caracterizados por una limitada participación activa en la sociedad y por el escaso beneficio que obtienen de ella.

Para comprender cómo el concepto de exclusión social ha sustituido las nociones tradicionales de pobreza y marginalidad, es necesario realizar un recorrido histórico. Simmel describe la pobreza como una reacción social, definiéndola dentro de la sociología como un fenómeno que depende de las relaciones sociales y en el cual la asistencia cumple una función reguladora del sistema (Simmel, 1908). Por su parte, Tocqueville sostiene que la percepción de la pobreza varía según el nivel de desarrollo económico de una sociedad, mientras que Paugman analiza la asistencia social desde una perspectiva dialéctica, señalando su relación con la explotación de la clase trabajadora (Paugman, 1993).

Marx vincula la pobreza directamente con las dinámicas del capitalismo, argumentando que es una consecuencia inherente al proceso de acumulación capitalista (Marx, 1867). Posteriormente, Weber otorga a la pobreza una dimensión cultural y económica, destacando la dualidad entre el “tener” y el “ser” (Weber, 1922). Durkheim, a su vez, introduce elementos sociales y morales al concepto de pobreza, sugiriendo que esta está vinculada a la cohesión social (Durkheim, 1893).

Desde otra perspectiva, Lewis identifica la pobreza como un conjunto de costumbres y valores que se transmiten entre generaciones, lo que describe como la “cultura de la pobreza” (Lewis, 1959). Harrington analiza el ciclo vicioso de la pobreza, mientras que Casado enfatiza el papel del trabajo como un medio de inclusión social (Casado, 1994).

Con la aparición de las teorías modernas en los años noventa, sustentadas en modelos occidentales, la exclusión social comenzó a concebirse

como un problema estructural, dejando de ser vista únicamente como una carencia económica. Este fenómeno se entiende ahora como el resultado de una estructura social, política, cultural y económica que genera vulnerabilidad y desafiliación (Durkheim, 1897; Tezanos, 1999; Bauman, 2000).

El segundo aspecto que caracteriza a la exclusión social es su carácter dinámico, lo que la define como un proceso en el que las fronteras de inclusión y exclusión son móviles y cambiantes. Este continuo de exclusión-inclusión es explicado por Castel (1997) en su concepto de la “metamorfosis de la cuestión social”, donde describe cómo la ruptura del modelo de integración social —sostenido por el empleo y las relaciones solidarias con la familia y la comunidad— ha generado tres espacios sociales diferenciados: la zona de integración, la zona de vulnerabilidad y la zona de exclusión. Posteriormente, Tezanos (1999) introduce una cuarta categoría, la zona de asistencia, situada entre la vulnerabilidad y la exclusión. Finalmente, García Serrano, Malo y Rodríguez Cabrero (2002) amplían esta propuesta al subdividir estos espacios en siete categorías.: Integración social, erosión de las redes sociales, pobreza integrada, pobreza económica, exclusión social, exclusión social severa, marginación y muerte social.

El tercer rasgo de la exclusión social es su naturaleza multifactorial y multidimensional, ya que no se origina en una única esfera de interacción, sino en un conjunto de circunstancias interrelacionadas. Estas circunstancias generan vulnerabilidad en ciertos sujetos y grupos, lo que exige un análisis integral de las dimensiones que componen la exclusión. Hernández Pedreño, en referencia a la encuesta Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE 1994-2001) y los trabajos de Subirats (2004), destaca la necesidad de identificar y estudiar estas dimensiones clave. Según el Consejo Económico y Social

(CES) (Social, 2001), las dimensiones principales incluyen la educación, el empleo, la salud y la vivienda. Por su parte, Laparra et al. (2007) las agrupan en tres categorías fundamentales: económica, política y social.

Estas dimensiones pueden desglosarse de la siguiente manera:

- Laborales: desempleo o precariedad laboral.
- Económicas: insuficiencia de ingresos regulares.
- Residenciales: carencia de vivienda adecuada o dificultades de acceso a ella.
- Educativas y culturales: analfabetismo, exclusión tecnológica y desconocimiento de derechos.
- Personales: condiciones como discapacidad, adicciones, violencia o antecedentes penales.
- Relacionales y sociopolíticos: vínculos familiares débiles, redes personales inestables, privación de derechos y falta de ciudadanía activa.

A partir de estas dimensiones, es fundamental identificar los grupos en riesgo de exclusión social. Según Vives (2007), existen al menos diez grupos, clasificados desde cinco perspectivas.

Género: Se aborda a las mujeres no como un análisis exclusivo de ellas, sino desde una perspectiva que estudia las relaciones construidas socialmente entre hombres y mujeres.

Edad: Se consideran grupos específicos como la infancia, la juventud y las personas mayores.

Salud: Incluye a personas con diversidad funcional o problemas de salud.
Étnica-cultural: Comprende a inmigrantes, gitanos y otros grupos vulnerables.
Otros colectivos: Abarca a personas sin hogar y reclusos.

De este modo, la exclusión social se entiende como un proceso multidimensional y politizable, ya que los riesgos de caer en zonas de vulnerabilidad se generalizan. Este proceso tiene causas y consecuencias políticas, económicas, culturales y temporales, lo que implica que puede y debe abordarse mediante políticas públicas, prácticas institucionales e incluso acción colectiva, siempre que no se trate de formas de exclusión voluntarias (Rizo, 2006).

Si bien el suicidio responde a factores multicausales y contextuales, también puede interpretarse como una forma de exclusión voluntaria. Esto lo convierte en una vulnerabilidad transversal, combinada y acumulativa. Las personas que se alejan del estándar normativo, especialmente las minorías, presentan mayor probabilidad de conductas suicidas. Estas conductas se han asociado con una mayor exposición a prejuicios, estigmas, discriminación y exclusión social. En este contexto, las personas con discapacidad también enfrentan estas circunstancias (Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2021).

El Observatorio Estatal de la Discapacidad (OED) de España, en su investigación sobre el comportamiento suicida de las personas con discapacidad, señala que este grupo enfrenta un mayor riesgo en comparación con las personas sin discapacidad. Sin embargo, aún se desconoce con precisión cómo varían estos riesgos entre los diferentes tipos de discapacidad. Este estudio transversal, representativo a nivel nacional en España, comparó las diferencias en los resultados relacionados con el suicidio (ideación, planificación e

intentos) entre personas con discapacidad según su tipo funcional (audición, visión, cognitiva, movilidad y actividad compleja) y su número.

La mayoría de los encuestados eran mujeres (55.9 %), mayores de 65 años, lo que representó el 36.0 %. Sus resultados indicaron que la ideación suicida y el intento de suicidio, respectivamente, eran significativamente más probables entre las personas con trastornos cognitivos. Además, en relación con otros tipos de discapacidad, los resultados relacionados con el suicidio fueron significativamente más probables entre las personas con limitación cognitiva y limitación de actividades complejas ($p < 0.001$). Vale la pena destacar que encontraron que el suicidio o la ideación suicida aumentaron a la suma de distintas limitaciones, correlacionando que a mayor limitación, mayor relación con el suicidio.

Los análisis de subgrupos mostraron que la presencia de limitaciones cognitivas y limitaciones múltiples diferenciaba entre los que tenían ideación suicida y los que intentaban suicidarse. Vale la pena reflexionar acerca de la necesidad de más investigación para identificar las causas de estos riesgos y desarrollar esfuerzos de prevención del suicidio para estos grupos particularmente vulnerables, en nuestro país y Yucatán como una de las entidades con mayor índice de suicidio a nivel nacional, sorprende que no hay investigaciones serias al respecto.

Por otro lado, conviene aclarar que el término discapacidad ha sido superado por el de diversidad funcional. La diversidad funcional es un término que se utiliza para referirse a las personas que presentan alguna discapacidad, ya sea física, sensorial, intelectual o psicológica. Esta diversidad es una parte importante de la sociedad y debe ser reconocida y valorada. Sin embargo, las

personas con diversidad funcional a menudo enfrentan obstáculos y desafíos que pueden tener un impacto negativo en su salud mental.

Uno de los desafíos más serios que enfrentan las personas con diversidad funcional es el riesgo de suicidio. Las tasas de suicidio entre las personas con diversidad funcional son significativamente más altas que las de la población general. Según un estudio, la tasa de suicidio entre las personas con discapacidad es el doble con respecto a las personas sin discapacidad (Bascones, Muñoz, Ortega, & de Pinedo, 2021). Hay muchas razones por las que las personas con diversidad funcional pueden estar en riesgo de suicidio. Una de ellas es el estigma social y la discriminación a la que a menudo se enfrentan. Las personas con diversidad funcional pueden sentirse aisladas y marginadas de la sociedad, lo que puede aumentar su sensación de desesperanza y desesperación. Además, las barreras físicas y la falta de acceso a servicios y recursos también pueden aumentar el riesgo de suicidio (Nagraj & Omar, 2017).

Es importante que se tomen medidas para reducir el riesgo de suicidio entre las personas con diversidad funcional. Esto incluye la promoción de la inclusión social y la igualdad de oportunidades.

La diversidad funcional es una condición que afecta a una gran cantidad de personas en todo el mundo. A menudo, aquellos que viven con diversidad funcional pueden experimentar estigmatización y discriminación en su vida cotidiana. Lamentablemente, esto puede llevar a problemas de salud mental, como el suicidio. Sin embargo, cuando se requiere investigar sobre esta temática nos encontramos ante diversos desafíos y problemas, algunos de los cuales incluyen las siguientes condiciones.

Estigma: Existe un estigma social asociado con la discapacidad, que puede hacer que las personas con diversidad funcional sean más propensas a experimentar discriminación y exclusión. Esto también puede afectar la investigación sobre el suicidio en esta población, ya que puede ser un tema tabú o poco abordado.

Datos insuficientes: Hay una falta de datos y estudios sobre la relación entre diversidad funcional y suicidio. Muchas veces, las personas con discapacidad no son incluidas en las estadísticas de suicidio o se agrupan en categorías generales, lo que dificulta la comprensión de las diferencias y factores específicos que pueden contribuir a su riesgo de suicidio.

Dificultades para la accesibilidad: Las personas con discapacidad pueden tener dificultades para participar en la investigación debido a barreras de accesibilidad, como la falta de acceso a transporte, tecnologías adaptativas o la imposibilidad de desplazarse hasta el lugar de la investigación.

Necesidad de enfoques inclusivos: Es importante que los investigadores adopten enfoques inclusivos y sensibles para asegurarse que las experiencias y perspectivas de las personas con diversidad funcional sean tomadas en cuenta en la investigación.

Las personas con diversidad funcional, antes discapacidad, tienen un mayor riesgo de suicidio en comparación con la población. Según Nagraj & Omar (2017), la tasa de suicidio es más alta en personas con diversidad funcional que en aquellos sin diversidad funcional. Además, los individuos con diversidad funcional también tienen una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos, como la depresión y la ansiedad, que se asocian con un mayor riesgo de suicidio.

Es importante abordar la estigmatización y discriminación que enfrentan las personas con diversidad funcional. Una mayor conciencia y comprensión de las necesidades y capacidades de estas personas puede ayudar a reducir su exclusión social y mejorar su bienestar mental. Además, es crucial que las personas con diversidad funcional tengan acceso a servicios de atención médica mental de calidad para prevenir el suicidio.

La diversidad funcional puede estar relacionada con el riesgo de suicidio. Es importante abordar la estigmatización y discriminación que enfrentan las personas con diversidad funcional y garantizar que tengan acceso a servicios de atención médica mental de calidad. El suicidio en personas con diversidad funcional es un tema complejo y multifacético que requiere una investigación más profunda y rigurosa en el futuro. Aquí hay algunas perspectivas futuras que se podrían explorar:

Factores de riesgo: Se necesita una investigación más exhaustiva para comprender los factores de riesgo específicos que contribuyen al aumento del riesgo de suicidio en personas con diversidad funcional. Esto podría incluir el impacto de la discriminación y la exclusión social, la falta de acceso a la atención médica adecuada, las barreras para la participación en la sociedad y la estigmatización.

Apoyo emocional: Es importante investigar cómo el apoyo emocional puede ayudar a prevenir el suicidio en personas con diversidad funcional. Esto podría incluir el papel de los cuidadores y profesionales de la salud mental en la prevención y tratamiento del suicidio, así como la promoción de entornos seguros y de apoyo.

Mejora del acceso a la atención médica: La investigación también podría centrarse en la mejora del acceso a la atención médica para las personas

con diversidad funcional, en particular para el tratamiento de problemas de salud mental. Esto podría incluir la promoción de servicios de salud mental accesibles y de alta calidad, así como la formación de profesionales de la salud en la atención a personas con diversidad funcional.

Experiencias de vida de personas con diversidad funcional: Se necesitan más estudios para comprender mejor la experiencia de vida de las personas con diversidad funcional y cómo esto puede contribuir al riesgo de suicidio. Esto podría incluir la exploración de las experiencias de discriminación, abuso y exclusión social y también indagar cómo estas experiencias pueden afectar la salud mental y el bienestar de las personas con diversidad funcional.

Investigación en intervenciones: También es importante investigar la eficacia de las intervenciones para prevenir el suicidio en personas con diversidad funcional. Esto podría incluir intervenciones específicas de atención médica y atención mental, así como intervenciones para promover la inclusión y la participación de las personas con diversidad funcional en la sociedad.

Conclusiones

En cambio veo que mucha gente muere porque considera que la vida no merece la pena de ser vivida.

Veo a otros que se dejan matar, paradójicamente, por las ideas o ilusiones que les dan una razón de vivir (lo que llamamos una razón de vivir es al mismo tiempo una excelente razón de morir). Juzgo, pues que el sentido de la vida es la más apremiante de las cuestiones.

Albert Camus

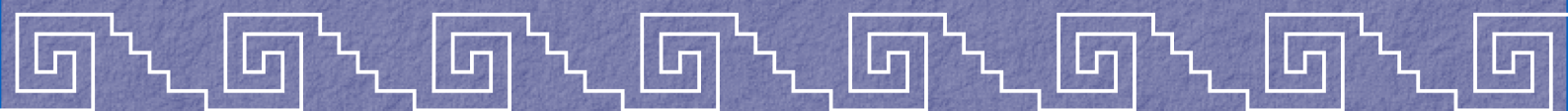
Vivir con discapacidad implica estar en constante modo adaptativo y se requiere una red extensa de apoyo para sobrellevarlo, ahí es donde entramos el resto de los profesionistas. Desde el panorama presentado, no sorprende la asociación de los conceptos discapacidad y suicidio, esto porque el grupo vulnerable no solo lucha contra las barreras físicas, sino con las sociales. El sentido de pertenencia para los seres humanos es fundamental y cuando se ve limitado experimenta soledad, frustración, tristeza, entre otras emociones que, de no manejarse podrían terminar en un desenlace fatal, como el suicidio.

El suicidio visto como producto del sistema daría sentido al porqué asociar la discapacidad y el suicidio, ya que la persona no ha podido “adaptarse al sistema”, un sistema económico, político e ideológico que no está diseñado para la diversidad, que se marca por las normas y normalización social,

sin contemplar la otredad. Detonante de una sociedad que forma parte de un colectivo que vela por las circunstancias que den más impacto a sus redes sociales o a sus satisfactores intrínsecos, que es la causa inicial para la que abogan. Este modo operativo de la sociedad normalizada arrastra y margina a quien no cumple con los estándares de pertenencia y con ello probablemente sus ganas de luchar. Todos necesitamos puntos de apoyo o actores en nuestra vida que nos doten de fortaleza, ánimo, guía, impulso, pero si pensamos en que, el mero hecho de tener en frente a una persona con una discapacidad que se comunica de forma distinta a nosotros nos limita a socializar y nos dirigimos al familiar o cuidador, nulificando su ser persona, que podemos esperar de ser una verdadera red de apoyo y no una barrera que lo despoje de toda libertad y lance a un mundo que “ya está listo”, en otras palabras, que las personas se adapten a tal organización social, esto sin comprender y tener las condiciones distintas.

¿Qué queda por hacer?

No basta con señalar la problemática, en México, por lo menos, falta hacer investigación relacionada con la situación de las personas con discapacidad donde se tome en cuenta, no solo el acto, la ideación suicida, el consumo de sustancias y otros factores de riesgo que aproximen a la persona hacia esta salida. Hay que investigar las otras vulnerabilidades y los factores vinculados a ellos como pobreza, género, exclusión social, marginación y desigualdad de oportunidades. Así mismo contemplar la inclusión de la evaluación psicológica como parte de la valoración clínica del paciente, con la finalidad de diagnosticar los trastornos emocionales que pudieran desencadenar en procesos depresivos y, finalmente, en el suicidio.



CAPÍTULO 9. **ENFERMEDAD, ESTIGMA, DUELO Y SUICIDIO REPRESENTADOS EN EL CUENTO DISTÓPICO**

**“EL TIEMPO ES ORO” (2002) DE
CAROLINA LUNA**

Silvia Cristina Leirana Alcocer

Facultad de Ciencias Antropológicas – Universidad Autónoma de Yucatán

Resumen

El cuento “El tiempo es oro”, de Carolina Luna, corresponde al subgénero de la distopía crítica; en este capítulo analizo la representación del estigma que padecen Pía, la protagonista, y su pareja, Patricio, por la condición de ser él seropositivo. La hipótesis por demostrar es que la

255

segregación justificada médica-científica de la discriminación (que invisibilizada para los demás hasta hacer casi imposible su denuncia y el duelo sin acompañamiento) generan la insostenibilidad del deseo de vivir. Para explicar la voluntad de morir, retomo los planteamientos de *melancolía y sol negro*, de Julia Kristeva.

Palabras clave: Distopía crítica, discurso, contradiscurso, VIH, suicidio.

Introducción

Carolina Luna es una autora de la formación discursiva mestiza letrada de Yucatán. Sus personajes son de clase media, están incómodos en el *statu quo* y son despreciados por los defensores de este. La estructura social que aplasta a las individualidades, al no permitirles autonomía, termina con la aniquilación de la persona, como resultado de la severa opresión ante las diferencias. *El tiempo es oro* se circunscribe al subgénero distopía crítica, ya que tal como plantea María Paulina Moreno Trujillo (2016) “es fundamental que el lector pueda concebir la historia como un aviso de aquello que puede llegar a suceder en su propio tiempo” (p. 188). Otra característica importante de la distopía crítica es que está concebida alrededor de dos narrativas contrapuestas, la del régimen hegemónico y la de la resistencia al mismo. Es una estrategia literaria usualmente desarrollada mediante el uso social y antisocial del lenguaje, lo que permitirá estructurarlo como la principal arma de opresión y de resistencia en las distopías (Moreno Trujillo, 2016, p. 138).

Esta contraposición se hace presente en *El tiempo es oro*: el discurso periodístico, con algunas excepciones, es la voz del régimen hegemónico, las cartas muestran el contradiscurso de Pía, la protagonista.

Discurso y contradiscurso en *El tiempo es oro*

El tiempo es oro (Luna, 2002) inicia con una prolepsis¹, conjunción de los planos en los cuales está narrado; de estructura casi circular, se verá que, en la nota referente a la muerte de una mujer no identificada, de fecha 31 de diciembre de 2004, confluyen el aspecto social, que en el relato se expresa a través de textos periodísticos y el plano íntimo, conformado por el discurso directo de Pía. El cuento recrea lo concluido por los investigadores a cerca del suicidio “la marginación o la desigualdad pueden ser fundamentales para explicar a nivel macro lo que mueve a los sujetos a atentar contra su vida” (Rodríguez, Cervantes , Aguilar & Martín, 2022).

Un salto en el tiempo nos lleva once meses atrás, cuando Pía escribe a su amiga Adriana y lo íntimo está en el primer plano: su gozo por los libros, su resistencia a las versiones digitales archivadas en discos compactos y a la enseñanza audiovisual a través de computadoras. La problemática de los lds se muestra ajena, “son muchos los chismes, especulaciones y comentarios que vuelven a hervir desde que concluyó la construcción de la mentada colonia experimental [...] uerámoslo o no, nos enteramos de las últimas novedades en el Sida por conocidos y amigos que parecen regodearse con el tema o con su enfermedad” (Luna, 2002).

La trama continúa presentando el significado oficial de las colonias experimentales vía una nota de agencia informativa: “una alternativa diferente para todos aquellos que padecen el virus y quieren una forma de vida distinta a la que han llevado” (Luna, 2002, p. 36).

¹ Una anticipación a lo que ocurrirá al héroe o protagonista (Genette, 1989).

En la carta siguiente notamos que el impacto de los fallecimientos por Sida es más cercano en el afecto de la protagonista: “A diario somos testigos de una muerte joven tras otra y la impotencia de los inicios cedió el paso a una tristeza permanente” (Luna, 2002)².

A petición de la interlocutora se narra cómo se realizó la campaña para localizar a los seropositivos; el discurso hegemónico se resume en los lemas publicitarios “Por el bien de México, hazte la prueba”, “Empieza la nueva era con conciencia” (Luna, 2002). La protagonista, aunque pretende burlarse, entiende que mucha gente aceptó la imposición de esta práctica. En la diégèse³ se cumple lo que plantea María Paulina Moreno Trujillo (2016): “el lenguaje se presenta como un instrumento o símbolo de control y coerción, el cual tiene el poder para nombrar, tiene el poder de influenciar la realidad” (p. 203); es así que los periódicos traen las voces de quienes controlan la situación.

Púa sintetiza el contradiscurso: al darse a conocer la noticia de que todos los ciudadanos con doce años cumplidos serían sometidos a la prueba y declararse el 2 de enero del 2000 como el inicio del Plan de Emergencia de Salud Nacional, empezaron plantones, huelgas, etc., por parte de los grupos minoritarios (Luna, 2002).

Las subsiguientes notas periodísticas recrean el contexto local: “La ley que suspendía las garantías individuales por el bien de la nación” se aprobó

² Llama la atención el paralelismo entre lo aquí narrado, y los eventos de 2020, que se sucedieron con la pandemia por COVID-19. Esas similitudes ya las habían hecho notar (en la realidad extratextual) varios escritores que perdieron amigos a mediados de los ochenta y principios de los noventa por el VIH.

³ Diégèse es el lugar de significado, el universo donde ocurre la historia (Genette, 1998: 15).

en México “para aplicar el Plan de Emergencia de Salud Nacional, a pesar de las protestas” (Luna, 2002). En la diégèse ocurre algo similar a lo que sucede en el Yucatán extratextual: los gobernantes ignoran el descontento de la ciudadanía, aplican las políticas a su conveniencia. El estigma y la situación distópica se representan en la clasificación de los ciudadanos en lds y otros, así como en las obligaciones que resultan de esta división.

Una vez que te sacaban la sangre suficiente, te sellaban con una tinta indeleble por 30 días mientras esperabas tu resultado; recibido este contabas con tres días como plazo máximo para acudir a que te marcaran. De no presentarte en la clínica que te correspondía, las autoridades de salud iniciaban la búsqueda.

Los afectados por el virus se sometían a una perforación de 5 mm de diámetro en la parte superior de la oreja izquierda; los que no lo tenían solo eran tatuados con un diseño oficial en el brazo izquierdo. Luego de 90 días todos los que resultaron negativos debían volverse a hacer la prueba para asegurar (Luna, 2002).

Pía satiriza lo que ocurre en la sociedad yucateca, “carecer de cualquiera de las marcas te convierte casi en un leproso” (Luna, 2002).

Otras semejanzas, entre la sociedad descrita en *El tiempo es oro* y el Yucatán extratextual, es la discriminación nunca abiertamente manifiesta que “afecta a muchas personas en el nivel laboral cuando deben buscar empleo con trato al público” y la posibilidad que da el exceso de mano de obra para que los empleadores contraten a quienes no evoquen sus prejuicios. Una nota editorial presenta un contradiscurso periodístico que expone las mezquindades de quienes mandan (Luna, 2002).

La distopía crítica se da en El tiempo es oro por la recreación de rasgos existentes en la sociedad extratextual: la alianza que tienen los gobernantes con los empresarios acaudalados y el desdén con que se niegan a atender las necesidades de las clases trabajadoras. En la diégèse se obliga a señalar en el cuerpo a qué grupo se pertenece (lds o “sanos”) y se fomenta el aislamiento de los lds en colonias experimentales.

Es decir, en este cuento se representa algo plausible, un aviso de lo que sucedería si no logramos acotar el poder de los funcionarios públicos.

La representación de Patricio y el amor que por él siente la protagonista será abordada en el próximo apartado, dado que ahora nos centramos en el discurso hegemónico, ejemplo del cual es la extensa entrevista con el director regional del Centro de Control de VIH. En ella se explica el contexto mundial y nacional donde se inserta el proyecto estatal. El funcionario es confrontado con la desconfianza de los ciudadanos y con las críticas a la falta de adaptación regional del proyecto. El personaje desoye lo negativo y cierra la comunicación en un tono triunfante, tal como se comportan los ejecutivos en el plano extratextual.

Patricio en el recuerdo melancólico de Pía

Volvemos a la epístola del 10 de junio de 2004, ahí se explica por qué están juntos Patricio y Pía: “Lo conocí en una fiesta el 31 de diciembre del 99. La ‘química’ fue inmediata. Contra mi costumbre, esa misma noche me acosté con él” (Luna, 2002).

Se muestra también la visión que Pía tiene del amor: La fuerza, la descarga eléctrica que se suscita entre dos que apenas se inician en el juego de estrecharse... tocar el cuerpo del otro y amarlo más allá, a través de la

piel hasta la carne, sus músculos, su esqueleto. Marearte con solo besarlo, querer meterte en su cuerpo y ser uno solo. Es paradójico y triste, pero con Patricio entendí con claridad espeluznante por qué uno quiere tener hijos con una persona determinada y no con otra. (Luna, 2002).

También se expone en esta carta la conciencia de la finitud de su relación, de la salud de él, y, desde luego, de la vida: “Él y yo vivimos hoy, mañana seguirá siendo hoy, lo mismo que el mes que viene, será siempre hoy” (Luna, 2002).

Patricio es revelado en su hacer, en la acción a la cual está ligado; en su condición de historia, él pertenece “a la memoria hablada de la opinión múltiple y conflictiva” que al lector llega por la palabra de su amante “proyectada al pasado y el futuro y compartida con los otros” (Kristeva, 2013). En este planteamiento, el cuerpo “es el agente del proceso vital” (p. 168), como le cuenta Pía a Adriana:

Vieras lo hermoso que es, la energía que despide. Cuando llega sudoroso y brillante, del gimnasio, sonriendo con las mejillas encendidas, la mirada luminosa... si no fuera por la maldita perforación, dirías que vivirá por siempre. (Luna, 2002).

Al discurso ya analizado de la entrevista sigue la misiva final del relato, del 7 de diciembre de 2004.

Conocemos a Patricio a través de las palabras de Pía, las cuales representan el deslucido corolario del estado amoroso, pues como explica Julia Kristeva (1997) “toda escritura es amorosa, toda imaginación, es abierta o secretamente, melancólica” (p. 11):

Las horas pasaban y yo no existía más que para el minuto en que Patricio abría los ojos, hablaba unas palabras. Descubrí cuán egoístas podemos ser cuando amamos a alguien, por más que sabía de su sufrimiento, solo podía sentir mi dolor: dolor de perderlo, de no verlo contento trabajando, bebiendo, haciéndome el amor (Luna, 2002).

Julia Kristeva plantea que el dolor es incomunicable, sin embargo, en el afán de expresar la subjetividad, los escritores deconstruyen el lenguaje y los lectores logramos evocar esa vivencia (Kristeva, 1997).

Termina *El tiempo es oro* con un personaje devastado por la pérdida, lo que contrarresta el tono festivo de las primeras cartas. Así adquiere cabalmente su sentido la noticia de una joven no identificada que se suicida en el cuarto de un motel, ya que:

escribir sobre la melancolía no tendría sentido, para quienes la melancolía devasta, si lo escrito no proviene de la propia melancolía. [...]

¿De dónde viene ese sol negro? ¿De cuál galaxia insensata sus rayos invisibles y pesados me clavan al suelo, a la cama, al mutismo, a la renuncia?

La herida que acabo de sufrir, un fracaso sentimental o profesional, tal pena o duelo que afectan mis relaciones con el prójimo son a menudo el disparador, fácilmente identificable, de mi desespero. (Kristeva, 1997).

El inicio del cuento es pues, el cierre de esta historia⁴; la sensibilidad de la escritora la llevó a intuir y representar, tal como se relata en *El tiempo es oro*, que el suicidio se relaciona con espacios sociales excluidos pero que la marginación por sí sola no es la causa.

Esto coincide con los resultados del estudio “Aproximaciones al suicidio en Yucatán”:

El suicidio tiene una correlación positiva con espacios sociales con altos índices de marginación, exclusión y violencia, si bien la marginación por sí sola [...] no explica el elevado número de casos en áreas específicas de la zona urbana y conurbada con la ciudad de Mérida. (Rodríguez, Cervantes, Aguilar & Martín, 2022).

Quienes estudian el suicidio y sus causas plantean que debe ser abordado tanto a través de investigaciones macrosociales que analicen las características de la construcción social donde ocurre, como desde la patología individual (Rodríguez, Cervantes, Aguilar & Martín, 2022).

4 Retomamos los conceptos historia (el conjunto de acontecimientos que se cuentan) y relato (el discurso oral o escrito que los cuenta) de Nuevo discurso del relato (Genette, 1998: 12).

Consideraciones finales

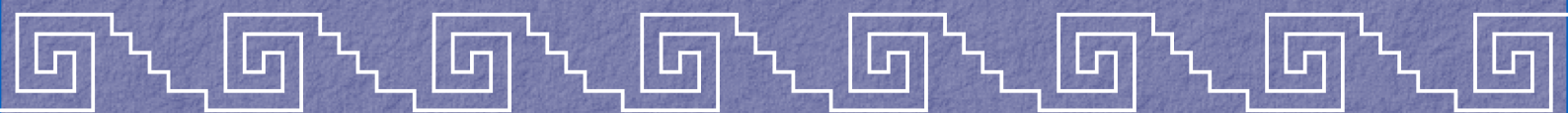
El tiempo es oro muestra el discurso público de quienes mandan y el contradiscurso íntimo de quienes resisten. La situación distópica que se presenta retoma características de la sociedad extratextual en la que vivió la autora: se trata de una distopía crítica, que nos advierte de lo que pueden llegar a ser capaces nuestras autoridades.

A la aflicción de saberse mermado por un serio problema de salud, se agrega la marca impuesta para distinguirse, así como la negación de las familias a que sus miembros sanos tengan por pareja sentimental a un Id.

El duelo por la pérdida lleva a la individualidad a sentirse abatida por el sol negro de la melancolía y si a esto se suma la falta de comprensión y de empatía, se gestan las condiciones para que alguien decida atentar contra la propia vida.

En la noticia del suicidio de la mujer confluyen el discurso hegemónico y el contradiscurso íntimo al que evoca la última carta premonitoriamente.

El tiempo es oro visibiliza varios problemas sociales: la represión social, la falta de empatía, las tendencias auto destructivas y muestra como aquello que en un momento puede sernos ajeno, en otro tiene un alto impacto en nuestra vida.



CAPÍTULO 10.

PROPUESTA DE ABORDAJE DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Luis Felipe Góngora Meza
Universidad Nacional Autónoma de México

Russell Arcila Novelo
Universidad Autónoma de Yucatán

Damaris Francis Estrella Castillo
Cuerpo Académico de Salud Pública – Universidad Autónoma de Yucatán

Resumen

La terapia ocupacional desempeña un papel crucial en el tratamiento y prevención de la ideación suicida, aborda factores subyacentes y contribuyentes a estos

pensamientos. Esta contribución al campo de la salud mental requiere un enfoque ético y legalmente consciente para garantizar un tratamiento efectivo y respetuoso. Los terapeutas ocupacionales deben tener en cuenta la confidencialidad del paciente, el consentimiento informado, la evaluación de riesgos, la colaboración con otros profesionales y el respeto a los derechos humanos. Al abordar estos aspectos, se crea un entorno de confianza y seguridad que facilita la terapia y la recuperación del paciente.

El tratamiento de la ideación suicida en la terapia ocupacional puede mejorarse mediante la colaboración interprofesional con otros profesionales de la salud mental, como psiquiatras y psicólogos. Esta colaboración complementa los enfoques y perspectivas de cada profesional y permite un tratamiento más completo y efectivo. También puede mejorar la comunicación y la coordinación lo que aumenta la satisfacción y motivación del paciente en su propio tratamiento.

Para expandir la investigación y práctica en este campo, se recomienda desarrollar y mejorar programas de prevención del suicidio, integrar la terapia ocupacional en el cuidado de la salud mental, incorporar la tecnología para ofrecer intervenciones remotas y accesibles, promover el autocuidado y la autogestión de la salud mental y fomentar la colaboración interprofesional. Al seguir estas recomendaciones, la terapia ocupacional puede desempeñar un papel significativo en la prevención y tratamiento de la ideación suicida con un enfoque ético, legal y efectivo para abordar la atención de la salud mental.

Palabras clave: Terapia ocupacional, ideación suicida, terapia.

Introducción a la ideación suicida y su importancia

La ideación suicida se refiere a los pensamientos, deseos o planes de quitarse la propia vida. Su estudio es un tema importante debido al impacto en la salud mental y física de las personas y su impacto en la sociedad (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Según la American Psychiatric Association (2013), la ideación suicida es un síntoma común de trastornos del estado de ánimo, como la depresión o el trastorno bipolar. También se ha encontrado que la ideación suicida está fuertemente asociada con otros trastornos mentales, como el trastorno de ansiedad y el trastorno por estrés postraumático (Kessler et al., 2005).

Es importante buscar atención médica y psicológica si se experimenta ideación suicida o se conoce a alguien que la esté experimentando. Hay tratamientos efectivos disponibles, como la terapia cognitivo-conductual y la medicación que pueden ayudar a reducir la ideación suicida y tratar los trastornos mentales subyacentes (Mann *et al.*, 2005; Stanley et al., 2018).

Además, existen numerosos recursos disponibles para ayudar a las personas que experimentan ideación suicida como líneas de ayuda, programas de prevención del suicidio y terapeutas especializados en la prevención del suicidio (National Institute of Mental Health [NIMH], 2019).

La prevención del suicidio es un asunto crucial de salud pública que requiere un enfoque proactivo para su abordaje y hace necesario educar a las personas sobre la ideación suicida y cómo buscar ayuda, así como trabajar para reducir el estigma asociado con los trastornos mentales y la ideación suicida (World Health Organization [WHO], 2021).

Es importante tener en cuenta que la ideación suicida no es un signo de debilidad o falta de carácter, sino una señal de que alguien está sufriendo y necesita ayuda. El tratamiento y la atención temprana pueden prevenir el suicidio y mejorar la calidad de vida de la persona.

La ideación suicida representa un problema crítico de salud mental que exige reconocimiento y atención inmediata. Es fundamental proporcionar apoyo a quienes se encuentran en riesgo y promover el acceso a tratamientos oportunos para prevenir consecuencias graves, como el suicidio.

En los últimos años, las investigaciones sobre ideación suicida han cobrado una importancia cada vez mayor debido a la creciente tasa de mortalidad por suicidio en todo el mundo. Se están llevando a cabo estudios sobre las causas subyacentes de la ideación suicida, así como sobre las mejores formas de prevenirla y tratarla. Se ha demostrado que la ideación suicida está relacionada con trastornos mentales, como depresión y ansiedad, así como con factores sociales y ambientales (APA, 2017; Klonsky *et al.*, 2020; Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2022).

Los programas de prevención y tratamiento efectivos incluyen terapias psicológicas, medicamentos y apoyo social. Es importante que continúen las investigaciones sobre ideación suicida para prevenir la pérdida de vidas y mejorar la salud mental de las personas. La ideación suicida en niños y adolescentes es una realidad preocupante que debe ser abordada de manera seria y urgente. La presión social, la falta de apoyo emocional y la ausencia de herramientas adecuadas para manejar el estrés pueden llevar a los jóvenes a sentirse desesperados y sin salida (NIMH, 2021).

El suicidio es un problema de salud pública global que afecta a todas las edades, incluyendo a los niños y adolescentes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), el suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años. Es importante que los padres, educadores y profesionales de la salud mental estén atentos a los signos de alerta y brinden una ayuda efectiva a los jóvenes en crisis. La prevención y el tratamiento temprano son claves para salvar vidas y promover la salud mental en la juventud (WHO, 2021).

Como veremos a continuación, los estudios sobre ideación suicida en niños y adolescentes han demostrado que este problema es una realidad que afecta a una cantidad significativa de jóvenes en todo el mundo. La investigación ha identificado factores de riesgo como el acoso escolar, la depresión, la ansiedad y los problemas de salud mental (González, Areces & Méndez 2023).

Es necesario fomentar la comunicación abierta entre los jóvenes y los adultos así como proporcionar acceso a servicios de salud mental adecuados y adaptados a las necesidades de esta población. Las escuelas también tienen un papel crucial en la prevención de la ideación suicida, promoviendo un entorno seguro y positivo que permita a los jóvenes desarrollar habilidades de afrontamiento y resiliencia frente a situaciones adversas.

La ideación suicida es un problema complejo y multifacético que demanda un enfoque holístico y multidisciplinario. Es fundamental avanzar en la investigación y desarrollar estrategias de prevención y tratamiento efectivas para mitigar su impacto en la vida de las personas y en la sociedad. La colaboración entre profesionales de la salud mental, educadores y familias

resulta clave para garantizar el acceso a apoyo y recursos adecuados para quienes los necesiten.

Acoso escolar e ideación suicida

La ideación suicida es el pensamiento o fantasía sobre la posibilidad de quitarse la vida. Es un problema de salud mental serio que puede ser causado por una combinación de factores, incluyendo trastornos mentales, condiciones médicas, estrés emocional, abuso de sustancias y traumas (APA, 2017; APA, 2021).

El acoso escolar, también conocido como *bullying*, puede ser un factor de riesgo para la ideación suicida. Los jóvenes que son víctimas de acoso escolar a menudo experimentan una amplia gama de efectos negativos en su bienestar emocional y psicológico como ansiedad, depresión y, en casos graves, ideación suicida.

Es importante reconocer los signos de ideación suicida que pueden incluir hablar sobre morir o desear estar muerto, buscar maneras de hacerse daño, mostrar cambios drásticos en el comportamiento o el estado de ánimo y retirarse de las actividades y relaciones previamente importantes (APA, 2017).

Si se sospecha que alguien puede estar teniendo pensamientos suicidas, es importante tomarlo en serio y buscar ayuda inmediatamente. Esto puede incluir hablar con un amigo o familiar cercano, un consejero escolar o un proveedor de atención médica. Además, es importante abordar el acoso escolar de manera efectiva. Esto puede incluir la educación y la sensibilización sobre el acoso escolar, la creación de un ambiente escolar seguro y positivo, y la implementación de políticas y programas efectivos para prevenir y abordar el acoso escolar (Eisenberg *et al.*, 2018).

En el libro “Bullying in North American Schools”, editado por Espelage y Swearer (2010), el cual es una compilación de artículos y ensayos sobre el acoso escolar en América del Norte, se abordan diversos aspectos del *bullying*, incluyendo causas, consecuencias y estrategias de prevención y respuesta. Los autores presentan estudios de casos y revisiones de literatura que abordan el acoso desde múltiples perspectivas, como psicología, educación, sociología y salud pública. El libro es una contribución importante al campo de la prevención y la intervención en el *bullying* y es una lectura recomendada para educadores, investigadores y profesionales interesados en la prevención del acoso escolar.

De la misma manera, Klomek *et al.* (2011), exploran la correlación entre el acoso en la escuela secundaria y el riesgo de depresión y suicidio en la edad adulta a través de un estudio longitudinal. Los autores encuentran una asociación significativa entre el acoso en la escuela secundaria y un mayor riesgo de depresión y comportamiento suicida en la edad adulta joven. También examinan el papel del género y descubren que las mujeres eran más propensas a sufrir depresión, mientras que los hombres a tener conductas suicidas.

Esta evidencia ofrece una revisión exhaustiva y perspicaz de la literatura sobre el tema, sus conclusiones están respaldadas en datos empíricos. El estudio es importante porque pone de relieve los efectos negativos a largo plazo del acoso y la necesidad de prevenir y abordar el acoso en las escuelas. El trabajo aporta valiosas ideas sobre la relación entre acoso, depresión y suicidio. Las conclusiones son de gran relevancia para los responsables políticos, educadores y profesionales de la salud mental. El estudio subraya la importancia de abordar el acoso en las escuelas secundarias como una prioridad de salud pública para reducir el acto suicida.

Depresión y riesgo suicida

La depresión en niños y adolescentes es una enfermedad mental que puede tener graves consecuencias para el desarrollo emocional y psicológico. La depresión en esta etapa de la vida puede aumentar el riesgo de ideación suicida, que es el pensamiento o fantasía sobre causar una muerte voluntaria (CDCP, 2021).

Los síntomas de la depresión en niños y adolescentes incluyen tristeza persistente, pérdida de interés en las actividades que antes eran gratificantes, cambios significativos en el apetito o el sueño, fatiga o pérdida de energía, dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa, y pensamientos negativos sobre sí mismo (Izaki, 2021).

La ideación suicida es un problema de salud mental que puede ser difícil de detectar en los niños y adolescentes, especialmente si no están dispuestos a hablar sobre sus sentimientos o si no se les está prestando atención. Los factores de riesgo para la ideación suicida en niños y adolescentes con depresión incluyen un historial de trastornos de salud mental, abuso físico o sexual, conflictos familiares, problemas de amistad o socialización y antecedentes familiares de suicidio (Albores et al., 2011; Martín del Campo et al., 2013).

Es importante que los padres, profesores y otros adultos estén atentos a los signos de depresión e ideación suicida en los niños y adolescentes. Si se sospecha que un joven puede experimentar estos problemas, es esencial brindar apoyo emocional y buscar tratamiento médico de inmediato (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2020). El tratamiento puede incluir terapia psicológica, medicación y apoyo en el hogar y la escuela. La terapia psicológica, como la terapia cognitivo-conductual, ha demostrado ser eficaz para ayudar a los jóvenes a identificar y modificar pensamientos

negativos, mejorar sus habilidades de afrontamiento y desarrollar estrategias para manejar el estrés y la ansiedad. Por otro lado, en algunos casos, el uso de medicación, como antidepresivos recetados bajo supervisión médica, puede ser necesario para estabilizar el estado de ánimo y reducir los síntomas depresivos. Además, la combinación de ambos enfoques, junto con un entorno de apoyo en casa y en la escuela, puede potenciar los resultados del tratamiento y contribuir a una recuperación integral (Friedman, 2015).

Es fundamental resaltar que tanto la depresión como la ideación suicida pueden tratarse, y con el apoyo adecuado, los niños y adolescentes tienen la posibilidad de superar estas dificultades y llevar una vida plena. La intervención temprana y las estrategias de prevención juegan un papel esencial en la recuperación de los jóvenes, ayudándolos a manejar la depresión y disminuir el riesgo de pensamientos suicidas.

Ansiedad e ideación suicida

La ansiedad en niños y adolescentes puede ser un factor de riesgo importante para la ideación suicida. La ansiedad crónica y no tratada puede llevar a una sensación de angustia y estrés persistente, lo que puede ser abrumador para los jóvenes. Además, la ansiedad puede hacer que niños y adolescentes se sientan aislados y sin esperanza, lo que puede aumentar el riesgo de pensamientos suicidas (Izaki, 2021).

Los trastornos de ansiedad, como la fobia social, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo-compulsivo, son especialmente comunes en niños y adolescentes y pueden aumentar el riesgo de ideación suicida. Los jóvenes que experimentan ansiedad severa también pueden desarrollar depresión, lo que puede agravar el riesgo de ideación suicida (González *et al.*, 2005).

Es fundamental que los padres, los maestros y otros adultos significativos estén atentos a los signos de ansiedad en niños y adolescentes y busquen ayuda profesional si es necesario. Los tratamientos efectivos para la ansiedad incluyen terapia psicológica, como la terapia cognitivo-conductual, y medicación, como los antidepresivos y los ansiolíticos (Pine, Cohen, Cohen & Brook, 1999). Es importante crear un ambiente de apoyo y empatía para los niños y adolescentes que enfrentan ansiedad. Esto incluye escuchar sus preocupaciones, ofrecerles un espacio seguro para compartir sus sentimientos y orientarlos en el desarrollo de estrategias adecuadas para manejar su ansiedad de manera positiva (Guarnaccia, Martínez & Acosta, 2013).

Los terapeutas ocupacionales pueden intervenir en muchos dominios de la vida negativamente afectados por la enfermedad, como: actividades de la vida diaria, educación, trabajo, juego, interacción social y sueño. Los métodos de terapia ocupacional más efectivos se basan en el enfoque cognitivo-conductual e incluyen: Psicoeducación, técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades sociales y desensibilización sistemática. Otros métodos implican capacitación en actividades de la vida diaria, como la alimentación, el mantenimiento de una buena higiene personal y el uso del transporte público. Además, se ha comprobado que la terapia de arte (artes visuales, uso de arcilla) reduce los sentimientos de ansiedad, al tiempo que promueve la creatividad y mejora la autoestima. También se podría incorporar mindfulness, ya que se ha comprobado su efectividad en la reducción de la ansiedad y en la mejora de la regulación emocional (Moraiti, Kalmanti, Papadopoulou, & Porfyri, 2024).

Como se ha señalado, la ansiedad en niños y adolescentes representa un factor de riesgo significativo para la ideación suicida. Por ello, es fundamental

proporcionar un tratamiento adecuado y fomentar un entorno de apoyo que contribuya a disminuir este riesgo y fortalecer el bienestar emocional de los jóvenes. Desde la terapia ocupacional, se pueden implementar estrategias centradas en la regulación emocional, el desarrollo de habilidades sociales y la promoción de rutinas saludables, permitiendo a los niños y adolescentes afrontar sus emociones de manera positiva y mejorar su calidad de vida.

Problemas de salud mental e ideación suicida

Los problemas de salud mental en niños y adolescentes representan una preocupación creciente en la sociedad. La ansiedad, depresión, los trastornos de la alimentación, la hiperactividad y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), entre otros, pueden afectar seriamente el bienestar de los jóvenes y, en casos extremos, ser un factor de riesgo para el suicidio (Merikangas *et al.*, 2010).

Los problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia pueden contribuir a la aparición de pensamientos suicidas. Como mencionamos en la sección sobre depresión, esta puede causar una sensación de desesperanza y falta de sentido, lo que puede llevar a los jóvenes a sentir que la muerte es la única solución. La ansiedad también puede ser debilitante, haciendo que los jóvenes se sientan abrumados y sin esperanza (APA, 2013).

Además, los niños y adolescentes que sufren problemas de salud mental pueden tener dificultades para manejar las situaciones estresantes y las relaciones interpersonales, lo que puede aumentar el riesgo de pensamientos suicidas. Los traumas, el acoso escolar, la discriminación y la pérdida de seres queridos también pueden contribuir a la aparición de problemas de salud mental y, por lo tanto, al riesgo de suicidio (CDPC, 2022).

Es importante destacar que los problemas de salud mental en niños y adolescentes no son una señal de debilidad o falta de carácter, sino una enfermedad real que requiere tratamiento. Los padres, la familia y los amigos pueden ayudar a los jóvenes a obtener la ayuda necesaria para superar sus problemas de salud mental. Esto incluye apoyar a los jóvenes en su búsqueda de tratamiento, proporcionar un ambiente seguro y acogedor y ofrecerles una red de apoyo en la que se sientan comprendidos y valorados.

En otras palabras, los problemas de salud mental en niños y adolescentes pueden ser un factor de riesgo para el suicidio. Es importante reconocer y tratar estos problemas de manera oportuna y proporcionar un tratamiento transdisciplinario.

Además, se ha demostrado que la falta de apoyo emocional y la falta de acceso a servicios de salud mental adecuados son factores importantes que contribuyen a la ideación suicida en niños y adolescentes (Asociación Americana de Suicidología, 2019). Es fundamental subrayar que la prevención y el tratamiento temprano son claves para abordar este problema y salvar vidas. Es necesario asegurar que los niños y adolescentes tengan acceso a recursos de apoyo y a profesionales de la salud mental capacitados para abordar sus necesidades específicas.

En el mismo sentido, la ideación suicida en niños y adolescentes indígenas es un problema alarmante que requiere de una atención inmediata. Muchos de estos jóvenes enfrentan barreras culturales, sociales y económicas que afectan su bienestar emocional. La falta de acceso a servicios de salud mental y recursos adecuados agrava la situación (Chandler *et al.*, 2003). Es necesario que se promueva la concientización sobre la importancia de la

prevención del suicidio y se brinden recursos apropiados a las comunidades indígenas para abordar este problema y proteger la vida de estos jóvenes.

El diseño de programas y políticas públicas debe responder a las necesidades específicas de los niños y adolescentes indígenas, incorporando la formación de profesionales de la salud mental en la comprensión de las diferencias culturales y la aplicación de enfoques terapéuticos culturalmente pertinentes. Asimismo, es fundamental fortalecer las redes de apoyo dentro de las comunidades indígenas, promoviendo la participación activa de líderes comunitarios, educadores y familias en la prevención del suicidio y el acompañamiento de jóvenes en situación de riesgo.

Los trastornos de salud mental en la infancia y la adolescencia, como la depresión y la ansiedad, constituyen factores de riesgo relevantes para la ideación suicida. La identificación temprana y el abordaje oportuno de estos problemas, junto con la provisión de apoyo emocional y el acceso a servicios de salud mental adecuados, son medidas esenciales para su prevención. En este sentido, resulta prioritario atender las necesidades particulares de poblaciones en situación de vulnerabilidad, como los jóvenes indígenas, a través de estrategias diseñadas específicamente para mejorar su bienestar psicosocial y reducir la incidencia de conductas suicidas. La implementación de intervenciones preventivas y terapéuticas basadas en evidencia es clave para mitigar estos riesgos y favorecer un desarrollo emocional saludable en la población juvenil.

Papel de la terapia ocupacional en el abordaje de la ideación suicida

El papel de la terapia ocupacional en el abordaje de la ideación suicida es esencial. Los terapeutas ocupacionales utilizan actividades y tareas prácticas para ayudar a las personas a mejorar su bienestar mental y emocional (Reitz, Scaffa, & Dorsey, 2020). Estas actividades pueden incluir la exploración de nuevos intereses y habilidades, así como la mejora de las habilidades sociales y de la autoestima (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2014). La terapia ocupacional también puede ayudar a las personas a establecer metas y encontrar un propósito en la vida, lo que puede ser un factor clave en la prevención de la ideación suicida (Reitz, Scaffa, & Dorsey, 2020).

En otras palabras, la terapia ocupacional es un componente importante en el tratamiento integral y en el apoyo a las personas que luchan con pensamientos suicidas. La terapia ocupacional es una forma de tratamiento que se centra en ayudar a las personas a desarrollar habilidades y mejorar su calidad de vida a través de la participación en actividades significativas y significativas. En el caso de personas que luchan con pensamientos suicidas, la terapia ocupacional puede ser un componente importante en su tratamiento integral.

Los terapeutas ocupacionales trabajan con sus pacientes para identificar y desarrollar habilidades y actividades que puedan ser significativas y gratificantes para ellos (World Federation of Occupational Therapists, 2019). Esto puede incluir actividades como cocina, arte, jardinería, música y otras actividades que les permitan experimentar un sentido de logro y propósito.

Además, la terapia ocupacional también puede ayudar a las personas a mejorar su autoconfianza y autoestima, lo que es esencial para superar los pensamientos suicidas. Al trabajar en habilidades y actividades que son significativas para ellos, los pacientes pueden sentirse más capaces y eficaces, lo que puede ayudar a reducir la ansiedad y la depresión.

La terapia ocupacional es un tratamiento efectivo para las personas que enfrentan pensamientos suicidas. Al centrarse en el desarrollo de habilidades y actividades significativas, los terapeutas ocupacionales pueden apoyar a sus pacientes en la mejora de su calidad de vida y en la superación de sus dificultades emocionales.

Enfoque teórico utilizado en la terapia ocupacional

En la terapia ocupacional el enfoque teórico utilizado es el biopsicosocial (Friedman, 2015). Este enfoque considera que la ideación suicida es el resultado de una interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

Desde una perspectiva biológica se ha identificado que la presencia de trastornos mentales, como la depresión, aumenta el riesgo de ideación suicida (Mann *et al.*, 2005). Por otro lado, desde un punto de vista psicológico, se considera que la baja autoestima, falta de sentido de pertenencia y falta de habilidades de afrontamiento son factores importantes que contribuyen a la ideación suicida (Joiner *et al.*, 2009).

Desde una perspectiva social, se ha demostrado que factores como el aislamiento social, el acoso escolar y el estrés financiero son factores que pueden aumentar el riesgo de ideación suicida (Klomek *et al.*, 2010).

La terapia ocupacional adopta un enfoque biopsicosocial para la intervención en personas con ideación suicida, abordando los factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en este problema (Sareen et al., 2013). Su aplicación se centra en el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento, el fomento de la autoestima y el refuerzo del sentido de pertenencia, elementos clave en la reducción del riesgo suicida (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012). Asimismo, promueve la integración social y la disminución del estrés a través de actividades significativas que favorecen el bienestar emocional y la resiliencia (Moutier et al., 2016).

Como estrategia terapéutica, la terapia ocupacional ha demostrado ser eficaz en el abordaje de la ideación suicida, ya que facilita el desarrollo de competencias funcionales y ocupacionales que contribuyen a la estabilidad emocional. Al centrarse en la participación en actividades con sentido, no solo optimiza la calidad de vida de los individuos, sino que también disminuye los factores de vulnerabilidad asociados a la conducta suicida, promoviendo estrategias de afrontamiento adaptativas y sostenibles a largo plazo.

Intervenciones ocupacionales específicas para tratar la ideación suicida

Las intervenciones ocupacionales específicas para tratar la ideación suicida incluyen actividades y terapias que ayudan a mejorar la salud mental y reducir los pensamientos suicidas (AOTA, 2019). Algunas de estas intervenciones incluyen la terapia ocupacional este enfoque ayuda a las personas a mejorar sus habilidades y aumentar su bienestar a través de actividades significativas y terapéuticas. También grupos de apoyo, estos brindan a las personas un espacio seguro y confidencial para compartir sus experiencias y obtener apoyo emocional. La terapia cognitivo-conductual ayuda a las personas a identificar

y cambiar patrones negativos de pensamiento y comportamiento. Por su parte, las actividades recreativas como deporte, música o arte pueden ayudar a mejorar el estado de ánimo y reducir los pensamientos suicidas. Mientras que la meditación y relajación pueden ayudar a reducir el estrés y mejorar la salud mental.

Estas intervenciones deben ser administradas por profesionales capacitados y deben ser personalizadas a las necesidades de cada persona. Es importante buscar ayuda profesional si se experimentan pensamientos suicidas.

Intervenciones ocupacionales en la reducción de la ideación suicida

La evaluación de la efectividad de las intervenciones ocupacionales en la reducción de la ideación suicida es un tema importante en el campo de la salud mental (WHO, 2021). Las intervenciones ocupacionales son actividades terapéuticas que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas (AOTA, 2019) y su efecto en la reducción de la ideación suicida se ha investigado por su importancia (Government of Canada, 2013).

Se han utilizado diversas técnicas para evaluar la efectividad de las intervenciones ocupacionales, incluyendo encuestas, entrevistas, cuestionarios y mediciones objetivas (Brown, Stoffel & Muñoz, 2019) y en general, los resultados indican que las intervenciones ocupacionales pueden ser efectivas en la reducción de la ideación suicida, especialmente cuando se combinan con otras terapias (Gutman, 2005).

Sin embargo, es importante destacar que la efectividad de las intervenciones ocupacionales varía de acuerdo con la gravedad de cada caso (Maris, 1995, Marshall, et al, 2023), así como a la combinación con otras terapias

y tratamientos (Custer & Wassink, 1991). Por lo tanto, es necesario seguir investigando y mejorando las intervenciones ocupacionales para lograr un impacto más efectivo en la reducción de la ideación suicida (WHO, 2021).

Consideraciones éticas y legales en el tratamiento de la ideación suicida

El tratamiento de la ideación suicida es un tema delicado que requiere una atención especial en cuanto a la ética y la legalidad. Desde la terapia ocupacional, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones. La confidencialidad es importante respetar la privacidad y la confidencialidad siempre y cuando no exista una amenaza inmediata para su vida o la de terceros (Salles & Castelo, 2023).

La confidencialidad es un aspecto fundamental en el ámbito de la terapia ocupacional ya que los pacientes comparten con sus terapeutas información personal y confidencial sobre su vida y salud. La privacidad y la confidencialidad ayudan a crear un entorno de confianza y seguridad para el paciente, lo que puede facilitar una mayor apertura y un mejor progreso en la terapia.

Sin embargo, en algunos casos, puede haber una amenaza inmediata para la vida o la seguridad del paciente o de terceros. En estos casos, el terapeuta puede tener la obligación legal de informar a las autoridades competentes o tomar medidas para proteger a las personas involucradas.

Es importante tener en cuenta que la confidencialidad no es absoluta y puede haber excepciones legales, como la obligación de reportar la sospecha de abuso infantil o la presencia de un plan suicida. Los terapeutas deben conocer las leyes y regulaciones aplicables en su área geográfica y seguirlas cuidadosamente.

Además, es fundamental que los terapeutas expongan a sus pacientes la política de confidencialidad y las posibles excepciones antes de comenzar la terapia. Esto ayudará a establecer expectativas claras y asegurarse de que el paciente entienda que la confidencialidad puede ser limitada en ciertas circunstancias.

En suma, la confidencialidad es un aspecto importante de la terapia ocupacional, pero puede haber excepciones legales y situaciones en las que la privacidad puede ser limitada. Los terapeutas deben conocer y seguir las leyes y regulaciones aplicables en su área y discutir la política de confidencialidad con sus pacientes y firmar un consentimiento informado, es decir, antes de iniciar el tratamiento es necesario obtener el consentimiento informado del paciente, explicar los objetivos y las posibles consecuencias de las terapias ocupacionales (American Occupational Therapy Association, 2006).

El consentimiento informado es un proceso mediante el cual se obtiene el acuerdo del paciente antes de iniciar la terapia ocupacional. Este proceso implica informar al paciente sobre los objetivos y las posibles consecuencias del tratamiento. Es importante que el paciente tenga una comprensión clara y completa de lo que implica el tratamiento, incluyendo los riesgos y las posibles complicaciones. Esto le permite tomar una decisión informada sobre si desea o no continuar con el tratamiento. El consentimiento informado es una práctica ética y un derecho fundamental del paciente. También es una protección legal para el profesional médico ya que demuestra que se ha hecho lo posible para asegurarse de que el paciente comprenda y acepte los riesgos y las consecuencias del tratamiento.

Es importante evaluar los riesgos y las posibilidades de recuperación del paciente antes de iniciar cualquier tratamiento y asegurarse de que esté recibiendo el tratamiento adecuado (Hawkins, 2014).

La evaluación de riesgos es importante en terapia ocupacional porque permite identificar y entender los factores que pueden afectar la seguridad y la capacidad de recuperación del paciente durante el tratamiento. Esta información es crítica para determinar el plan de tratamiento adecuado y asegurar que se minimice el riesgo de complicaciones o daños mientras se fomenta la recuperación del paciente. La evaluación cuidadosa de riesgos permite a los terapeutas ocupacionales tomar medidas preventivas y ajustar el tratamiento si es necesario, lo que contribuye a mejorar los resultados del paciente y aumentar su satisfacción con el tratamiento.

Es necesaria la colaboración con otros profesionales como psiquiatras y psicólogos, para garantizar un tratamiento completo y efectivo (Mann et al, 2005). La colaboración con otros profesionales de la salud es importante por las siguientes razones: complementariedad: la colaboración permite aprovechar la experiencia y los conocimientos de cada profesional para lograr un tratamiento más completo y efectivo; tratamiento integral la ideación suicida puede estar relacionada con trastornos mentales y emocionales y la colaboración con psiquiatras y psicólogos puede ayudar a abordar estos problemas de manera más completa. La colaboración entre profesionales puede mejorar la comunicación y coordinación del tratamiento, lo que puede resultar en una atención más efectiva y una mayor satisfacción del paciente. Cuando los pacientes ven que diferentes profesionales de la salud trabajan juntos en su bienestar, pueden sentirse más confiados y motivados para participar en su propio tratamiento.

Para sintetizar, la colaboración con otros profesionales de la salud es importante para los terapeutas ocupacionales en el tratamiento de la ideación suicida debido a la complementariedad de los diferentes enfoques y perspectivas, el tratamiento integral de los problemas de salud mental y emocional, la mejora de la comunicación y coordinación y el aumento de la confianza y motivación del paciente.

En ningún momento se debe vulnerar los derechos humanos del paciente, incluyendo el derecho a la dignidad, la privacidad y la autodeterminación (WHO, 2006). En terapia ocupacional, el respeto a los derechos humanos es esencial para garantizar una atención de calidad y un ambiente de trabajo ético.

El derecho a la dignidad significa que todos los pacientes deben ser tratados con respeto y consideración, independientemente de su situación o condición. La privacidad del paciente debe ser respetada en todo momento, incluyendo la protección de su información personal y médica. La autodeterminación significa que el paciente tiene derecho a tomar decisiones informadas sobre su tratamiento y cuidado, y debe ser respetado en estas decisiones.

Si los derechos humanos no son respetados pueden surgir consecuencias, incluyendo daño emocional, psicológico o físico, además de una pérdida de confianza en el sistema de atención médica. Por lo tanto, es crucial que los terapeutas ocupacionales estén al tanto de los derechos humanos de sus pacientes y trabajen activamente para garantizar que se respeten en todo momento. Esto incluye la implementación de políticas y prácticas éticas, la formación continua y la sensibilización sobre la importancia del respeto a los derechos humanos en el cuidado médico.

Finalmente, es importante que los terapeutas ocupacionales sigan estas consideraciones éticas y legales en el tratamiento de la ideación suicida, a fin de garantizar un tratamiento efectivo y respetuoso para los pacientes. Al abordar temas como la confidencialidad, el consentimiento informado, la evaluación de riesgos, la colaboración con otros profesionales de la salud y el respeto a los derechos humanos. Los terapeutas ocupacionales pueden proporcionar un cuidado compasivo y ético a sus pacientes mientras cumplen con sus responsabilidades legales y profesionales.

Conclusión y recomendaciones

La terapia ocupacional puede desempeñar un papel importante en la prevención e intervención en la ideación suicida al abordar los factores subyacentes que pueden contribuir a estos pensamientos. A continuación, se presentan algunas recomendaciones para el trabajo de la terapia ocupacional.

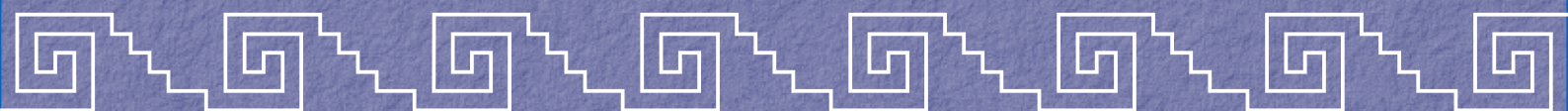
Los terapeutas ocupacionales pueden trabajar con profesionales de la salud mental y otros proveedores de servicios para desarrollar y mejorar programas de prevención del suicidio. Estos programas pueden incluir la educación sobre la salud mental, la resolución de problemas, las habilidades para la vida, el manejo del estrés y la identificación temprana de los signos de advertencia del suicidio.

Integrar la terapia ocupacional en el cuidado de la salud mental. Los terapeutas ocupacionales pueden trabajar en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud mental para brindar atención integral a los pacientes que experimentan ideación suicida. Esto puede incluir terapia individual y grupal, así como intervenciones basadas en la actividad para abordar los factores subyacentes que contribuyen a los pensamientos suicidas.

Los terapeutas ocupacionales pueden aprovechar la tecnología para proporcionar intervenciones remotas y accesibles. Las aplicaciones de teléfonos inteligentes y las plataformas de terapia en línea pueden ser herramientas útiles para brindar apoyo y seguimiento a los pacientes en riesgo de suicidio.

Los terapeutas ocupacionales pueden trabajar con los pacientes para promover el autocuidado y la autogestión de su salud mental. Esto puede incluir la enseñanza de habilidades de autorregulación, como la meditación y la respiración profunda, así como la identificación de actividades significativas y saludables que puedan mejorar el bienestar emocional.

Los terapeutas ocupacionales pueden fomentar la colaboración interprofesional al trabajar en estrecha colaboración con otros proveedores de servicios de salud mental, como psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. Esto puede mejorar la atención integral de los pacientes y garantizar que se aborden todos los aspectos de su salud mental.



CAPÍTULO 11.

LAS PALABRAS SALVAN VIDAS. PROPUESTA DE ABORDAJE INTERCULTURAL

Damaris Francis Estrella Castillo

Cuerpo Académico de Salud Pública – Universidad Autónoma de Yucatán

Resumen

En este capítulo se presentan 19 expresiones utilizadas por niños y adolescentes mayas yucatecos que han intentado suicidarse o consumado el acto. Cada expresión está relacionada con la gravedad de la situación emocional y psicológica de estas personas y sus familias. Las expresiones reflejan una falta de significado o propósito en la vida, un gran dolor emocional o psicológico, una percepción de baja calidad de vida, una sensación de

agotamiento por las dificultades y la falta de esperanza de que las cosas mejoren. También una falta de interés por la vida, una percepción de aislamiento y una falta de comprensión de la gravedad de la situación por parte de los demás. El capítulo está centrado en describir cómo realizar una intervención intercultural respetuosa y sensible cuando alguien expresa la frase “*Necesto morir*” en k’a’abéet in kímil. Para lograrlo presento cinco pasos útiles: i) comprender la frase; ii) escuchar con empatía; iii) explorar el significado; iv) brindar apoyo emocional y, v) considerar la ayuda profesional. En los profesionales de la salud es esencial ser respetuoso y sensible a la cultura y la lengua de la persona con la que interactúa y trabajar para comprender sus perspectivas y valores culturales. La empatía, la comprensión y el respeto son fundamentales para una intervención intercultural efectiva.

Palabras clave: Suicidio, maya, niños, adolescentes.

Introducción

Diversas investigaciones han evidenciado que el lenguaje tiene un impacto significativo en la salud y el bienestar de las personas (Spiegel, 1999). En particular, las palabras de aliento y apoyo han demostrado poseer un efecto terapéutico en pacientes con diversas condiciones de salud, contribuyendo a su recuperación y bienestar emocional (Morejón & Torres, 2024; Mijangos, Reyes & Torres, 2022; Fragapane, 2024).

Un estudio analizó el impacto de las palabras de aliento en pacientes con enfermedades crónicas, encontrando que aquellos que recibieron este tipo de apoyo reportaron una mejor calidad de vida y una mayor adherencia a sus tratamientos (Holland, 2019). Asimismo, la investigación de Mijangos, Reyes y Torres (2022) evidenció que el respaldo emocional brindado por

familiares y amigos favorece la recuperación postoperatoria, reduciendo significativamente los niveles de ansiedad y depresión en pacientes sometidos a cirugía. En este sentido, la evidencia científica respalda que el lenguaje desempeña un papel crucial en la salud y el bienestar, pudiendo incluso contribuir a la supervivencia de los pacientes (Chandler et al., 1998; Huo et al., 2017). No obstante, para que su efecto sea positivo, es fundamental que las palabras sean cuidadosamente seleccionadas y comunicadas de manera adecuada (Garlow, 2008).

En este contexto, comprender las palabras o expresiones utilizadas en maya por los indígenas mayas con ideación suicida resulta fundamental, dado que la lengua y la cultura desempeñan un papel central en la prevención del suicidio en comunidades indígenas (Hallett, 2007).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), el suicidio es un fenómeno multifactorial influenciado por determinantes culturales, sociales, económicos y psicológicos (LeiMan y Garay, 2017). En el caso de los pueblos indígenas, la marginación, la discriminación y las barreras en el acceso a servicios de salud mental y apoyo psicosocial han sido identificadas como factores que incrementan el riesgo de suicidio (Kirmayer et al., 2020). Asimismo, la pérdida de identidad cultural y el desarraigo han sido señalados como elementos clave a abordar en las estrategias de prevención del suicidio en estas comunidades (Hallett et al., 2003).

El idioma y la cultura son factores clave en la prevención del suicidio en comunidades indígenas (McIvor, Napoleon & Dickie, 2009). Las lenguas indígenas poseen un valor simbólico y cultural que facilita la identificación y el sentido de pertenencia de quienes las hablan (Mohatt, 2022). En este

sentido, conocer las palabras o expresiones utilizadas por los indígenas mayas con ideación suicida en su lengua nativa representa una herramienta valiosa para la detección temprana de personas en riesgo y la provisión de apoyo adecuado.

Asimismo, la comprensión de estas expresiones por parte de los profesionales de la salud mental permite un mayor entendimiento de las necesidades y desafíos de la población indígena que busca ayuda. Al incorporar el contexto cultural y lingüístico en el análisis de la ideación suicida, es posible diseñar intervenciones más efectivas y culturalmente sensibles. La integración de estos elementos en los programas de prevención puede mejorar la identificación de personas en riesgo y optimizar las estrategias de acompañamiento y tratamiento.

En particular, el conocimiento de las expresiones relacionadas con la ideación suicida en niños y adolescentes mayas resulta fundamental para abordar el suicidio en poblaciones indígenas desde una perspectiva intercultural y lingüísticamente adecuada. Comprender estos términos y su significado en el idioma maya permite a los profesionales de la salud mental y a los responsables de los programas de prevención considerar los factores culturales, sociales y lingüísticos que influyen en la problemática, lo que facilita la adaptación de estrategias de prevención y atención a las particularidades de estas comunidades (McIvor, Napoleon & Dickie, 2009).

La intervención intercultural constituye una estrategia esencial en la prevención del suicidio en comunidades indígenas, ya que permite la formulación e implementación de estrategias que consideran la diversidad cultural y lingüística de los grupos poblacionales. Este enfoque no solo facilita la



adaptación de las intervenciones a las particularidades socioculturales de cada comunidad, sino que también promueve la participación activa de sus miembros en la identificación de factores de riesgo y en la construcción de soluciones acordes con su cosmovisión y contexto social. Al integrar los saberes y prácticas locales en los programas de prevención, se fortalece la efectividad de las acciones implementadas, favoreciendo un abordaje integral y culturalmente pertinente de la salud mental.

El presente estudio tiene como objetivo explorar y documentar las expresiones lingüísticas empleadas por hablantes de lengua maya con ideación suicida, con el propósito de generar herramientas que permitan mejorar la identificación temprana de riesgos y diseñar estrategias de prevención más eficaces en comunidades indígenas. Asimismo, busca profundizar en la comprensión de las necesidades y desafíos que enfrentan las personas indígenas que requieren atención en salud mental, a fin de desarrollar intervenciones que sean culturalmente sensibles y pertinentes. Esta información será de utilidad para los profesionales de la salud mental, permitiéndoles diseñar enfoques terapéuticos más contextualizados y eficaces en la atención de esta problemática.

Metodología

La presente investigación se llevó a cabo entre enero y diciembre de 2021 con el propósito de analizar las manifestaciones de ideación suicida en niños, adolescentes y familiares sobrevivientes de personas que realizaron un intento suicida. Se priorizó la protección de la privacidad y el bienestar de los participantes mediante la implementación de protocolos éticos rigurosos.

Para garantizar un enfoque ético, se gestionaron los permisos y aprobaciones correspondientes, incluyendo el respaldo de un comité de ética y la obtención del consentimiento informado tanto de los participantes como de sus padres o tutores legales en el caso de los menores de edad. Se aseguró que la participación fuera voluntaria y que los involucrados expresaran su disposición para colaborar en el estudio.

Los criterios de selección incluyeron variables como edad, género, diversidad cultural y experiencias previas de ideación suicida o intentos de suicidio. La identificación de los participantes se llevó a cabo en coordinación con los Centros de Salud de cada comunidad, garantizando un proceso cuidadoso y respetuoso.

En la recopilación de información, se utilizaron dos enfoques metodológicos complementarios:

1. Entrevistas a profundidad, que permitieron explorar detalladamente las experiencias, pensamientos y emociones de los participantes.
2. Grupos focales, facilitando la discusión e identificación de percepciones compartidas dentro de la comunidad.

Ambas técnicas se implementaron tanto en español como en lengua maya, con la asistencia de un traductor especializado para garantizar una interpretación precisa y respetuosa. Este enfoque contribuyó a la creación de un espacio inclusivo, favoreciendo una comunicación efectiva y minimizando posibles barreras lingüísticas y culturales.

La información obtenida a partir de las entrevistas y grupos focales fue transcrita, codificada y analizada mediante técnicas de análisis cualitativo,

permitiendo la identificación de patrones y tendencias relevantes en la expresión de la ideación suicida. A lo largo del estudio, se aseguró la privacidad y la confidencialidad de los participantes, evitando cualquier tipo de exposición o riesgo potencial derivado de su participación. Los datos fueron tratados con absoluta discreción, garantizando que la información personal no fuera divulgada sin el consentimiento expreso de los involucrados.

En total, el estudio contó con la participación de 32 individuos: 12 niños y adolescentes con antecedentes de ideación o intento suicida, y 20 familiares de personas que enfrentaron esta problemática. La inclusión de estos grupos permitió obtener una visión integral del fenómeno, considerando tanto la perspectiva de quienes vivieron la ideación suicida como la de aquellos que brindaron apoyo y acompañamiento.

La contribución de los niños y adolescentes fue fundamental para comprender sus experiencias, emociones y percepciones, identificando factores de riesgo y elementos protectores en su entorno. Por otro lado, la participación de los familiares proporcionó información clave sobre las dinámicas familiares, los recursos disponibles y las principales dificultades que enfrentan en el proceso de acompañamiento.

La combinación de estos enfoques permitió una comprensión más profunda y contextualizada de la ideación suicida en comunidades indígenas, ofreciendo insumos valiosos para el desarrollo de estrategias de prevención e intervención culturalmente sensibles. Asimismo, los hallazgos obtenidos pueden servir de base para la formulación de políticas y programas dirigidos a fortalecer la salud mental y reducir la incidencia de suicidio en poblaciones vulnerables.

Las expresiones

Se llevó a cabo un estudio exhaustivo en cinco comunidades mayas yucatecas, con el respaldo financiero de la Fundación Kellogg. Este apoyo permitió una intervención más amplia y focalizada en estas localidades, abordando sus particularidades socioculturales y las complejidades inherentes a cada contexto.

Durante el proceso de investigación, se identificaron expresiones significativas que reflejan la profundidad y gravedad de las experiencias emocionales y psicológicas de los niños y adolescentes mayas yucatecos. Asimismo, estas expresiones proporcionan una visión sobre las vivencias de los familiares de quienes han intentado quitarse la vida o de aquellos que lamentablemente consumaron el acto.

Cabe señalar que estas expresiones constituyen un indicador del impacto emocional y psicológico en ambas poblaciones: los menores que han experimentado ideación o intento suicida y los familiares de quienes fallecieron por suicidio en las comunidades de Tizimín, Dzityá, Molas, Dzidzantún y Chankom. A continuación, se presenta un análisis detallado de cada una de estas expresiones, permitiendo comprender su significado y relevancia en el contexto estudiado.

1. La vida no vale la pena (Kuxtalile' mina'an u naajalil)

Esta expresión refleja un profundo sentimiento de desesperanza y la percepción de que la vida carece de sentido o propósito. En el contexto de niños y adolescentes mayas, podría estar vinculada a experiencias de marginación, violencia intrafamiliar, dificultades económicas o la falta de acceso a oportunidades educativas y de desarrollo personal.

Desde una perspectiva cultural, la cosmovisión maya tradicional valora la vida como un ciclo interconectado con la comunidad, la naturaleza y los ancestros. Sin embargo, cuando un niño o adolescente expresa “Kuxtalile’ mina’an u naajalil”, es posible que sienta una desconexión con estos vínculos esenciales, lo que amplifica su sensación de soledad y desarraigo. Esta frase no solo puede ser un indicador de depresión, sino también de la pérdida de identidad cultural y de la falta de redes de apoyo significativas.

Además, el uso de esta expresión puede denotar una crisis emocional en la que la persona no encuentra alternativas para afrontar sus problemas. La manifestación de estos sentimientos en niños y adolescentes mayas sugiere la urgencia de estrategias de intervención psicosocial que integren su cultura, su idioma y sus valores comunitarios como parte del proceso de fortalecimiento emocional y prevención del suicidio.

2. *Pronto dejaré de sufrir* (Ma’ tu xáantal u jáawal in yaayankil)

Esta expresión refleja un estado de profundo dolor emocional y desesperanza. En el contexto de niños y adolescentes mayas, puede ser indicativa de un sentimiento de fatiga extrema ante situaciones de violencia, pobreza, discriminación o falta de apoyo familiar y comunitario. El verbo xáantal hace referencia a la cesación de algo, en este caso, del sufrimiento, lo que puede implicar una percepción de que la única forma de encontrar alivio es a través de la desaparición o la muerte.

Desde una perspectiva cultural, el pueblo maya ha desarrollado estrategias comunitarias para enfrentar el dolor y la adversidad, como el apoyo familiar y la conexión con la espiritualidad. Sin embargo, cuando un niño o adolescente expresa Ma’ tu xáantal u jáawal in yaayankil, puede ser un

indicio de que siente una desconexión con estos recursos de apoyo, lo que lo deja en un estado de vulnerabilidad emocional.

Esta frase puede interpretarse como una forma de verbalizar la desesperación y la falta de opciones percibidas, lo que la convierte en un posible indicador de riesgo de suicidio. Su uso entre niños y adolescentes mayas sugiere la necesidad de intervenciones sensibles a su cultura y entorno, que les brinden herramientas para afrontar el sufrimiento sin perder el sentido de pertenencia a su comunidad y tradiciones.

3. *Para vivir así, lo mejor es estar muerto* (Utia'al in kuxtal beya', maas ma'alob ka kímken)

Esta expresión refleja un profundo sentimiento de desesperanza y resignación ante la vida. La estructura de la frase en maya revela una valoración negativa de la existencia (utia'al in kuxtal beya', "para vivir así") y la idea de que la muerte sería preferible (maas ma'alob ka kímken, "es mejor morir").

Esta afirmación puede estar relacionada con experiencias de sufrimiento prolongado, ya sea por violencia, pobreza, falta de oportunidades o problemas familiares. La frase implica que la persona percibe su realidad como inmodificable y sin posibilidad de mejora, lo que puede derivar en un pensamiento fatalista sobre su futuro.

Desde una perspectiva cultural, la cosmovisión maya tradicional considera la vida como un equilibrio entre el bienestar individual y la armonía con la comunidad y la naturaleza. Cuando un niño o adolescente expresa Utia'al in kuxtal beya', podría estar manifestando una desconexión con estos valores comunitarios, lo que acentúa su sensación de aislamiento emocional.

El uso de esta expresión es un llamado de alerta sobre la necesidad de generar espacios de contención y apoyo para niños y adolescentes en comunidades mayas, en los que puedan expresar sus emociones y encontrar sentido en su entorno sin sentir que la única alternativa es la muerte.

Jiménez-Balam (2024) enfatiza que en comunidades indígenas de América Latina, incluidas las mayas, la socialización emocional está influenciada por normas culturales que pueden regular la expresión del sufrimiento. En este sentido, los niños y adolescentes mayas pueden aprender a no exteriorizar abiertamente el dolor emocional, canalizándolo a través de expresiones como esta, que sintetizan un estado de desesperanza sin necesariamente manifestarlo de manera explícita en su comportamiento cotidiano.

Bourdin (2014) destaca que el léxico de las emociones en maya yucateco tiene una fuerte carga comunitaria, es decir, muchas emociones se expresan en relación con el colectivo. En este caso, la frase puede aludir a un sentimiento de exclusión o aislamiento social. Si un niño o adolescente la expresa, podría estar manifestando una desconexión con su entorno familiar o comunitario, percibiendo la muerte como una liberación ante una vida percibida como extremadamente difícil.

Por lo tanto, en comunidades donde el apoyo social y la interdependencia son valores fundamentales, una expresión como esta puede ser un llamado de auxilio frente a la percepción de abandono, maltrato o falta de integración.

Para los adolescentes, en especial aquellos en procesos de aculturación o en contacto con contextos urbanos, podría reflejar una crisis de identidad, donde sienten que no encajan ni en su comunidad de origen ni en espacios más modernos.

También puede ser una forma de verbalizar el estrés y la ansiedad relacionados con la pobreza, la migración o la violencia familiar, situaciones documentadas en estudios sobre infancias indígenas en América Latina.

4. *Estoy cansado de luchar* (Ts'o'ok u náakal in wóol sen mayaj), esta expresión transmite una profunda sensación de desgaste emocional, que puede estar asociada con la fatiga ante dificultades persistentes en la vida. En el contexto de niños y adolescentes mayas, esta frase podría reflejar el impacto de factores socioeconómicos, familiares o de salud mental que afectan su bienestar.

Según Jiménez-Balam (2024), la socialización de las emociones en comunidades indígenas latinoamericanas está moldeada por normas colectivas que enfatizan la resiliencia y la interdependencia. Sin embargo, cuando un niño o adolescente expresa *Ts'o'ok u náakal in wóol sen mayaj*, es posible que esté sintiendo un profundo agotamiento debido a dificultades estructurales como la pobreza, la falta de acceso a educación o la presión de cumplir con responsabilidades familiares desde una edad temprana. En estos contextos, la expresión del cansancio emocional puede ser modulada por normas culturales que enfatizan el autocontrol y la resistencia.

Desde la perspectiva de Bourdin (2014), el léxico emocional en maya yucateco refleja no solo estados internos, sino también valores sociales. La palabra *náakal* implica una lucha constante y sostenida, por lo que su finalización (*ts'o'ok*) indica que la persona siente que ha llegado a un punto límite. En la cosmovisión maya, las emociones no solo se viven de manera individual, sino que se interpretan dentro de un marco comunitario.

Un niño o adolescente que dice esta frase podría estar expresando una sensación de aislamiento o falta de apoyo, lo que resalta la importancia de estrategias de intervención que refuercen el sentido de comunidad y pertenencia.

En este sentido, la frase *Ts'o'ok u náakal in wóol sen mayaj* puede entenderse como un llamado de auxilio, un deseo de ser escuchado dentro de un entorno que, aunque culturalmente resiliente, también enfrenta desafíos en la atención a la salud mental de su población más joven.

5. *Quiero terminar con todo* (*Taak in xu'ulsik tuláakal*), transmite un sentimiento de desesperación profunda, agotamiento emocional y falta de alternativas percibidas. En el contexto de niños y adolescentes mayas, esta frase puede estar relacionada con experiencias de sufrimiento psicosocial, derivadas de la pobreza, la presión familiar y comunitaria, la falta de oportunidades educativas, la migración forzada o incluso experiencias de violencia y discriminación.

Jiménez-Balam (2024) subraya que en las comunidades indígenas latinoamericanas, las emociones se socializan de manera colectiva, reguladas por normas socioculturales que priorizan la armonía y la cohesión comunitaria. En este sentido, la expresión abierta de angustia o desesperanza suele ser minimizada o reprimida dentro de ciertos círculos, lo que puede generar un sentimiento de aislamiento emocional en niños y adolescentes. Si un joven expresa *Taak in xu'ulsik tuláakal*, es posible que sienta que sus problemas no tienen solución dentro del marco comunitario, lo que podría llevarlo a un estado de desconexión emocional.

Bourdin (2014) señala que la forma en que los mayas yucatecos conceptualizan las emociones en su lengua refleja una cosmovisión donde los

sentimientos no son puramente internos, sino que están vinculados con el equilibrio entre el individuo y su entorno. La palabra *xu'ulsik* implica un corte, un fin definitivo, lo que refuerza la idea de que quien pronuncia esta frase no ve alternativas o siente que ya no tiene fuerzas para continuar.

Con base en lo anterior, en el caso de niños y adolescentes mayas, la expresión *Taak in xu'ulsik tuláakal* podría ser un grito de ayuda en un contexto donde el apoyo emocional puede estar condicionado por normas culturales que no siempre validan la angustia individual. Desde un enfoque de prevención, es fundamental que los espacios educativos y comunitarios integren estrategias de comunicación emocional que permitan a los jóvenes expresar su malestar sin temor a la estigmatización o la invisibilización de sus sentimientos.

6. Con la expresión *pronto dejaré de ser una carga* (*Ma' tu xáantal yaan u jáawal in kaláanta'al*) puede interpretarse como “No hay esperanza para mi futuro” o “No queda nada para mi destino”. Esta frase transmite un profundo sentimiento de desesperanza y resignación, lo que en el contexto de niños y adolescentes mayas puede estar vinculado a experiencias de exclusión, dificultades económicas, falta de oportunidades educativas o problemas familiares.

Según Jiménez-Balam (2024), en las comunidades indígenas latinoamericanas la regulación emocional está mediada por normas culturales que priorizan la armonía colectiva sobre la expresión individual del sufrimiento. En este contexto, los niños y adolescentes que enfrentan dificultades pueden no encontrar espacios adecuados para verbalizar sus sentimientos, lo que los lleva a internalizar la desesperanza. Esta situación es particularmente

preocupante cuando la frase refleja un estado emocional de rendición o resignación, ya que indica que el menor siente que su destino ya está definido y no tiene posibilidad de cambio.

7. *Quiero quitarme de en medio* (Taak in tselkinbáaj) y “*a veces no quisiera volver a despertarme*” (Yaan k'iine' ma' in k'áat ka' aajali'), reflejan sentimientos de desesperanza y sufrimiento emocional profundo. Estas frases pueden estar relacionadas con estados emocionales de angustia, tristeza extrema o pensamientos de autodestrucción, que en el contexto de niños y adolescentes mayas adquieren significados particulares debido a factores culturales y sociales.

Jiménez-Balam (2024) señala que en comunidades indígenas, la expresión de las emociones está mediada por normas culturales que promueven la resiliencia y la armonía comunitaria. Sin embargo, cuando los niños y adolescentes enfrentan situaciones de pobreza, violencia, discriminación o falta de oportunidades, pueden experimentar sentimientos de desesperanza que no siempre son verbalizados directamente. En estos casos, los menores pueden recurrir a expresiones metafóricas o indirectas para comunicar su malestar.

La frase *Taak in tselkinbáaj* puede ser una forma de manifestar una sensación de carga emocional insoportable, mientras que *Yaan k'iine' ma' in k'áat ka' aajali'* refleja un sentimiento de fatiga existencial, en el que la idea de desaparecer o no despertar se convierte en una manifestación simbólica del deseo de escapar del sufrimiento. En contextos comunitarios, estos sentimientos pueden ser mitigados a través del apoyo familiar y colectivo, aunque la falta de espacios seguros para hablar sobre estas emociones puede agravar su impacto.

Bourdin (2014) destaca que la lengua maya yucateca cuenta con un repertorio léxico amplio para describir las emociones, muchas veces vinculado a experiencias corporales y comunitarias. En este sentido, expresiones como *tsekinbáaj* (retirarse, apartarse) pueden ser formas simbólicas de manifestar sufrimiento sin referirse explícitamente a la autodestrucción.

En comunidades mayas, las emociones no se entienden únicamente como experiencias individuales, sino que están enmarcadas en una red de relaciones sociales. Esto significa que un adolescente que expresa estas frases podría estar comunicando un llamado de ayuda que debe ser interpretado en su contexto cultural. La intervención en estos casos requiere no solo apoyo psicológico individual, sino también estrategias comunitarias que permitan la expresión segura de las emociones y la construcción de redes de apoyo afectivo.

8. La expresión en maya yucateco *Yaan u yantal u súutukil in Kíimil yéetel yaan in wa'alik Beya' jach ki'imak in wóol* ("Habrà un momento en que moriré y diré "al fin soy feliz") refleja un sentimiento de profunda desesperanza y resignación ante el sufrimiento. Desde una perspectiva lingüística y cultural, este enunciado es un ejemplo de cómo los niños y adolescentes mayas pueden verbalizar su dolor emocional utilizando estructuras narrativas que integran la cosmovisión y las formas tradicionales de expresar emociones en su comunidad.

Jiménez-Balam (2024) señala que la socialización de las emociones en comunidades indígenas está influida por valores colectivos, como la resiliencia, la reciprocidad y el sentido de pertenencia. Sin embargo, en situaciones de crisis emocional o falta de redes de apoyo, los niños y adolescentes pueden

adoptar discursos que reflejan un agotamiento emocional y una sensación de soledad. Esta expresión podría ser interpretada como un intento de comunicar el sufrimiento a través de una resignificación cultural de la muerte, no como un fin abrupto, sino como una transición hacia la paz.

Bourdin (2014) documenta cómo el léxico de las emociones en maya yucateco incluye términos específicos para estados emocionales complejos que no tienen una traducción literal al español. En este caso, la construcción *jach ki'imak in wóol* ("soy realmente feliz") dentro de un contexto de muerte puede interpretarse como una forma de expresar la búsqueda de alivio ante el sufrimiento. Esta resignificación del dolor a través del lenguaje es característica de muchas comunidades indígenas, donde las expresiones de desesperanza pueden estar integradas en narrativas que enfatizan la resistencia y la continuidad de la vida en otro plano.

Entonces, la adolescencia es una etapa en la que las emociones se intensifican y los jóvenes buscan formas de expresar sus sentimientos en función de las normas culturales de su comunidad. En el contexto maya, donde la expresión abierta de las emociones puede estar regulada por normas comunitarias de contención emocional, los niños y adolescentes pueden recurrir a expresiones simbólicas o metafóricas para transmitir su angustia. La referencia a la muerte en esta expresión podría no ser solo un deseo literal, sino una forma culturalmente mediada de señalar la profundidad del sufrimiento y la necesidad de apoyo emocional.

Esta expresión en maya yucateco revela cómo los niños y adolescentes de comunidades mayas pueden utilizar el lenguaje para expresar emociones complejas en contextos de vulnerabilidad. Desde la perspectiva de la

socialización de emociones (Jiménez-Balam, 2024) y el léxico emocional en maya (Bourdin, 2014), esta frase puede interpretarse como una manifestación de desesperanza que, más que indicar un deseo literal de muerte, podría estar expresando un llamado de ayuda en un marco cultural donde el sufrimiento se comunica a través de metáforas y referencias a la transición entre la vida y la muerte.

9. *No hay mayor mentira que la vida* (Mina'an tuus jach Nojoch je'el bix le kuxtalila')

La expresión en maya yucateco *Mina'an tuus jach Nojoch je'el bix le kuxtalila'* ("No hay mayor mentira que la vida") transmite un profundo sentimiento de desencanto y desesperanza. Desde una perspectiva sociocultural, lingüística y psicológica, esta frase puede interpretarse dentro del marco de la socialización emocional en comunidades indígenas (Jiménez-Balam, 2024) y el léxico de las emociones en maya yucateco (Bourdin, 2014).

Jiménez-Balam (2024) resalta que en las comunidades indígenas latinoamericanas, la socialización de emociones está mediada por normas culturales que promueven la resiliencia, el autocontrol y la reciprocidad dentro del grupo. Sin embargo, cuando estas redes de apoyo fallan o los jóvenes experimentan crisis personales, pueden desarrollar una visión negativa de la vida. Expresiones como esta podrían ser una manifestación de frustración ante la falta de oportunidades, el sufrimiento o la percepción de injusticia social, reflejando un desencanto con la realidad vivida. Por su lado, Bourdin (2014) documenta cómo el maya yucateco cuenta con una rica variedad de términos para expresar emociones complejas. En este caso, el término *tuus* (mentira) en combinación con *jach Nojoch je'el bix le kuxtalila'* (gran ilusión

como la vida) podría interpretarse no solo como una visión pesimista, sino como una construcción discursiva que enfatiza la percepción de la vida como algo efímero, incierto o decepcionante. Esta resignificación lingüística de la existencia a través de la metáfora es un recurso común en la cosmovisión maya, donde la vida y la muerte son concebidas como ciclos interconectados.

La frase *Mina'an tuus jach Nojoch je'el bix le kuxtalila'* puede entenderse como una manifestación del desencanto que algunos niños y adolescentes mayas pueden experimentar en contextos de vulnerabilidad. Desde la perspectiva de Jiménez-Balam (2024), refleja cómo la socialización de emociones en comunidades indígenas puede generar discursos de resistencia o resignación ante dificultades. Por otro lado, desde la óptica de Bourdin (2014), el uso del léxico emocional maya permite que estos sentimientos sean expresados de manera metafórica, enmarcando la percepción de la vida como algo ilusorio o incierto.

10. *Podría morirme ahora y nadie se daría cuenta* (Je'el u páajtal in Kíimil behora'a ts'o'okole' mixmáak ken u yilej), refleja un profundo sentimiento de soledad, invisibilización y desesperanza. Para analizarla en el contexto de los sentimientos de niños y adolescentes mayas, se pueden utilizar las perspectivas de Jiménez-Balam (2024) sobre la socialización de emociones en comunidades indígenas y de Bourdin (2014) sobre el léxico de las emociones en el maya yucateco.

Según Jiménez-Balam (2024), expresiones como esta pueden indicar una percepción de abandono emocional o de falta de pertenencia, particularmente en contextos donde los cambios económicos, la migración o la discriminación cultural afectan la estabilidad de los jóvenes.

Bourdin (2014) documenta cómo el maya yucateco tiene formas específicas de expresar emociones de tristeza y angustia. La construcción *mixmáak ken u yilej* (nadie se daría cuenta) enfatiza una sensación de insignificancia, una idea que podría ser reflejo de la lucha interna entre la identidad comunitaria y la individualidad en transformación, especialmente entre adolescentes. En la cosmovisión maya, el sentido de comunidad es crucial, por lo que sentirse “no visto” o “no notado” puede ser particularmente doloroso y contrario a las normas tradicionales de apoyo mutuo.

Por lo anterior, para los niños y adolescentes mayas, el sentimiento de que su ausencia pasaría desapercibida puede estar relacionado con la desconexión con su entorno, la falta de validación emocional o la presión de cumplir con expectativas socioculturales que no siempre pueden alcanzar. En algunos casos, la migración de familiares, la discriminación lingüística o la modernización acelerada pueden contribuir a la sensación de que sus emociones no son comprendidas ni valoradas. A pesar de la dureza de la expresión, en contextos mayas es común que las emociones sean transmitidas con un lenguaje metafórico que enfatiza el dramatismo sin necesariamente implicar una amenaza real. Sin embargo, en un contexto de salud mental, frases como esta pueden ser una manifestación de un sufrimiento emocional profundo que requiere intervención y escucha.

11. La expresión *no te preocupes estarás bien* (Ma' tukultik, yaan a wantal ma'alob) refleja un intento de consuelo y apoyo emocional dentro de un marco sociocultural donde la comunidad juega un papel clave en la regulación de las emociones. Para analizar esta expresión en el contexto de los sentimientos de niños y adolescentes mayas, se pueden considerar los enfoques de Jiménez-Balam (2024) sobre la socialización de

las emociones en comunidades indígenas y de Bourdin (2014) sobre el léxico emocional maya.

Según Jiménez-Balam (2024), en comunidades indígenas latinoamericanas las emociones no solo son experiencias individuales, sino que se moldean a través de la convivencia y la interacción con los demás. En este sentido, frases como *Ma' tukultik, yaan a wantal ma'alob* tienen una función social: buscan reducir la ansiedad del interlocutor y reforzar la idea de que las dificultades son pasajeras cuando se cuenta con apoyo comunitario.

Para los niños y adolescentes mayas, este tipo de expresiones pueden estar vinculadas a la enseñanza de la resiliencia. En muchas comunidades, la vida cotidiana está llena de retos, desde la adaptación a cambios socio-culturales hasta la superación de dificultades económicas o familiares. Por ello, frases que invitan a no preocuparse pueden ser interpretadas como estrategias de afrontamiento dentro de un entorno donde la preocupación excesiva podría verse como una carga para la colectividad.

Bourdin (2014) analiza cómo el maya yucateco cuenta con expresiones que transmiten calma y bienestar. La palabra *wantal* (del verbo *wantaj*, 'ponerse de pie, levantarse'), sugiere una acción de recuperación o mejora, lo que indica que el bienestar no es solo un estado pasivo, sino algo que se construye y se alcanza con el tiempo.

El uso de *ma'alob* (bien, bueno) refuerza la idea de un desenlace positivo, reflejando el optimismo inherente a muchas interacciones cotidianas dentro de las comunidades mayas. En este sentido, más que una simple expresión de consuelo, la frase puede representar un recordatorio de que el equilibrio emocional es alcanzable con paciencia y apoyo.

Para los niños y adolescentes mayas, esta expresión puede cumplir diferentes funciones según el contexto:

- Como un mecanismo de regulación emocional dentro de la familia y la comunidad.
- Como una forma de transmitir confianza en tiempos de incertidumbre.
- Como una estrategia para reafirmar el papel del apoyo colectivo en la gestión del estrés y la preocupación.

Sin embargo, es importante considerar que si bien estas expresiones pueden ser reconfortantes, en algunos casos podrían minimizar emociones que requieren mayor atención. En el contexto de la salud mental, es fundamental acompañar estas palabras con acciones concretas que refuercen la sensación de seguridad y apoyo real.

12. *Ya no puedo más* (Ma' tu páajtal in beetik ulak' ba'al) refleja un sentimiento de desesperanza y agotamiento emocional que, en el contexto de niños y adolescentes mayas, puede estar vinculado con el estrés, la presión social y la falta de recursos de apoyo emocional en sus comunidades. Para analizar esta expresión desde una perspectiva cultural y lingüística, podemos recurrir a los trabajos de Jiménez-Balam (2024) sobre la socialización de las emociones en comunidades indígenas y Bourdin (2014) sobre el léxico emocional maya.

Jiménez-Balam (2024) destaca que en las comunidades indígenas latinoamericanas, la regulación emocional no es solo una experiencia individual, sino que está profundamente influenciada por la interacción con la familia y la comunidad. Sin embargo, cuando un niño o adolescente expresa

Ma' tu páajtal in beetik ulak' ba'al, puede estar evidenciando una ruptura con estos lazos de apoyo o un sentimiento de aislamiento.

En contextos de marginación, los niños y adolescentes mayas pueden enfrentarse a múltiples fuentes de estrés:

- Expectativas familiares y comunitarias: En muchas comunidades, se espera que los niños contribuyan activamente al bienestar familiar, lo que puede generar presión adicional.
- Desafíos educativos: La falta de acceso a recursos escolares o la discriminación en entornos urbanos pueden incrementar sentimientos de impotencia.
- Problemas emocionales y de salud mental: La depresión y la ansiedad, aunque presentes, pueden no ser reconocidas como tales debido a diferencias culturales en la conceptualización de las emociones.

La expresión *Ma' tu páajtal in beetik ulak' ba'al* puede ser una manifestación verbal de este agotamiento, un llamado de atención que requiere intervención y apoyo.

Bourdin (2014) analiza cómo el maya yucateco tiene términos específicos para expresar diferentes matices de emociones negativas. El uso de *páajtal* (del verbo *páajt*, 'poder, ser capaz de') indica la pérdida de agencia y control sobre la situación. La frase sugiere una sensación de incapacidad para continuar, lo que puede interpretarse como un estado de agotamiento extremo.

Además, el concepto de *ulak' ba'al* (otra cosa, algo más) implica que la persona siente que cualquier esfuerzo adicional es inalcanzable, reforzando la idea de que ha llegado a un límite emocional.

La frase *Ma' tu páajtal in beetik ulak' ba'al* no solo denota cansancio, sino que puede reflejar una sensación más profunda de impotencia y desesperanza en niños y adolescentes mayas. Desde la perspectiva de Jiménez-Balam (2024), su uso puede estar relacionado con la falta de mecanismos de apoyo efectivos dentro de la comunidad. Por otro lado, Bourdin (2014) destaca cómo el léxico maya expresa estas emociones de una manera particular, mostrando que el agotamiento emocional puede conceptualizarse como una pérdida de capacidad de acción.

Frente a expresiones como esta, es crucial fomentar espacios seguros de escucha y apoyo, evitando minimizar el malestar y promoviendo estrategias de resiliencia culturalmente sensibles.

13. *Cada día veo mi final más cerca* (*Sáamsamal kin wilik táan u náats'al u xuuul in kuxtal*) refleja una profunda sensación de desesperanza y fatalismo. En el contexto de niños y adolescentes mayas, este tipo de sentimientos pueden estar influenciados por la socialización emocional propia de su comunidad, así como por factores socioeconómicos y cambios culturales.

Jiménez-Balam (2024) señala que la socialización de las emociones en comunidades indígenas latinoamericanas está mediada por el entorno comunitario, en el cual las emociones no solo son experiencias individuales, sino que se expresan y regulan en función de normas colectivas. Sin embargo, en el caso de niños y adolescentes, la creciente influencia de la modernidad y la migración puede generar una desconexión con los sistemas tradicionales de apoyo emocional. Expresiones como *Sáamsamal kin wilik táan u náats'al u xuuul in kuxtal* podrían estar relacionadas con:

- Pérdida del sentido de comunidad: La migración de familiares o la influencia de dinámicas urbanas pueden hacer que los niños y adolescentes sientan una desconexión con su identidad cultural y sus redes de apoyo.
- Dificultades económicas y falta de oportunidades: En comunidades de alta marginación, las perspectivas de futuro pueden parecer limitadas, generando en los jóvenes una sensación de fatalismo.
- Crisis de identidad y cambio cultural: La tensión entre la cosmovisión maya tradicional y la influencia externa puede generar en los adolescentes sentimientos de incertidumbre y ansiedad.

En el mismo sentido, Bourdin (2014) analiza cómo el maya yucateco expresa emociones relacionadas con la desesperanza y la angustia. En este caso:

- *Sáamsamal* (cada día) enfatiza la recurrencia del sentimiento, señalando que la persona experimenta una angustia constante.
- *Náats'al* (acercamiento) y *xuuul* (final, término de algo) refuerzan la idea de que el individuo percibe su vida como una trayectoria que se está agotando.
- *Kin wilik táan* (veo que está ocurriendo) sugiere que el hablante siente una certeza absoluta de su destino, lo que refleja un estado emocional marcado por la resignación o la desesperanza.

En el contexto de la infancia y adolescencia maya, esta expresión puede representar una forma de verbalizar emociones de ansiedad, tristeza o desesperanza en un entorno donde la expresión directa de emociones negativas puede estar restringida. En muchas comunidades mayas, el lenguaje emocional está codificado en metáforas o estructuras que permiten expresar

sentimientos sin un enfrentamiento directo con la comunidad. Así, frases como esta pueden ser una manera de señalar sufrimiento sin romper con las normas de expresión emocional de su entorno.

Dado que la socialización emocional en comunidades indígenas suele estar mediada por el apoyo de la familia y el colectivo, es fundamental que las iniciativas de intervención en salud mental tomen en cuenta estos matices lingüísticos y culturales para comprender y atender de manera efectiva las emociones de los niños y adolescentes mayas.

14. *Pronto me reuniré contigo* (Séebak ken k'uchken ta wéetel), sugiere una inminente reunión, pero en ciertos contextos emocionales puede adquirir una carga significativa de anhelo, despedida o incluso resignación. En el caso de niños y adolescentes mayas, su significado puede variar según el entorno cultural y las experiencias individuales.

Jiménez-Balam (2024) resalta que en las comunidades indígenas latinoamericanas, las emociones son compartidas y reguladas en el colectivo, lo que influye en cómo los niños y adolescentes expresan sus sentimientos. En el contexto de esta expresión, hay varias interpretaciones posibles:

- **Expresión de añoranza:** En comunidades con alta migración, los niños y adolescentes pueden usar frases como esta para referirse a la espera de reunirse con familiares que han partido a buscar oportunidades económicas.
- **Resignación ante la muerte o la pérdida:** En ciertos casos, esta expresión podría reflejar una forma de asimilar la muerte de un ser querido, especialmente en un entorno donde la muerte es vista como un tránsito más en la cosmovisión maya.

- Un lazo espiritual con los ancestros: La cosmovisión maya tradicional concibe la vida y la muerte como ciclos interconectados. Para algunos adolescentes, esta frase podría representar una creencia en la continuidad del vínculo con los fallecidos.

Bourdin (2014) analiza cómo la lengua maya expresa emociones relacionadas con la separación y la reunión:

- *Séebak* (pronto, en breve) introduce un sentido de inmediatez, lo que refuerza la idea de que la reunión está cerca.
- *K'uchken* (llegaré) implica una acción voluntaria, lo que podría indicar deseo o determinación.
- *Ta wéetel* (contigo) marca el destinatario de la reunión, enfatizando la conexión emocional entre quien habla y la persona a quien se dirige.

En los niños y adolescentes mayas, el uso de esta expresión podría reflejar la importancia de los lazos afectivos y la manera en que gestionan la separación. En algunos casos, podría usarse de manera literal, pero en contextos de tristeza profunda, podría ser una expresión de deseo de reunificación después de una pérdida.

Por lo tanto, dado que la socialización emocional en las comunidades mayas favorece la expresión de emociones dentro de un marco colectivo, es posible que los adolescentes no manifiesten directamente sentimientos de desesperanza o tristeza, sino que utilicen frases metafóricas o culturalmente codificadas. Esta expresión, en ciertos contextos, podría ser una manera de comunicar sentimientos de soledad o desesperanza sin decirlo explícitamente.

Si un niño o adolescente usa esta frase en un contexto de tristeza profunda, es crucial considerar factores como la percepción comunitaria de la

muerte, el sentido de pertenencia y la necesidad de apoyo social. Las intervenciones en salud mental deben tomar en cuenta estas particularidades culturales para interpretar correctamente las emociones y brindar acompañamiento adecuado.

15. *El mundo seguirá girando sin mí* (Yóok'olkaabe' láayli' yaan u pirinsut kex mina'anen) transmite un sentimiento de desapego y resignación, que en el contexto de niños y adolescentes mayas puede estar vinculado a diversas experiencias emocionales y sociales.

Jiménez-Balam (2024) enfatiza que en las comunidades indígenas latinoamericanas, las emociones no se expresan de manera aislada, sino dentro de un marco colectivo donde la comunidad regula y valida los sentimientos individuales. En este sentido, la frase puede reflejar:

- Un sentimiento de invisibilización: Un adolescente que experimenta dificultades familiares o sociales podría usar esta expresión para transmitir la percepción de que su existencia no tiene un impacto en su entorno.
- Una resignación ante el destino: En la cosmovisión maya, la vida y la muerte son ciclos interconectados. Para algunos niños y adolescentes, esta expresión podría reflejar una aceptación del flujo natural de la existencia.
- Un distanciamiento emocional: Puede ser una manifestación de tristeza profunda o de un intento de desapegarse de las expectativas sociales, especialmente si sienten que no tienen un papel relevante en su comunidad.

Bourdin (2014) explica que el maya yucateco tiene términos específicos para expresar resignación, desesperanza o percepción de inutilidad:

- *Yóok'olkaabe'* (el mundo, la tierra) sugiere una visión amplia de la existencia.
- *Láayli'* (seguirá, continuará) implica que el tiempo y los eventos siguen su curso independientemente de la presencia de alguien.
- *Mina'anen* (no estoy, ya no existo) es la parte más fuerte de la expresión, ya que transmite la idea de ausencia definitiva.

El uso de esta frase por parte de niños y adolescentes puede reflejar una sensación de insignificancia, una forma de expresar que se sienten desconectados de su comunidad o una percepción de que su ausencia no sería notada.

En el contexto de la salud mental, esta expresión podría ser una señal de alerta cuando es usada en un tono de desesperanza o aislamiento. Dado que la cultura maya fomenta la resiliencia a través del sentido de comunidad, el hecho de que un niño o adolescente verbalice esta idea puede indicar una ruptura en su red de apoyo o una crisis emocional profunda.

Si bien en algunos casos podría representar una visión filosófica sobre la continuidad de la vida, en otros podría ser un reflejo de sentimientos de desesperanza o abandono. Es fundamental evaluar el contexto en el que se expresa esta idea para brindar el apoyo adecuado y fortalecer los vínculos emocionales dentro de la comunidad.

16. *Empiezo a estar mal otra vez* (Ts'o'ok u suut k'aasil ti' teen tu ka'atéen), refleja un estado emocional recurrente de malestar. En el contexto de niños y adolescentes mayas, esta frase puede estar relacionada con experiencias de angustia, tristeza o desesperanza, influenciadas por la dinámica comunitaria y la cosmovisión maya.

Jiménez-Balam (2024) destaca que la expresión y regulación de emociones en comunidades indígenas está mediada por la colectividad. Dentro de este marco:

- El sufrimiento emocional se percibe como parte del ciclo de la vida, y la comunidad desempeña un papel central en su gestión. Si un niño o adolescente expresa este sentimiento, puede estar buscando apoyo social o enfrentando dificultades para integrarse en su entorno.
- El concepto de 'sufrimiento repetitivo' puede estar relacionado con experiencias previas no resueltas. La frase *suut k'aasil* (volver a estar mal) sugiere un patrón recurrente de angustia que podría asociarse con problemas familiares, escolares o de identidad.
- Las emociones pueden ser compartidas o contenidas según el contexto cultural. En algunos casos, los niños y adolescentes pueden manifestar su malestar de manera indirecta, utilizando frases como esta para expresar una lucha interna.

Según Bourdin (2014), el maya yucateco cuenta con términos específicos para describir estados emocionales complejos:

- *Ts'o'ok* (ya está, ya pasó) implica una transición, en este caso, hacia un estado negativo.
- *Suut* (volver) enfatiza la repetición, lo que indica que el malestar no es un evento aislado.
- *K'aasil* (estar mal, estar afectado) hace referencia a un malestar emocional o físico.

El uso de esta expresión puede indicar un reconocimiento de una recaída emocional, lo que sugiere que el hablante ha experimentado previamente un estado similar y lo está identificando nuevamente.

Si se analiza desde el contexto de la salud mental esta expresión podría ser un signo de alerta, ya que refleja un ciclo de malestar recurrente. En comunidades mayas, donde el apoyo familiar y comunitario es clave, el hecho de que un niño o adolescente verbalice su sufrimiento podría interpretarse como una señal de que necesita mayor contención o estrategias de afrontamiento.

Es importante analizar el tono y la situación en la que se dice esta frase, ya que podría ser una petición implícita de ayuda o una manifestación de resignación. La intervención temprana y la reconexión con las redes de apoyo comunitarias pueden ser clave para evitar un deterioro emocional mayor.

17. *Estoy en el infierno* (Tianen tu kúuchil kisin)

La expresión *Tianen tu kúuchil kisin* es una construcción con una fuerte carga simbólica dentro de la cosmovisión maya. Para entender su significado en el contexto emocional de niños y adolescentes mayas, es importante considerar los hallazgos de Jiménez-Balam (2024) y Bourdin (2014), quienes abordan la socialización emocional y el léxico de las emociones en la cultura maya.

Según Bourdin (2014), la palabra *kisin* se refiere al “demonio” o una entidad malévola en la tradición maya yucateca, mientras que *kúuchil* significa “morada” o “lugar de”. En términos tradicionales, *kúuchil kisin* puede interpretarse como un estado de sufrimiento extremo, angustia o castigo. Sin embargo, el infierno en la cosmovisión maya no es equivalente al concepto cristiano; más bien, representa un espacio de sufrimiento profundo, un desequilibrio espiritual y emocional que puede estar vinculado con la enfermedad, la desesperanza o el desarraigo.

Jiménez-Balam (2024) enfatiza que la socialización de emociones en comunidades indígenas se da de manera colectiva y relacional. Es decir, los niños y adolescentes aprenden a identificar y gestionar sus emociones a partir de su entorno comunitario. Expresiones como “*Tianen tu kúuchil kisin*” pueden surgir en contextos donde un niño o joven experimenta:

- Angustia por pérdida o separación: En comunidades donde los lazos familiares son fuertes, la ausencia de un ser querido puede generar una sensación de desamparo que se verbaliza con metáforas de sufrimiento extremo.
- Sentimientos de exclusión o desplazamiento: La migración, la discriminación lingüística o la ruptura con la comunidad pueden hacer que un niño exprese su desesperanza con imágenes de “infierno”, ya que implica estar fuera del equilibrio social.
- Estrés por el incumplimiento de roles comunitarios: En la socialización maya, los niños aprenden que la felicidad y estabilidad dependen del cumplimiento de roles dentro del tejido comunitario. Si sienten que no pueden contribuir o que han fallado en algo importante, pueden experimentar una profunda sensación de culpa o desesperanza.
- Depresión o sufrimiento extremo: Esta expresión también podría reflejar un estado emocional de profunda tristeza, vinculado con síntomas de depresión o crisis emocionales en adolescentes.

18. *Necesito morir* (“K’a’abéet in Kíimil). Esta frase podría indicar que la persona está experimentando un deseo intenso de terminar con su vida.

En el análisis de Bourdin (2014), *kiimil* significa “muerte”, mientras que *k’a’abéet* indica una necesidad u obligación. Desde la perspectiva lingüística, esta construcción expresa más que un simple deseo de muerte; implica una percepción de que la muerte es la única solución o una necesidad impuesta por el sufrimiento.

En la cultura maya, la muerte no se ve solo como un fin, sino como un tránsito hacia otro estado de existencia. Sin embargo, cuando una persona usa esta expresión, no lo hace en un sentido filosófico, sino desde una angustia profunda que puede estar vinculada con desesperanza, desarraigo o aislamiento emocional.

Jiménez-Balam (2024) enfatiza que en comunidades indígenas, la socialización de las emociones es colectiva y basada en la comunidad. Los niños y adolescentes aprenden a manejar sus sentimientos dentro de una estructura relacional, lo que significa que una expresión tan fuerte como “*K’a’abéet in Kiimil*” no es solo un reflejo de sufrimiento personal, sino también una señal de crisis en la integración social del individuo.

Expresiones como esta pueden surgir en contextos donde los niños y adolescentes experimentan:

- Sentimientos de soledad extrema o abandono: En comunidades donde la pertenencia es fundamental, sentirse excluido o rechazado puede llevar a verbalizaciones de desesperanza.
- Pérdidas familiares o duelo: La muerte de un familiar cercano puede hacer que un niño o adolescente sienta que su propia existencia ha perdido sentido.

- Fracaso en cumplir con expectativas comunitarias: En la socialización maya, los individuos son educados para contribuir al bienestar colectivo. Si un joven siente que ha fallado en esto, podría interpretar su existencia como innecesaria.
- Estrés y crisis emocional severa: La falta de apoyo emocional, la pobreza extrema o la violencia pueden hacer que un niño interiorice la idea de que su sufrimiento solo puede terminar con la muerte.

En la socialización emocional de los niños mayas, el apoyo de la familia y la comunidad es clave para la regulación del sufrimiento (Jiménez-Balam, 2024). Cuando un niño expresa “*K'a'abéet in Kíimil*”, no solo está comunicando desesperación personal, sino también un llamado de auxilio para la comunidad.

En estos casos, es esencial:

1. Escuchar y validar sus emociones desde una perspectiva culturalmente sensible.
 2. Reforzar los lazos comunitarios, ya que el sentido de pertenencia puede ser un factor protector contra la desesperanza.
 3. Resignificar el concepto de la muerte en la cosmovisión maya, enfatizando su papel en la transformación en lugar de verla como una salida definitiva.
 4. Fortalecer la resiliencia emocional, permitiendo que los niños y adolescentes expresen su dolor sin sentirse aislados.
19. *Oigo voces que me dicen: Hazlo* (Kin wu'uyik t'aano'ob ku ya'aliko'ob: Beetej) expresa una angustia profunda que no debe ser ignorada. Desde la perspectiva de la socialización de las emociones en comunidades mayas (Jiménez-Balam, 2024), esta expresión no solo refleja un estado

interno de sufrimiento, sino que también es un llamado de auxilio que debe ser respondido con acompañamiento comunitario y estrategias de apoyo emocional.

En las comunidades mayas, las emociones no se manejan individualmente, sino dentro del tejido social (Jiménez-Balam, 2024). Por lo tanto, cuando un niño dice *“Kin wu’uyik t’aano’ob ku ya’aliko’ob: Beetej”*, está manifestando una necesidad urgente de apoyo emocional y social.

Recomendaciones para abordar esta expresión:

1. Validar la experiencia sin juzgar: En la cosmovisión maya, escuchar voces no siempre es visto como algo patológico, pero si las voces incitan a actuar de manera peligrosa, es crucial abordarlo con sensibilidad.
2. Fortalecer el sentido de pertenencia y apoyo comunitario: La participación en redes familiares y comunitarias puede ayudar a los niños y adolescentes a encontrar seguridad emocional.
3. Identificar posibles desencadenantes: Es importante explorar si la percepción de voces está relacionada con eventos traumáticos, estrés o ansiedad extrema.
4. Fomentar la expresión emocional a través de prácticas culturales: El arte, la narración de historias o las ceremonias pueden ser herramientas clave para procesar y canalizar el sufrimiento.
5. Buscar apoyo especializado si es necesario: Si las voces representan un riesgo para la seguridad del niño o adolescente, es importante una intervención psicológica con un enfoque culturalmente sensible.

Todas estas expresiones podrían ser indicadores de posibles pensamientos o sentimientos de que un niño o adolescente está pasando por una crisis emocional y que podría estar considerando el suicidio. Reconocer estas señales puede ayudar a salvar vidas al intervenir y buscar ayuda para ellos. Es importante no minimizar o ignorar estos pensamientos o sentimientos y buscar ayuda de inmediato, ya sea a través de un profesional de la salud mental o un programa intercultural de prevención del suicidio.

Para realizar una intervención intercultural se podría seguir los siguientes pasos:

1. Cada frase está en maya yucateco, por lo que es importante entender su cultura y costumbres. También es importante reconocer que las frases expresan sentimientos y emociones que pueden ser diferentes a los de la cultura occidental.
2. Cada una de estas frases refleja una emoción o sentimiento, ya sea negativo o positivo. Por ejemplo, la frase *“ya no puedo más”* puede ser interpretada como una sensación de cansancio o desesperación. Es importante reconocer estas emociones y validarlas para crear un ambiente de confianza.
3. Para que el mensaje llegue a un público más amplio, es importante tener en cuenta que no todos hablan la lengua maya; por lo tanto, se debe traducir cada frase al idioma predominante para que las personas se sientan incluidas en la conversación.
4. Durante la intervención, se puede hacer referencia a la cultura y la historia de los pueblos mayas para crear una mayor comprensión y respeto hacia su cultura. Es importante destacar que estas frases son una muestra del rico patrimonio cultural que poseen los pueblos mayas.

5. La intervención también puede ser una oportunidad para fomentar la diversidad cultural y el respeto hacia otras culturas. Es importante recordar que cada cultura tiene su propia forma de expresar las emociones y sentimientos y todas son válidas.

Para realizar una intervención intercultural con estas frases, es importante comprender el contexto cultural de las mismas, abordar las emociones que expresan, traducirlas al idioma predominante, comentar sobre la cultura y la historia de los pueblos mayas y promover la diversidad cultural. Con esto se puede fomentar un ambiente de respeto y comprensión hacia otras culturas y su patrimonio cultural.

Todas estas frases podrían ser indicadores de posibles pensamientos o sentimientos de que un niño o adolescente está pasando por una crisis emocional y que podría estar considerando el suicidio. Reconocer estas señales puede ayudar a salvar vidas al intervenir y buscar ayuda para ellos. Es importante no minimizar o ignorar estos pensamientos o sentimientos y buscar ayuda de inmediato, ya sea a través de un profesional de la salud mental o un programa intercultural de prevención del suicidio.

Para realizar una intervención intercultural con estas frases, se podría seguir los siguientes pasos seguidos para esta propuesta:

1. Comprender el contexto cultural de las frases: Cada frase está en maya yucateco, por lo que es importante entender la cultura y las costumbres de los pueblos mayas. También es importante reconocer que las frases expresan sentimientos y emociones que pueden ser diferentes a los de la cultura occidental dominante.

2. Abordar las emociones expresadas en las frases: Cada una de estas frases refleja una emoción o sentimiento, ya sea negativo o positivo. Por ejemplo, la frase “*Ya no puedo más*” puede ser interpretada como una sensación de cansancio o de desesperación. Es importante reconocer estas emociones y validarlas para crear un ambiente de confianza.
3. Utilizar la traducción de las frases para conectar con el público: Para que el mensaje llegue a un público más amplio, es importante tener en cuenta que no todos hablan la lengua maya. Por lo tanto, se debe traducir cada frase al idioma predominante para que las personas se sientan incluidas en la conversación.
4. Comentar sobre la cultura y la historia de los pueblos mayas: Durante la intervención, se puede hacer referencia a la cultura y la historia de los pueblos mayas para crear una mayor comprensión y respeto hacia su cultura. Es importante destacar que estas frases son una muestra del rico patrimonio cultural que poseen los pueblos mayas.
5. Promover la diversidad cultural: La intervención también puede ser una oportunidad para fomentar la diversidad cultural y el respeto hacia otras culturas. Es importante recordar que cada cultura tiene su propia forma de expresar las emociones y sentimientos, y que todas son válidas.

Es necesario para realizar una intervención intercultural con estas frases, comprender el contexto cultural de las mismas, abordar las emociones que expresan, traducirlas al idioma predominante, comentar sobre la cultura y la historia de los pueblos mayas y promover la diversidad cultural. Con esto se puede fomentar un ambiente de respeto y comprensión hacia otras culturas y su patrimonio cultural.

En este sentido, para realizar una intervención intercultural, es importante tener en cuenta la cultura de la persona que está expresando estas frases. En este caso, las frases están en lengua maya, por lo que se podría realizar la intervención en este idioma o con la ayuda de un intérprete para asegurarse de que se está entendiendo y respetando la cultura de la persona.

Realizar una intervención intercultural requiere de un enfoque sensible y respetuoso hacia la cultura y las creencias de la persona que ha expresado la frase “Necesito morir” en k’a’abéet in kíimil. A continuación, se presentan algunos pasos que pueden ser útiles para realizar una intervención intercultural adecuada:

1. Comprender la frase: Es importante entender el contexto cultural y lingüístico en el que se ha expresado la frase. En este caso, la frase se ha expresado en k’a’abéet in kíimil, por lo que es importante conocer la cultura maya y sus creencias sobre la vida y la muerte.
2. Escuchar con empatía: Escuchar con empatía significa prestar atención a la persona y tratar de comprender sus sentimientos y pensamientos. Es importante no juzgar ni criticar las creencias o decisiones de la persona. Escuchar con empatía puede ayudar a establecer una conexión significativa y construir la confianza necesaria para abordar temas sensibles.
3. Explorar el significado: Es posible que la frase “Necesito morir” tenga un significado más profundo en el contexto cultural y personal de la persona que lo ha expresado. Preguntar sobre el significado de la frase y explorar sus pensamientos y sentimientos puede ayudar a comprender mejor la situación.

4. Brindar apoyo emocional: La muerte es un tema difícil y emocionalmente cargado en muchas culturas. Es importante brindar apoyo emocional y mostrar compasión y respeto hacia la persona que ha expresado la frase.
5. Considerar la ayuda profesional: Si la persona está experimentando sentimientos suicidas o depresivos, es importante considerar la ayuda profesional. Puede ser necesario referir a la persona a un profesional de la salud mental o de servicios de crisis. Realizar una intervención intercultural exitosa implica mostrar respeto hacia las creencias y valores culturales de la persona y abordar los temas de manera sensible y empática.

En general, en cualquier intervención intercultural es importante ser respetuosos y sensibles a la cultura y la lengua del individuo. Debemos ser conscientes de nuestras propias suposiciones culturales y prejuicios y trabajar para comprender las perspectivas y valores culturales de la persona con la que estamos interactuando. La empatía, la comprensión y el respeto son elementos clave para una intervención intercultural efectiva.

Una serie de recomendaciones a tener en cuenta son:

- a. Es importante escuchar y validar los sentimientos expresados en cada una de las frases, sin juzgar ni minimizar su importancia.
- b. Si no se habla el idioma en el que se expresan las frases, se puede buscar un traductor o intérprete que pueda ayudar a comprender mejor el significado de las palabras.
- c. En lugar de tratar de imponer nuestra propia perspectiva cultural, se puede preguntar sobre las creencias y valores culturales que pueden estar influenciando la forma en que se expresa cada frase.

- d. Se pueden ofrecer recursos culturales que puedan ayudar a la persona a lidiar con sus emociones, como música, arte o literatura de su cultura de origen.
- e. Se puede fomentar la empatía y la conexión emocional entre personas de diferentes culturas, reconociendo las similitudes y diferencias en la forma en que se expresan y experimentan las emociones en cada cultura.
- f. Es importante ser sensible a las diferencias culturales en torno a temas como la muerte y la vida, y tratar de comprender las creencias y prácticas culturales relacionadas con estos temas antes de ofrecer cualquier consejo o ayuda.

Además, para realizar una intervención intercultural con estas frases, es importante comprender el contexto cultural de las mismas, abordar las emociones que expresan, traducirlas al idioma predominante, comentar sobre la cultura y la historia de los pueblos mayas y promover la diversidad cultural. Con esto se puede fomentar un ambiente de respeto y comprensión hacia otras culturas y su patrimonio cultural.

Finalmente, para realizar una intervención intercultural, un consejo importante es tener en cuenta la cultura de la persona que está expresando estas frases. En este caso, las frases están en lengua maya, por lo que se podría realizar la intervención en este idioma o con la ayuda de un intérprete para asegurarse de que se está entendiendo y respetando la cultura de la persona.

Consideraciones finales

Las expresiones recopiladas reflejan claramente pensamientos y sentimientos negativos hacia la vida, sugiriendo que el suicidio podría ser considerado como una posible solución. Estas frases dan cuenta del profundo sufrimiento emocional y psicológico que atraviesan los niños y adolescentes de las comunidades mayas, quienes enfrentan pensamientos y sentimientos suicidas. Es crucial reconocer la gravedad de estas manifestaciones y actuar con urgencia, brindando apoyo profesional y emocional a quienes las experimentan. Este sufrimiento no debe ser minimizado, ya que las expresiones de estos jóvenes son una clara señal de la necesidad de intervención. Debemos trabajar con ellos de manera comprometida y empática, para ofrecerles las herramientas necesarias que les permitan superar sus dificultades.

Además, es fundamental que familiares y amigos estén alerta y aprendan a identificar estos signos, fomentando la búsqueda inmediata de ayuda para evitar consecuencias trágicas. La atención y el acompañamiento oportuno son esenciales para prevenir el suicidio y promover la salud mental en estas poblaciones vulnerables.

Referencias

- Abric, Jean C. (2001) *Prácticas sociales y representaciones*. Ediciones Coyoacán. México.
- Abril, Juan Carlos (2017) Joan de la Vega, En manos del aire. *Lectura y signo*. 12: 333 – 337.
- Agudelo Vélez, D. M. (2009). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado / Rasgo (IDER) con adolescentes y universitarios de la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 139–160.
- Aguirre, M. J. F., & González, M. A. O. (2023). Salud mental de grupo vulnerable en la post pandemia de covid. *Dominio de las Ciencias*, 9(3), 113-131.
- Alanís, J. M. (2003). *Discapacidad, comunicación y cultura*. Universidad Autónoma de Coahuila.
- Alarcón, J. A. M., López, L. C. C., Marín, F. P., Carrasco, D. Z., & Riera, A. Y. (2023). Influencia de la estigmatización en el desempeño ocupacional en personas con esquizofrenia. *Más Vida*, 5(1), 18-41.
- Albores-Gallo, L., Saucedo-García, J. M., Ruiz-Velasco, S., & Roque-Santiago, E. (2011). El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. *Salud pública de México*, 53, 220-227.
- Alcalá Herrera, V., y Marván, M. L. (2014). Early menarche, depressive symptoms, and coping strategies. *Journal of Adolescence*, 37(6), 905–913. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.06.007>
- Álvarez Méndez, S. (2020). Las cuerdas de Ixtab: (des)articulación de la figura de la diosa del suicidio en el sureste de México. Universidad de Salamanca, España.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2020). Suicidal thoughts and behavior in children and adolescents. https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Children-And-Suicide-010.aspx
- American Occupational Therapy Association. (2006). Guidelines to the Occupational Therapy Code of Ethics. *American Journal of Occupational Therapy*, 60(6), 652–658. <https://doi.org/10.5014/ajot.60.6.652>

- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). American Journal of Occupational Therapy, 68(Suppl. 1), S1-S48. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- American Occupational Therapy Association. (2019). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). American Journal of Occupational Therapy, 73(Suppl. 2), 7312410010. <https://doi.org/10.5014/ajot.20>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5 (R)) (5a ed.). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association (APA). (2017). Suicidal behavior. <https://www.apa.org/topics/suicide/>
- American Psychological Association (APA). (2021). Understanding suicide: Fact sheet. <https://www.apa.org/research/action/suicide>
- Antypa, N., Serretti, A., & Rujescu, D. (2013). Serotonergic genes and suicide: a systematic review. *European Neuropsychopharmacology*, 23(10), 1125-1142.
- Aranda, J. (2003). La inmigración en España: Consideraciones económicas e incidencia en el sector financiero español. *Papeles de Economía Española*, 98, 146-164.
- Arango, V., Underwood, M. D., Gubbi, A. V., & Mann, J. J. (1995). Localized alterations in pre- and postsynaptic serotonin binding sites in the ventrolateral prefrontal cortex of suicide victims. *Brain Research*, 688(1-2), 121-133. [https://doi.org/10.1016/0006-8993\(95\)00523-s](https://doi.org/10.1016/0006-8993(95)00523-s)
- Ardren, Tracy (2006) Mending the Past: Ix Chel and the Invention of a Modern Pop Goddess. *Antiquity*. 207: 25 – 37.
- Asociación Americana de Suicidología. (2019). Factores de riesgo y prevención. <https://suicidology.org/resources/fact-sheets/espanol/factores-de-riesgo-y-prevencion/>

- Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J. P., Burstein, M., y Merikangas, K. R. (2015). Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 37-44. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.010>
- Balam, Gilberto, Ocha, Ernesto y Sonda, Genni (2002) El perfil de la mortalidad en el Estado de Yucatán, México. *Revista Biomédica*. Vol. 13, 1: 1 – 8.
- Baquedano, Gaspar (2009) Maya religion and Traditions: Influencing suicide Prevention in Contemporary Mexico. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective*. Wasserman et al (eds.) pp. 77-84. Oxford University Press. doi: <https://doi.org/10.1093/med/9780198570059.003.0012>
- Barrera V., Alfredo y Rendón, Silvia (1969) El libro de los libros del Chilam Balam. Fondo de Cultura Económica, México.
- Bascones, L. M., Muñoz, Ó., Ortega, E., & de Pinedo, E. (2021). El suicidio en las personas con discapacidad en España. ILUNION Accesibilidad, Observatorio Estatal de Discapacidad.
- Basto, M. D. M., Cutz, J. L. B., & Pérez, H. S. A. (2024). Perfiles sociodemográficos por sexo en los casos de suicidio en Yucatán durante 2012-2021: Estudio exploratorio. *Revista Biomédica*, 35(1), 18-27. doi: <https://doi.org/10.32776/revbio-med.v35i1.1153>
- Bauman, Z. (2000). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.
- Casado, D. (1994). *La pobreza: Una aproximación sociológica*. Alianza Editorial.
- Beghi, M., Butera, E., Cerri, C. G., Cornaggia, C. M., Febbo, F., Mollica, A., Berardino, G., Piscitelli, D., Resta, E., Logroscino, G., Daniele, A., Altamura, M., Bellomo, A., Panza, F., & Lozupone, M. (2021). Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 127, 193–211. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.011>

- Beskow, J., Gottfries, C. G., Roos, B. E., & Winblad, B. (1976). Determination of monoamine and monoamine metabolites in the human brain: Post mortem studies in a group of suicides and in a control group. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 53(1), 7-20. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1976.tb00054.x>
- Blazer, DG. (2003). Depression in late life: review and commentary. *Journal of gerontology*, 58(3), 249-265. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.m249>
- Bondy, B., Buettner, A., & Zill, P. (2006). Genetics of suicide. *Molecular psychiatry*, 11(4), 336-351.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. En J. G. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241-258). Greenwood Press.
- Boud, D., Cohen, R., & Walker, D. (2011). El aprendizaje a partir de la experiencia: Interpretar lo vital y cotidiano como fuente de conocimiento (Vol. 119). Narcea Ediciones. <https://doi.org/10.15581/004.23.2059>
- Bourdin, G. (2014). Las emociones entre los mayas. El léxico de las emociones en el maya yucateco. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Brito, F., & Darlic, V. (2020). Revisión bibliográfica sobre la prevención del suicidio, identificación de los principales factores de riesgo y estrategias preventivas. *Revista Confluencia*, 3(2), 172-176. <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/485>
- Brown, C., Stoffel, V. C., & Muñoz, J. (2019). Occupational therapy in mental health: A vision for participation. FA Davis.
- Buitrago Ramírez, F., Misol, R. C., Bentata, L. C., Fernández Alonso, M. D. C., Campayo, J. G., Franco, C. M., & Tizón García, J. L. (2016). Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. *Atención Primaria*, 48(Supl 1), 77-97. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(16\)30189-5](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(16)30189-5)
- Cabrero, G. R., Serrano, C. G., & Toharia, L. (2009). Evaluación de las políticas de empleo para personas con discapacidad y formulación y coste económico de nuevas propuestas de integración laboral (Vol. 9). CERMI.

- Cámara de Diputados. (2023). Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, 29 de mayo de 2023. Recuperado de [URL <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>]
- Campo Arias, A., Diaz Martinez, L., y Rueda, G. (2006). Validity of the brief Zung's scale for screening major depressive episode among the general population from Bucaramanga, Colombia. *Biomédica: Revista Del Instituto Nacional de Salud*, 26, 415–423.
- Canto Valdés, Luis R. (2012) La muerte voluntaria en Yucatán durante el porfiriato. *Secuencia*. 82: 73 – 100.
- Canto Valdés, Luis R. (2017) Suicidas y pelagrosos. La muerte voluntaria en las haciendas de Yucatán durante el porfiriato. *Letras Históricas*. 16: 111 – 139.
- Cañón Buitrago, Sandra Constanza, & Carmona Parra, Jaime Alberto. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397. Epub 00 de julio de 2019. Recuperado en 09 de enero de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&tlng=es.
- Capps, L. y E. O. (1995). *Constructing panic: The discourse of agoraphobia* (U. Harvard (ed.); Cambridge,). Harvard, University.
- Casado, D. (1994). *La pobreza: Una aproximación sociológica*. Alianza Editorial.
- Casares Contreras, O. J., & Estrella Castillo, D. F. (2020). Desmitificación del contexto cultural del suicidio entre los mayas prehispánicos. *Cuicuilco. Revista de ciencias antropológicas*, 27(79), 235-255.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., & Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science (New York, N.Y.)*, 301(5631), 386–389. <https://doi.org/10.1126/science.1083968>
- Castel, R. (1997). *Las Metamorfosis de La Cuestión Social*, (pp. 391-406). Paidós

- Castoriadis, Cornelius (1975) La institución imaginaria de la sociedad. Tomo 2. El imaginario social y la institución. Ensayo Tus Quets Editores. Buenos Aires, Argentina.
- Castro Villalobos, Susana, Casar Espino, Liliana, & García Martínez, Andrés. (2019). Reflexiones sobre la enseñanza inclusiva del inglés apoyada por tecnologías emergentes. *Revista Cubana de Educación Superior*, 38(1), . Recuperado en 23 de octubre de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142019000100012&lng=es&tlng=es.
- Cegarra, José (2012) Fundamentos Teórico Epistemológicos de los Imaginarios Sociales. *Cinta moebio*. 43: 1 – 13.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021, February 8). Suicide. <https://www.cdc.gov/mentalhealth/suicide-prevention/index.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDCP). (2022). Suicide prevention. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/index.html>
- CEPAL. (1998). Exclusión social de los grupos pobres en Chile. Santiago. Comisión de atención a grupos vulnerables. (2012). Recuperado de <http://definición.d/vulnerabilidad/>.
- CEPAL. (2012). Panorama social de América Latina. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1247-panorama-social-america-latina-2012>
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 191-219. doi: <https://doi.org/10.1177/136346159803500202>
- Chandler, M. J., Lalonde, C. E., Sokol, B. W., Hallett, D., & Marcia, J. E. (2003). Personal persistence, identity development, and suicide: A study of native and non-native North American adolescents. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 68(2), 1-138. <https://doi.org/10.1111/1540-5834.00246>
- Clendinnen, Inga (1982) Disciplining the Indians: Franciscan ideology and missionary violence in sixteenth-century Yucatán. *Past and Present*. 27 – 48.

- Coe, Michael D. (2010) El desciframiento de los glifos mayas. Fondo de Cultura Económica. México.
- Congreso de la Unión. (2023). Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CEPEUM). 5 de febrero de 1917(México).
- Contreras Cuentas, M. M., Páramo Morales, D., & Rojano Alvarado, Y. N. (2020). The grounded theory as a theoretical construction methodology. *Revista Científica Pensamiento y Gestión*, 47, 283–306. <https://doi.org/10.14482/pege.47.9147>
- Cross, A. J., Crow, T. J., Johnson, J. A., Joseph, M. H., Perry, E. K., Perry, R. H., Blessed, G., & Tomlinson, B. E. (1983). Monoamine metabolism in senile dementia of Alzheimer type. *Journal of Neurological Sciences*, 60(3), 383-392. [https://doi.org/10.1016/0022-510x\(83\)90149-1](https://doi.org/10.1016/0022-510x(83)90149-1)
- Cruz C., Noemí (2019) Hunab Ku, revisión de una deidad en la Historia de Yucatán de Fray Diego López de Cogolludo. *Estudios de Cultura Maya*. 53: 239 – 260.
- Cuevas, S. G., & Borjas, E. R. (2024). Ideación suicida en adolescentes potosinos. *Revista Universitarios Potosinos*, (276), 39-45.
- Custer, V. L., & Wassink, K. E. (1991). Occupational therapy intervention for an adult with depression and suicidal tendencies. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(9), 845–848. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.45.9.845>
- Cutrona, C. E., Wallace, G., y Wesner, K. A. (2005). Neighborhood characteristics and depression: An examination of stress processes. *Current Directions in Psychological Science*, 14(4), 188-192. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00433.x>
- Czeisler, M. É., Lane, R. I., Petrosky, E., Wiley, J. F., Christensen, A., Njai, R., Weaver, M. D., Robbins, R., Facer-Childs, E. R., Barger, L. K., Czeisler, C. A., Howard, M. E., y Rajaratnam, S. M. W. (2020). Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic — United States, June 24–30, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(32), 1049–1057. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1>

- Daray, F. M., Arena, Á. R., Armesto, A. R., Rodante, D. E., Puppo, S., Vidjen, P., Portela, A., Grendas, L. N., & Errasti, A. E. (2018). Serotonin transporter gene polymorphism as a predictor of short-term risk of suicide reattempts. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 54, 19–26. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.07.001>
- Datta, R. P., & Nakhaie, R. (2022). Suicidal ideation and social integration in three Canadian provinces: The importance of social support and community belonging. *Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie*, 59(S1), 74-97.
- Dávila, C., & Pardo, A. (2020). Estudio de la carga de la mortalidad por suicidio en México 1990-2017. Tomado de IHME.
- De Diputados, C. (2012). Constitución política de los estados unidos mexicanos. México: Cámara de diputados.
- Del Águila, L. M. (2001). El concepto de discapacidad como problema. En pos de un término más universal, neutro e inclusivo. *La Voz Latinoamericana de las personas con discapacidad*, (2).
- Del Cid, L. B. G. (2020). Terapia constructivista integradora y enfoque transdiagnóstico en ansiedad y depresión: investigación en la práctica clínica. *Revista de psicoterapia*, 31(116), 105-113.
- Delgue, J. R. (2022). Envejecimiento y Seguridad Social en América Latina: contexto, causas y desafíos. *Revista Jurídica del Trabajo*, 3(7), 45-81.
- Del Niño, C. D. L. D. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/crc.aspx>.
- De Salud, L. G. (2023). Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación, última reforma, 26.
- De la Salud, A. M. (2013). 66.ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 20-27 de mayo de 2013: resoluciones y decisiones (No. WHA66/2013/REC/1).

- Department of Health and Human Services. (2018). National suicide prevention strategic plan: Goals and objectives for action. <https://www.hhs.gov/ash/oah/adolescent-development/mental-health/national-suicide-prevention-strategic-plan-goals-objectives/index.html>
- Diario Oficial de la Federación. (2023, 30 de junio). *Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, Artículo 1.* https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php
- DSM-5, A. A. de P. (2014). DSM-5 (A. A. de Psiquiatría (ed.); Quinta Edi). Asociación Americana de Psiquiatría.
- Durkheim, É. (1897). *El suicidio: Un estudio sociológico*. Akal. (Versión original: *Le Suicide: Étude de sociologie*, París: Félix Alcan).
- Eaton, W. W., Muntaner, C., Bovasso, G., y Smith, C. (2000). Socioeconomic status and depressive syndrome: The role of inter-and intra-generational mobility, government assistance, and work environment. *Journal of health and social behavior*, 41(3), 277-294.
- Económico, C. (2001). *Informe sobre la Situación Socioeconómica de Andalucía, 2000*.
- Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G., & Coleman, E. (2018). Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 63(4), 390–398. 10.1016/j.jadohealth.2017.04.014.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). Norton.
- Espelage, D. L., & Swearer, S. M. (Eds.). (2010). *Bullying in North American schools* (2nd ed.). Routledge.
- Evans Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He,

- Y., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lund, C., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., ... Thornicroft, G. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychological Medicine*, 48(9), 1560–1571. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003336>
- Federación, D. O. (2014). Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php
- Feliciano-López, V., & Cumba-Avilés, E. (2014). Propiedades psicométricas del inventario para la evaluación del espectro de la sintomatología depresiva en adolescentes. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2), 260-278.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., y Beautrais, A. L. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of general psychiatry*, 62(1), 66-72. doi: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.1.66>
- Fernández, O., Altimir, C., Reinel, M., Duarte, J., y Krause, M. (2022). “I am strong and I can get on with my life”: The subjective experience of recovery of patients treated for depression. *Psychotherapy Research*, 0(0), 1–15. doi: <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2147035>
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión* (J. M. Pujol, Trad.). Siglo XXI Editores.
- Fragapane, M. G. (2024). *El nuevo libro para el acompañante terapéutico: Recursos claves de intervención y experiencias transformadoras*. Tinta Libre Ediciones.
- Friedman, M. J. (2015). The human stress response. In N. C. Bernardy & M. J. Friedman (Eds.), *A practical guide to PTSD treatment: Pharmacological and psychotherapeutic approaches* (pp. 9–19). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14522-002>
- Fundación SAK. (2022). Observatorio. Recuperado de <https://www.sakfundacion.org/observatorio>

- Gao, L., Xie, Y., Jia, C., y Wang, W. (2020). Prevalence of depression among Chinese university students: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 10(1), 15897. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-72998-1>
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25(6), 482-488. doi: <https://doi.org/10.1002/da.20321>
- García Serrano, C., Malo, M. A., & Rodríguez Cabrero, G. (2002). La exclusión social en España: Dimensiones y respuestas. Fundación Foessa.
- Ghasemi, A., Seifi, M., Baybordi, F., Danaei, N., & Samadi Rad, B. (2018). Association between serotonin 2A receptor genetic variations, stressful life events and suicide. *Gene*, 658, 191–197. <https://doi.org/10.1016/j.gene.2018.03.023>
- Genette, G. (1989). *Figuras III*. Barcelona: Lumen. [Traducción: Carlos Manzano]
- (1989). *Palimpsestos*. Madrid: Taurus. [Traducción: Celia Fernández Prieto]
- (1998). *Nuevo discurso del relato*. Madrid: Cátedra. [Traducción: Marisa Rodríguez Tapia]
- (2006). *Metalepsis*. Barcelona: Reverso. [Traducción: Carlos Manzano]
- (2013). *El genio femenino: Hannah Arendt*. Buenos Aires: Paidós [Traducción: Jorge Piatigorsky]
- Ghazali, S. R., Elklit, A., Balang, R. V., Ameenudeen Sultan, M., y Chen, Y. (2014). Determining the cut-off score for a Malay language version of the Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD). *ASEAN Journal of Psychiatry*, 15(2), 146–152.
- Gobierno de México. (2014). *Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018*. Comisión Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONADIS). <https://www.gob.mx/conadis/acciones-y-programas/programa-nacional-para-el-desarrollo-y-la-inclusion-de-las-personas-con-discapacidad-2014-2018-5882>

- Gómez Tabares, A. S. (2021). Depression as a mediator between bullying and suicidal behavior in children and adolescents1. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 29(2), 259–281. <https://doi.org/10.51668/bp.8321203n>
- González Martín, N. (2008). Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *Anuario mexicano de derecho internacional*, 8, 527-540.
- Guarnaccia, P. J., Martinez, I., & Acosta, H. (2013). Mental health in the Hispanic immigrant community: An overview. *Mental health care for new Hispanic immigrants*, 21-46.
- González Tejera, G., Canino, G., Shrout, P., Rubio-Stipec, M., Ramírez, R., Vogel, A., & Bauermeister, J. J. (2005). Examining minor and major depression in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(8), 888-899. 10.1111/j.1469-7610.2005.00370.x
- González Arrimada, C., Areces, D., & Méndez Freije, I. (2023). Principales factores de riesgo asociados a las conductas autolesivas en población infanto-juvenil: una revisión sistemática antes y después de la pandemia. *Revista de psicología y educación*. doi: 10.23923/rpye2023.02.243
- Gould, M.S., Cross, W., Pisani, A.R., Munfakh, J.L., & Kleinman, M. (2013). Impact of Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) on National Suicide Prevention Lifeline Counselor Interventions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(6), 676-691. doi: 10.1111/sltb.12049
- Government of Canada. (2013). National Aboriginal youth suicide prevention strategy (NAYSPS) program framework. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/first-nations-inuit-health/reports-publications/health-promotion/national-aboriginal-youth-suicide-prevention-strategy-program-framework.html>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). Evaluación y Tratamiento. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

- Guillén-Rangel, G. C., Contreras-Pérez, C. M., & Barrientos-Salcedo, C. (2019). Polimorfismos del gen SLC6A4 del transportador SERT en individuos con suicidio consumado. *Revista Mexicana de Medicina Forense y Ciencias de la Salud*, 3(1), 27-39).
- Gutman, S. A. (2005). Understanding suicide: What therapists should know. *Occupational Therapy in Mental Health*, 21(2), 55-77. doi: 10.1300/J004v21n02_04
- Hallett, D., Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (2007). Aboriginal language knowledge and youth suicide. *Cognitive Development*, 22(3), 392-399. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cogdev.2007.02.001>
- Hamui Sutton, L., (2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. *Cuicuilco*, 18(52), 51-70. Hawkins, J. A. (2014). *Cross-linguistic variation and efficiency*. OUP Oxford.
- Harrington, M. (1962). *The other America: Poverty in the United States*. Scribner.
- Hawkins, J. A. (2014). *Cross-linguistic variation and efficiency*. OUP Oxford.
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382. doi: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60322-5)
- Hawton, K. (2019). Suicide. *The Lancet*, 393(10185), 250-263. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)
- Hernández-Avila, M., Garrido-Latorre, F., & López-Moreno, S. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud pública de México*, 42, 144-154.
- Hernández Pedreño, M. (2000). *Desigualdad y exclusión social en Europa*. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
- Hogan, M. F., Cavanagh, L., McLaughlin, K., et al. (2011). Suicide prevention: An emerging priority for health care. *Health Affairs*, 30(3), 1083-1091. doi: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1672>

- Hubert, C., Villalobos, A., Armendarés, N., y Vázquez-Salas, A. (2021). Diferenciales en desarrollo infantil temprano por edad de la madre, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015. *Salud Pública de México*, 63(4), 509–520. doi: <https://doi.org/10.21149/12246>
- Hung, C. F., Lung, F. W., Hung, T. H., Chong, M. Y., Wu, C. K., Wen, J. K., & Lin, P. Y. (2012). Monoamine oxidase A gene polymorphism and suicide: an association study and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 136(3), 643–649. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.013>
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). (2010). Censo de población y vivienda 2010. Características culturales de la población, Población hablante de lengua indígena de 5 y más años por principales lenguas.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). (2020). Censo de población y vivienda 2020.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). (2024). A propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10 de septiembre). https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_Suicidio24.pdf
- International Association for Suicide Prevention. (s.f.). Recuperado de <https://www.iasp.info/>
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística Informática y Geografía) (2022). Defunciones registradas por suicidio por entidad federativa y grupos de edad según sexo, serie anual de 2010 a 2021. México: INEGI, 2023 [citado enero 10, 2024]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Salud_Mental_06_306e6294-db88-4feb-a0b5-1256fac3704d
- INEGI. (2023). Estadísticas históricas. Intentos de suicidio y suicidio. Recuperado el 9 de marzo de 2023, de <https://www.inegi.org.mx/programas/suicidio/>
- Instituto Nacional de Salud Pública (México). (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Recuperado de [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf]

- Ishihara, Reiko (2009) A guide for the 3rd Maya at the Playa Workshop. Dumbarton Oaks Research Library. Washington.
- Iturriaga, E. (2016) Las élites de la Ciudad Blanca. Discursos racistas sobre la Otridad. UNAM, México.
- Izaki, Y. (2021). Depression among adolescents: clinical features and interventions. *The Journal of Medical Investigation*, 68(1.2), 22-28.
- Jiménez-Balam, D. (2024). Research on the socialization of emotions in Latin American indigenous communities: challenges and opportunities. *Revista Interamericana De Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 58(2), e2008. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v58i2.2008>
- Joiner, T. E., Hollar, D., & Van Orden, K. (2006). On Buckeyes, Gators, Super Bowl Sunday, and the Miracle on Ice: "Pulling together" is associated with lower suicide rates. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(2), 179-195. doi: 10.1521/jscp.2006.25.2.179
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., ... & Rudd, M. D. (2009). Main predictions of the interpersonal–psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of abnormal psychology*, 118(3), 634–646. doi: <https://doi.org/10.1037/a0016500>
- Juel, A., Berring, L. L., Hybholt, L., Erlangsen, A., Larsen, E. R., & Buus, N. (2021). Relatives' experiences of providing care for individuals with suicidal behaviour conceptualized as a moral career: A meta-ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies*, 113, 103793. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103793>
- Kahneman, D. (2003). Well-being: The foundations of hedonic psychology. Russell Sage Foundation.
- Katzman, R. (2000). Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. Montevideo: Universidad Católica de Uruguay, serie de documentos de trabajo del IPES- Colección aportes conceptuales No. 2. <https://hdl.handle.net/11362/31545>

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Khalid, S., Williams, C. M., y Reynolds, S. A. (2016). Is there an association between diet and depression in children and adolescents? A systematic review. *British journal of nutrition*, 116(12), 2097-2108 doi: <https://doi.org/10.1017/S0007114516004359>
- Khan, M. M., & Syed, E. U. (2011). Suicide in Asia: Epidemiology, risk factors, and prevention. In R. C. O'Connor, S. Platt, & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice* (pp. 487–506). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119998556.ch28>
- Kim, S., Park, J., Lee, H., et al. (2024). Global public concern of childhood and adolescence suicide: A new perspective and new strategies for suicide prevention in the post-pandemic era. *World Journal of Pediatrics*, 20(6), 872–900. <https://doi.org/10.1007/s12519-024-00828-9>
- Kim, K. M. (2021). What makes adolescents psychologically distressed? Life events as risk factors for depression and suicide. *European child & adolescent psychiatry*, 30(3), 359-367.
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., ... & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World psychiatry*, 23(1), 58. doi: <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Kirmayer, L. J., Brass, G. M., & Tait, C. L. (2000). The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(7), 607-616.
- Kleinman, A. (1988). The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition. In *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.

- Klomek, A. B., Kleinman, M., Altschuler, E., Marrocco, F., Amakawa, L., Gould, M. S., & Molnar, B. E. (2011). High school bullying as a risk for later depression and suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(5), 501–516. 10.1111/j.1943-278X.2011.00046.x.
- Klomek, A. B., Sourander, A., & Gould, M. (2010). The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: A review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(5), 282-288. doi: 10.1177/070674371005500503
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2020). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1):231-237. doi: 10.1037/a0030278
- Kondo, D. G., Sung, Y. H., Hellem, T. L., Fiedler, K. K., Shi, X., Jeong, E. K., y Renshaw, P. F. (2011). Open-label adjunctive creatine for female adolescents with SSRI-resistant major depressive disorder: A 31-phosphorus magnetic resonance spectroscopy study. *Journal of Affective Disorders*, 135(1–3), 354–361. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.07.010>
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de depresión infantil (CDI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Kral M. J. (2012). Postcolonial suicide among Inuit in Arctic Canada. *Culture, medicine and psychiatry*, 36(2), 306–325. <https://doi.org/10.1007/s11013-012-9253-3>
- Kristeva, J. (1997). *Sol negro. Depresión y melancolía*. Caracas: Monte Ávila Editores Latinoamericana, 1991. [Traducción: María Sánchez Urdaneta]
- Kushner, M. G., Wall, M. M., Krueger, R. F., Sher, K. J., Maurer, E. W., Thuras, P., y Bartholow, B. D. (2017). Alcohol dependence is related to overall internalizing psychopathology load rather than to particular internalizing disorders: evidence from a national sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(2), 429-438. doi: 10.1111/j.1530-0277.2011.01604.x
- Lagos-Muñoz, P., Vicente, B., Schmidt, K., Guzmán-Castillo, A., Macaya, X., Moraga, E., ... & Rojas-Ponce, R. (2024). Asociación de la variante genética 5HTTLPR/rs25531 con depresión en una cohorte de pacientes de atención primaria. *Revista médica de Chile*, 152(5), 577-588.

- Landa, D. de, fray. (2003). Relación de las cosas de Yucatán. Editorial Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Laparra, L., Obradors, A., Pérez, B., Pérez Yruela, M., Renes, V., Sarasa, S., Subirats, L., & Trujillo Carmona, M. (2007). Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión: Implicaciones metodológicas. *Revista Española del Tercer Sector*, 5, 15-58.
- La Verdad Noticias. (2024, septiembre 9). Más de 200 suicidios se han registrado en la península de Yucatán. <https://laverdadnoticias.com/quintanaroo/Mas-de-200-suicidios-se-han-registrado-en-la-peninsula-de-Yucatan-20240909-0127.html>
- Leavitt, H. J. (1951). Some effects of certain communication patterns on group performance. *The journal of abnormal and social psychology*, 46(1), 38. doi: <https://doi.org/10.1037/h0057189>
- Leiman, M., & Garay, J. (2017). Intervenciones psicológicas para pacientes con riesgo suicida: Una revisión sistemática. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 63(4).
- Lewis, O. (1959). Five families: Mexican case studies in the culture of poverty. Basic Books.
- Ley General De Salud, Lgs, Reformada, Diario Oficial De La Federación Dof, 7 de febrero de 1984, (México). <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Li, S., Xi, Z., Barnett, P., Saunders, R., Shafran, R., & Pilling, S. (2023). Efficacy of culturally adapted interventions for common mental disorders in people of Chinese descent: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 10(6), 426-440. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00073-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00073-3)
- Lorant, V., Delière, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., y Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American journal of epidemiology*, 157(2), 98-112. doi: 10.1093/aje/kwf182
- Lovero, K. L., Dos Santos, P. F., Come, A. X., Wainberg, M. L., & Oquendo, M. A. (2023). Suicide in global mental health. *Current psychiatry reports*, 25(6), 255-262.

- Luis Vives, J. (2007). Exclusión social y pobreza: Diagnósticos y propuestas de intervención. Tirant lo Blanch.
- Luna, C. (2002). El tiempo es oro en C. Luna El matagatos y otros cuentos.(pp.31-49). Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco.
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., y Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 357–369. doi: [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)
- Lúquez, P. (2016). La Teoría Fundamentada: precisiones epistemológicas, teórico-conceptuales, metodológicas y aportes a las ciencias. *Cumbres*, 2(1), 101–114. <https://investigacion.utmachala.edu.ec/revistas/index.php/Cumbres/article/view/34/30>
- Maercker, A., Zhang, X. C., Gao, Z., Kochetkov, Y., Lu, S., Sang, Z., ... & Margraf, J. (2015). Personal value orientations as mediated predictors of mental health: A three-culture study of Chinese, Russian, and German university students. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(1), 8-17. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.06.001>
- McIvor, O., Napoleon, A. & Dickie, K.M. (2009). Language and Culture as Protective Factors for At-Risk Communities. *International Journal of Indigenous Health*, 5(1). <https://doi.org/10.18357/ijih51200912327>
- Malhotra, S., y Sahoo, S. (2018). Industrial psychiatry journal. *Industrial Psychiatry Journal*, 27(1), 11–16. doi: https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_29_17
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... & Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294(16), 2064-2074. <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
- Martín del Campo, A., González, C., & Bustamante, J. (2013). El suicidio en adolescentes. *Revista médica del hospital general de México*, 76(4), 200-209.

- Maris, R. W. (1995). Suicide prevention in adults (age 30-65). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(1), 171-179. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.1995.tb00401.x>
- Marshall, C. A., Crowley, P., Carmichael, D., Aryobi, S., Goldszmidt, R. A., Isard, R., Easton, C., Holmes, J., & Murphy, S. (2023). Suicide safety planning: A systematic review supporting OT research & practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 77(Supplement_2), 7711505162p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2023.77S2-PO162>
- Marx, K. (1867). *El capital: Crítica de la economía política* (Vol. I). Fondo de Cultura Económica.
- Mendiburu Zavala, C. E., Castellero-Rosas, A. S., Lugo-Ancona, P. E., y Carrillo-Mendiburu, J. (2020). Temporomandibular dysfunction and depression in adolescents of mayan ancestry. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 77(3), 127–134. doi:<https://doi.org/10.24875/BMHIM.20000002>
- Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. doi: 10.1016/j.jaac.2010.05.017
- Mijangos, S. N. H., Reyes, D. L., & Torres, J. G. E. (2022). Psicoterapia breve para mitigar los sufrimientos físicos, psíquicos, sociales y espirituales de enfermos renales crónicos. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 11(27), 10-40.
- Mirowsky, J., y Ross, C. E. (2003). *Education, social status, and health*. Transaction Publishers. doi: <https://doi.org/10.4324/9781351328081>
- Mishara, B. L., & Weisstub, D. N. (2016). The legal status of suicide: A global review. *International journal of law and psychiatry*, 44, 54–74. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.08.032>

- Mohatt, N. V., Hoffmire, C. A., Schneider, A. L., Goss, C. W., Shore, J. H., Spark, T. L., & Kaufman, C. E. (2022). Suicide among American Indian and Alaska native veterans who use Veterans Health Administration care: 2004-2018. *Medical Care*, 60(4), 275–278. doi: <https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000001656>
- Montero Llerandi, J M (1997). Minusválidos: de la exclusión a la integración. Un camino de ida y vuelta, en Tezanos, J (ed): *Tendencias de futuro en la sociedad española. I Foro sobre tendencias sociales*. Madrid: Sistema.
- Moraiti, V., Kalmanti, A., Papadopoulou, A., & Porfyri, G. N. (2024). Anxiety disorders and Quality of life: The Role of Occupational Therapy. *European Psychiatry*, 67(S1), S425–S426. doi:10.1192/j.eurpsy.2024.881
- Morales, P. A. K. (2014). Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2014, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica: Prefacio.
- Morejón, K. D. T., & Torres, N. A. C. (2024). Rol de enfermería en pacientes con cáncer de mama. *Revista Científica de Salud BIOSANA*, 4(5), 16-31.
- Moreno Cossley, J. C. (2008). El concepto de vulnerabilidad social en el debate en torno a la desigualdad: problemas, alcances y perspectivas. Miami: Center for Latin American Studies, University of Miami, Working Paper series No. 9.
- Moreno Trujillo, M. P. (2016). El cuento de la criada, los símbolos y las mujeres en la narración distópica. *Escritos*, 24 (52), 185-211. <http://dx.doi.org/10.18566/escr.v24n52.a09>
- Moutier, C., Norcross, W. A., Jong, P., Norman, M., Kirby, B., McGuire, T., & Zisook, S. (2016). The suicide prevention and depression awareness program at the University of California, San Diego School of Medicine. *Academic Medicine*, 91(7), 922-930. doi: 10.1097/ACM.0b013e31824451ad
- Moya, V. P. (2014). Mini-revisión: Variantes genéticas del transportador de serotonina en trastornos neuropsiquiátricos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52(2), 115-122.

- Nagraj, D., & Omar, H. A. (2017). Disability and suicide: A review. *International Journal of Child Health & Human Development*, 10(4).
- National Action Alliance. (2018). Recommended Standard Care for People with Suicide Risk: MAKING HEALTH CARE SUICIDE SAFE Why Do We Need Recommendations for Standard Care for People with Background: Why Do We Need Standard Care Recommendations for Health Care Organizations? 2. 2018, 2018–2019. www.actionallianceforsuicideprevention.org
- National Institute of Mental Health. (2019). Depression in Children and Adolescents. Recuperado el 21 de marzo de 2023, de <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- National Institute of Mental Health. (2021, February 23). Suicide prevention. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention/index.shtml>
- Nearchou, F., Hennessy, E., Flinn, C., Niland, R., y Subramaniam, S. S. (2020). Exploring the impact of covid-19 on mental health outcomes in children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 1–19. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17228479>
- Nun, J. (1969). Marginalidad y desarrollo: Un ensayo exploratorio sobre la relación entre política y pobreza en América Latina. CEPAL.
- Observatorio Estatal de la Discapacidad. (2021). El suicidio en las personas con discapacidad en España. Diciembre.
- Ohmori, T., Arora, R. C., & Meltzer, H. Y. (1992). Serotonergic measures in suicide brain: The concentration of 5-HIAA, HVA, and tryptophan in frontal cortex of suicide victims. *Biological Psychiatry*, 32(1), 57-71. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(92\)90142-m](https://doi.org/10.1016/0006-3223(92)90142-m)
- Olite, M. D. L. M. P., Aguiar, B. G., Guevara, A. M., López, O. F., & Luaces, Y. T. (2014). El alcoholismo y su repercusión: un enfoque desde la Psicología de la Salud. *Revista Finlay*, 4(4), 261-270.

- Organización de las Naciones Unidas. (1976). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Recuperado de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- Organización de las Naciones Unidas. (2006).
- Organización de las Naciones Unidas. (2022). International Covenant on Civil and Political Rights. Recuperado de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 (ISBN 978-92-4-350602-9; clasificación NLM: WM 101). Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Datos y cifras sobre el suicidio. Recuperado el 14 de octubre de 2017, de http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Programa de Acción para Superar la Brecha en Salud Mental (mhGAP) de la OMS. <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/content/document/mhGAP%20Mental%20Health%20Gap%20Action%20Programme%20Spanish.pdf>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2019). Prevención del suicidio. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide-prevention>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Programa de Acción para Superar la Brecha en Salud Mental (mhGAP) de la OMS. <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/content/document/mhGAP%20Mental%20Health%20Gap%20Action%20Programme%20Spanish.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 [Comprehensive mental health action plan 2013-2030] (versión electrónica). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345631>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Prevención del suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide-prevention>

- Organización Mundial de la Salud. (2022). Resolución WHA65.4: Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R4-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2024). Suicide. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Panamericana de la Salud. (9 de Septiembre de 2021). PAHO Noticias. OPS insta a priorizar la prevención del suicidio tras 18 meses de pandemia por COVID-19. <https://www.paho.org/es/noticias/9-9-2021-ops-insta-priorizar-prevencion-suicidio-tras-18-meses-pandemia-por-covid-19>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Prevención del suicidio. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- Organización Panamericana de la Salud (2023). Tablero de los Indicadores Básicos. Recuperado de <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>
- Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio. Recuperado el 10 de enero de 2024. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- Páez, E. (2022). Ethical and Legal Frameworks in the Suicidology Field. In: Pompili, M. (eds) Suicide Risk Assessment and Prevention. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-42003-1_85
- PAHO/WHO. (2023). Burden of Suicide [Conjunto de datos]. <https://www.paho.org/en/enlace/burdensuicide>
- Pandey, G. N., Dwivedi, Y., Rizavi, H. S., Ren, X., Pandey, S. C., Pesold, C., Roberts, R. C., Conley, R. R., & Tamminga, C. A. (2002). Higher expression of serotonin 5-HT(2A) receptors in the postmortem brains of teenage suicide victims. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 419-429. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.419>

- Park, C., Kim, B., Lee, S. S., Ha, K., Baek, C. J., Shin, M. S., & Ahn, Y. M. (2016). A comparative study of permissive attitudes toward suicide: an analysis of cross-national survey in South Korea, Japan, and the United States. *Korean Journal of Biological Psychiatry*, 23(4), 157-165. doi: 10.0000/kjbp.2016.23.4.157
- Parola, A., Rossi, A., Tessitore, F., Troisi, G., y Mannarini, S. (2020). Mental Health Through the COVID-19 Quarantine: A Growth Curve Analysis on Italian Young Adults. *Frontiers in Psychology*, 11(October). doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567484>
- Patten, S. B., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H., Bulloch, A. G. M., D'Arcy, C., y Streiner, D. L. (2015). Major depression and secondhand smoke exposure. *Journal of Affective Disorders*, 183, 125-129. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.006
- Paugman, S. (1993). *La disqualification sociale: Essai sur la nouvelle pauvreté*. Presses Universitaires de France.
- Peltzer, K. (2014). Traditional health practitioners in South Africa are the mainstay of indigenous health care services: They are the holders of indigenous knowledge and wisdom. In *Indigenous Knowledge and Wisdom* (pp. 129-146). Springer, Cham. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61261-7
- Pitchot, W., Hansenne, M., & Ansseau, M. (2002). El papel de la dopamina en los pacientes no deprimidos con antecedentes de intento de suicidio. *European Psychiatry (Ed. Española)*, 9, 123-127. <https://doi.org/10.1017/S1134066500007256>
- Pine, D. S., Cohen, E., Cohen, P., y Brook, J. (1999). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: Moodiness or mood disorder? *American Journal of Psychiatry*, 156(1), 133-135. doi: <https://doi.org/10.1176/ajp.156.1.133>
- Portillo, J. U. (2019). *La huella de la desesperanza: Estrategias de prevención y afrontamiento del suicidio*. Ediciones Morata.
- Psacharopoulos, G., & Patrinos, H. A. (1994). *Indigenous People and Poverty in Latin America*. The International Bank for Reconstruction & Development, 0031(001), A013.

- Ramírez C, Alberto M. (2020) De violencia y estereotipos. Visiones en torno a la muerte suicida en poblaciones mayas yucatecas. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*. 60: 79 – 109.
- Ramírez M., O. S., Puerto L., J. S., Rojas V., M. R., Villamizar G., J. C., Vargas E., L. A., & Urrego M., Z. C. (2018). El suicidio de indígenas desde la determinación social en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 36(1), 55–65. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n1a07>
- Ramírez V., Yazmín y Juárez S., José M. (2023) Estudia grupo de la FQ variantes genéticas relacionadas con la depresión y suicidio en poblaciones mayas. <https://quimica.unam.mx/estudia-grupo-de-la-fq-variantes-geneticas-relacionadas-con-depresion-y-suicidio-en-poblaciones-mayas/> (consultado el 8 de marzo de 2023)
- Reitz, S. M., Scaffa, M. E., & Dorsey, J. (2020). Occupational Therapy in the Promotion of Health and Well-Being. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(3), 1–14. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.743003>
- Patton, D. (2005). Social inclusion and recovery: A model for mental health practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(3), 383–384. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00829.x>
- Ravens Sieberer, U., Kurth, B.-M., group, the K. study, y group, B. study. (2008). The mental health module (BELLA study) within the German Health Interview and Examination Survey of Children and Adolescents (KiGGS): study design and methods. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(1), 10–21. doi: <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1002-3>
- Revuelta, J. C., Olcina, M. J. E., Gil, J. M. M., y Faura, F. J. S. (2019). Grupo PrevInfad / PAPPS Infancia y Adolescencia. *Pediatría Atención Primaria*, 21(82), 261–269.
- Reyes Foster, Beatriz (2013) He Followed the Funereal Steps of Ixtab: The Pleasurable Aesthetics of Suicide in Newspaper Journalism in Yucatán, México. *Journal of Latin American and Caribbean Anthropology*. 18 (2): 251 – 273.
- Reyes, Américo y Espinazo, Ruth (1993) El Suicidio en Honduras. *Revista Médica Hondurensia*. 61: 98 – 103.

- Rizo López, A. E. (2006). ¿A qué llamamos exclusión social? Polis. Revista Latinoamericana, (15). doi: <https://doi.org/10.32735/S0718-6568/2006-N15-477>
- Roberts, R. E., & Chen, Y.-W. (1995). Depressive Symptoms and Suicidal Ideation among Mexican-Origin and Anglo Adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34(1), 81–90. <https://doi.org/10.1097/00004583-199501000-00018>
- Rocha, G. S. (2009). El suicidio en la literatura. Neohermenéutica, literatura, filosofía y otras disciplinas, 155.
- Roche Canto C. (2014) Polimorfismo 5HTLPR del gen del transportador de serotonina SLC6A4, en suicidas yucatecos. Tesis de Maestría en Ciencias de la Salud. Biblioteca de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida, Yucatán, México.
- Rodríguez Balam, E. Cervantes Kantún, D. Aguilar Canto J. y Martín Moreno, U. (2022). Aproximaciones al suicidio en Yucatán. Una mirada a la estadística descriptiva. Península, XVII (2), 109-146. <http://revistas.unam.mx/index.php/peninsula/article/view/83529>
- Ross, C. E., y Wu, C. L. (1995). The links between education and health. American sociological review, 719-745. doi: <https://doi.org/10.2307/2096319>
- Salas, Marco A. y Rivas, Jesús (2001) La odontología del pueblo maya. Revista ADM. Vol. LVIII, 3: 105 – 107.
- Salles, A. A., & Castelo, L. (2023). Privacidad y confidencialidad en los procesos terapéuticos: presencia de fundamentos bioéticos. Revista Bioética, 31, e3340PT. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-803420233340ES>
- Sanahuja, J. A. (2018). La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: hacia una ética universalista del desarrollo global. Razón Y Fe, 272(1405), 367–381. <https://revistas.comillas.edu/index.php/razonyfe/article/view/9612>
- Sareen, J., Erickson, J., Medved, M. I., Asmundson, G. J., Enns, M. W., Stein, M. B., & Leslie, W. D. (2013). Risk factors for post-injury mental health problems. Depression and Anxiety, 30(4), 321-327. doi: 10.1002/da.22077

- Sarmiento-Hernández, E. I., Ulloa-Flores, R. E., Camarena-Medellín, B., Sanabrais-Jiménez, M. A., Aguilar-García, A., & Hernández-Muñoz, S. (2019). Association between 5-HTTLPR polymorphism, suicide attempt and comorbidity in Mexican adolescents with major depressive disorder. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 47(1), 1–6. Retrieved from <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/154>
- Santos-Fraile, S. (2016). La comunidad sikh en Barcelona. Una aproximación etnográfica: Prácticas, negociación y transformaciones en el cuerpo y la corporalidad tras el proceso migratorio. (Tesis Doctoral). Universitat de Barcelona. Barcelona.
- Schellhas, P. (1904). Representation of Deities of the Maya Manuscripts. Papers of the Peabody Museum of Archaeology and Ethnology, Harvard University, 4(1). Cambridge, Massachusetts. [Originalmente publicado en la edición en alemán, Dresde, 1897].
- Scholes, France y Roys, Ralph (1938) Fray Diego de Landa and the problem of idolatry in Yucatan. Carnegie Institution of Washington, D.C.
- Secretaría de Salud. (2020). Programa Sectorial de Salud 2020 – 2024. Diario Oficial de la Federación. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0
- Secretaría de Salud. (2022). Programa Nacional para la Prevención de Suicidio. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-nacional-para-la-prevencion-de-suicidio>
- Secretaría de Salud. (2022). Programa de Acción Específico para la Atención Integral en Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Salud. Recuperado el 18 de marzo de 2023, de <https://www.gob.mx/salud>
- SEGOB. (2020). Programa Sectorial Derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Diario Oficial de la Federación. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020

SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL (ST-CONSAME). <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/secretariado-tecnico-del-consejo-nacional-de-salud-mental>

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors, Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263. doi: 10.1521/suli.2007.37.3.248

Simmel, G. (1908). *Sociology: Inquiries into the construction of social forms* (Vol. I). Brill.

Scholes, F., & Adams, E. B. (1938). Don Diego Quijada, alcalde mayor de Yucatán, 1561-1565 (Vols. 14-15). Biblioteca Histórica de Obras Inéditas.

Social, C. E. Y. (2001). La pobreza y la exclusión social en España: propuestas de actuación en el marco del plan nacional para la inclusión social. *Madrid: CES*.

Spiegel, D. (1999). Healing Words: Emotional Expression and Disease Outcome. *Journal of the American Medical Association*, 281(14), 1328-1329. <https://doi.org/10.1001/jama.281.14.1328>

Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., Chaudhury, S. R., & Bush, A. L. (2018). Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 75(9):894-900. 10.1001/jamapsychiatry.2018.1776

Stern, L. D., & del Castillo, M. T. (2007). Influencia de la música en jóvenes con tendencias suicidas. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 10(2).

Subirats, J. (2004). Pobreza y exclusión social: Un análisis de la realidad española y europea. Colección Estudios Sociales No. 16. Barcelona: Fundación La Caixa.

Sullivan, P. F., Daly, M. J., & O'Donovan, M. (2012). Genetic architectures of psychiatric disorders: the emerging picture and its implications. *Nature Reviews Genetics*. 10;13(8):537-51. doi: 10.1038/nrg3240

- Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). (2019). Gaceta del Semanario Judicial de la Federación: Décima Época, Libro 63, Tomo I. Poder Judicial de la Federación.
- Taube, Karl (1992) The Mayor Gods of Ancient Yucatan. Dumbarton Oaks Research Library. Washington.
- Tezanos, J. F. (1999). La estructura social de la era de la información. *Revista Española De Investigaciones Sociológicas*, (86), 373–377. Recuperado a partir de <https://reis.cis.es/index.php/reis/article/view/985>
- Tighe, J., Shand, F., Ridani, R., Mackinnon, A., De La Mata, N., & Christensen, H. (2017). Ibobly mobile health intervention for suicide prevention in Australian Indigenous youth: a pilot randomised controlled trial. *BMJ Open*, 7(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013518>
- Thompson, M. D., & Kenna, G. A. (2016). Variation in the serotonin transporter gene and alcoholism: Risk and response to pharmacotherapy. *Alcohol and Alcoholism*, 51(2), 164-171. <https://doi.org/10.1093/alcalc/aggv090>
- Toribio Pérez, Lorena, González-Arratia López-Fuentes, Norma Ivonne, Oudhof Van Barneveld, Hans, & Gil Lacruz, Marta. (2018). Salud mental positiva en adolescentes mexicanos: diferencias por sexo. *Revista Costarricense de Psicología*, 37(2), 131-143. <https://dx.doi.org/10.22544/rcps.v37i02.03>
- Torre, I., Álvarez, J., Chavez-Hernandez, A.-M., Alfonso, S., Godoy, S., Yaing, N., y Soto, N. Y. (2016). Psychometric properties of CDI in a non-clinical sample of children from Hermosillo, Mexico. *Psicología y Salud*, 26, 273–282. Recuperado a partir de: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2203>
- Tyrer, P., Thompson, S., Schmidt, U., Jones, V., Knapp, M., Davidson, K., ... & Wessely, S. (2003). Randomized controlled trial of brief cognitive behavior therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: the POPMACT study. *Psychological medicine*, 33(6), 969-976.
- Uribe, M. P. O. (2018). Clasificación Internacional de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud. Décima Versión CIE-10.

- Valdez-Santiago, R., Hernández, A. V., Arenas-Monreal, L., Benjet, C., & García, A. V. (2023). Conducta suicida en México: análisis comparativo entre población adolescente y adulta. *salud pública de méxico*, 65, s110-s116.
- Van Orden, K. A., Lynam, M. E., Hollar, D., & Joiner, T. E. (2006). Perceived burdensomeness as an indicator of suicidal symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 457–467. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9057-2>
- Velázquez, Erik (2016) Código de Dresde. Parte 1. Edición Facsimilar. Arqueología Mexicana. Edición Especial, 67: 8 – 91.
- Villafaña, J. N. R., & Cárdenas, S. J. (2022). Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y Salud*, 32(1), 39-48. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2709>
- Villalobos Galvis, F. H., & Ortis Delgado, L. (2012). Características psicométricas de la escala CES-D en adolescentes de San Juan de Pasto (Colombia). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 328–340. Recuperado a partir de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79924881009>
- Villatoro, Elba (1996) El suicidio en los pueblos mayas: un acercamiento sociocultural. *Tradiciones de Guatemala*. 45: 143 – 155.
- Wang, D., Jiang, Q., Yang, Z., y Choi, J. K. (2021). The longitudinal influences of adverse childhood experiences and positive childhood experiences at family, school, and neighborhood on adolescent depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 292(May), 542–551. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.108>
- Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., et al. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536-1544.
- Wexler, L. M., DiFluvio, G., & Burke, T. K. (2019). Resilience and marginalized youth: Making a case for personal and collective meaning-making as part of resilience-building in urban contexts. In *The Routledge Handbook of Resilience* (pp. 311-322). Routledge.

- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Keith, K. D., & Stancliffe, R. J. (2005). Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines. *Journal of intellectual disability research*, 49(10), 707-717.
- Vives, J. L. (2007). *The education of a Christian woman: a sixteenth-century manual*. University of Chicago Press.
- Villegas, M. (2022). *Atrapados en el espejo: El narcisismo y sus modalidades*. Herder Editorial.
- World Federation of Occupational Therapists. (2019). Position statement on occupational therapy and mental health. <https://www.wfot.org/resource-centre/position-statements/occupational-therapy-and-mental-health/>
- World Health Organization. (2021). Suicide prevention. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/
- World Health Organization. (2006). *The world health report 2006: working together for health*. World Health Organization.
- Yucatán: la entidad más pacífica, pero con primer lugar en suicidios. (2023, octubre 10). *El Diario de Yucatán*. [<https://www.forbes.com.mx/yucatan-la-entidad-mas-pacifica-pero-con-primer-lugar-en-suicidios/>].
- Zayas, L. H. (2011). *Latinas attempting suicide: When cultures, families, and daughters collide*. Oxford University Press.
- Zayas, L. H., & Pilat, A. M. (2008). Suicidal behavior in Latinas: Explanatory cultural factors and implications for intervention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(3), 334–342. <https://doi.org/>[Número DOI si está disponible]
- Zivin, K., Paczkowski, M., & Galea, S. (2011). Economic downturns and population mental health: research findings, gaps, challenges and priorities. *Psychological medicine*, 41(7), 1343-1348.

NECESITO MORIR (K'A'ABÉET IN KÍMIL)
UNA APROXIMACIÓN TRANSDISCIPLINARIA
AL SUICIDIO EN YUCATÁN

de Damaris Francis Estrella Castillo y Ofelia Marina Marrufo Heredia,
se terminó de editar en abril del 2025.

§
Universidad Autónoma de Chiapas
Universidad Autónoma de Yucatán

