

Frontera entre la vida y la muerte por suicidio en estudiantes adolescentes del estado de Yucatán

The Borderline between Life and Death Due to Suicide in Adolescent Students in the State of Yucatán

Laura Hernández Ruiz

 <https://orcid.org/0000-0002-5687-284X>

Universidad Nacional Autónoma de México,
Centro Peninsular en Humanidades y Ciencias Sociales, México
laheru@hotmail.com

Resumen

En este artículo se presenta un estudio de caso realizado en Tizimín, municipio del estado de Yucatán, México, donde se ha registrado una tasa alta de muertes por suicidio. Los objetivos de la investigación fueron develar los factores que imperan en la vida de los adolescentes yucatecos, determinar los condicionantes que les afectan de manera negativa y plantear, o por lo menos motivar, algunos cambios, para tratar de disminuir el índice de muertes por suicidio en el estado. Al final se discuten los resultados obtenidos de la aplicación de la «Escala sobre estilo de vida para adolescentes mexicanos» a 252 estudiantes, así como de entrevistas semiestructuradas a 28 de ellos.

Palabras clave: suicidio, estudiantes, jóvenes, condiciones sociales, aspectos psicológicos.

Abstract

This paper describes a case study carried out in Tizimín, a municipality in Yucatán State, Mexico, in which a high rate of deaths by suicide has been recorded. The research objectives were to reveal the factors prevailing in the life of Yucatecan adolescents, identify the determining factors that affect them negatively and set forth, or at least encourage some changes as an attempt to reduce the rate of deaths by suicide in the state. Lastly, the paper discusses the results obtained from both applying the "Lifestyle Scale for Mexican Adolescents" to 252 students and the semi-structured interviews with 28 participants.

Key words: suicide, students, youth, social conditions, psychological aspects.

Recibido: 08/04/2024

Aceptado: 16/08/2024

Publicado: 24/09/2024



Introducción

Este estudio de caso partió de mi trabajo con adolescentes, en el que encontré que algunos habían presentado ideas suicidas o incluso habían intentado una muerte por suicidio hasta en más de una ocasión, además de que fui testigo de las condiciones en las que tenían que sobrevivir día tras día. Aun cuando las cifras más altas de muerte por suicidio en Yucatán, según se verá más adelante, ocurren entre personas en el rango de edad de 25 a 29 años, seguidas por las de 20 a 24, se escogió la etapa de la adolescencia porque se trata de un periodo clave para el análisis de los factores de riesgo y la protección en la cotidianidad. Se optó también por trabajar con estudiantes porque las condiciones en los centros educativos favorecen la implementación de estrategias de intervención, ya que se puede trabajar con ellos y ellas en un espacio común, la escuela, donde además se cuenta con el apoyo del personal docente y es posible una mayor cercanía con los padres de familia.

Es menester señalar que en muchas investigaciones se ha tratado el tema de la muerte por suicidio como un problema, producto de una visión parcial, a la que además se le trata de atribuir una causa que resultaría ser el detonador. Por este motivo, es importante analizar la ideación y muerte por suicidio en el entorno de la persona y no acotar el hecho como aislado para conocer el medio en el que se suscita e identificar, tanto como sea posible, la suma de problemas que le dan origen. La elección de un estudio de este tipo obedece a los objetivos de la investigación: conocer los factores que imperan en la vida de los adolescentes yucatecos, determinar los condicionantes que les afectan de manera negativa y plantear, o por lo menos motivar, algunos cambios para tratar de disminuir la tasa de suicidios en el estado de Yucatán. Desde luego, también se espera que los resultados de esta pesquisa convoquen a las autoridades e instituciones involucradas en la atención y apoyo a los grupos vulnerables para poner en práctica nuevas estrategias de intervención.

Antes de mostrar la organización del texto es preciso aclarar que en este estudio se retoma el concepto de adolescencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece que:

La adolescencia es la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea desde los 10 hasta los 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud (OMS, 2024a).

Los estudiantes que participaron en este estudio, quienes tenían edades entre los 10 y los 17 años, los incluimos, según la definición previa, en la etapa de la adolescencia. Asimismo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021) distingue tres momentos en esta fase: la adolescencia temprana, entre los 10 y 13 años; la media, de los 14 a los 16, y la tardía, que comienza a los 17 y puede extenderse hasta los 21 años. La adolescencia media se estima como la etapa en la que las personas pueden caer fácilmente en situaciones de riesgo, ya que la búsqueda y convivencia con amistades va en aumento, al tiempo que se van independizando de los padres.

Para tratar la muerte por suicidio, en este trabajo se retomarán las posturas de: Sigmund Freud, neurólogo y padre del psicoanálisis; Émile Durkheim, sociólogo, pedagogo y filósofo, así como la de un psiquiatra yucateco contemporáneo, Gaspar Baquedano. Estos especialistas resaltan en sus planteamientos el impacto de los problemas de carácter social en relación con la conducta humana, en la que la personalidad y las actitudes de los individuos juegan un papel importante ante la angustia que les produce su realidad.

De igual manera, para tener una visión del problema desde el punto de vista de Latinoamérica, primero se revisan las cifras poblacionales de algunos países de la región, seguidas de las tasas de muertes por suicidio (por cada 100 000 habitantes), así como información del problema en América publicada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la OMS.

Más adelante se revisan las cifras de muertes por suicidio en adolescentes y jóvenes yucatecos en los últimos 13 años según registros oficiales, lo que contribuirá a la configuración de un primer escenario del problema. Asimismo, con la intención de tener una idea más clara del fenómeno en el estado, se contrastan las cifras regionales con las de la República mexicana.

Sigue una sección dedicada al municipio de estudio, Tizimín, Yucatán, en la que se explica por qué se eligió el lugar y se describe su ubicación geográfica. Posteriormente, se abre un espacio para comentar, de manera muy general, la experiencia de un primer acercamiento al problema en el lugar.

Luego se da paso a las consideraciones metodológicas. Se inicia con una justificación sobre la elección de las instituciones educativas de nivel básico (secundaria), de los grupos con los que se trabajó, así como de los participantes entrevistados. En la misma sección, se explican los factores que se tomaron en cuenta para definir los instrumentos de investigación a utilizar, así como su aplicación. El primero de los instrumentos utilizados fue la escala tipo Likert para

identificar el estilo de vida de los adolescentes del lugar y el segundo las entrevistas semiestructuradas para determinar los elementos que afectaron de manera negativa a quienes presentaban o habían presentado ideación suicida o incluso habían intentado la muerte por suicidio.

Posteriormente, se muestran los resultados obtenidos en cada una de las instituciones educativas en las que se trabajó; en primer lugar, los obtenidos a partir de la escala tipo Likert en cada nivel y, en segundo lugar, los de las entrevistas semiestructuradas, donde se indica el nivel educativo de cada estudiante. También, se incluye un resumen del análisis de la información obtenida y las conclusiones de las entrevistas. A esta sección le acompaña una reflexión personal sobre las experiencias previas al trabajo con adolescentes, así como sobre los factores de riesgo y de protección.

Como colofón, a partir de la detección y el análisis de necesidades de los participantes, así como de la preocupación del personal docente de dichas instituciones, se preparó e impartió un taller para proporcionarles sensibilización y orientación sobre problemas relacionados con el tema. En esta sección se describen los pormenores de la actividad.

Sobre la muerte por suicidio

Para el creador del psicoanálisis, Sigmund Freud (1973: 956-957), la conducta humana se puede explicar a través de la noción del inconsciente y de las pulsiones libidinales, las cuales resume en eróticas, las que producen placer, y tanáticas, las que ocasionan displacer. La personalidad de cada individuo, su modo de ser y sus actitudes se relacionan de forma estrecha con estas instancias. Así, en la actitud suicida la frustración del placer produce ira y, ante la incapacidad del sujeto por externarla, la introyecta. Entonces, para tratar de explicar el fenómeno basado en la dualidad de pulsiones libidinales es posible considerar que el suicidio es un asesinato revertido hacia el propio ser.

Por su parte, Durkheim (1983: 65) trata el suicidio como un hecho social, considerando que la consciencia individual está determinada por la sociedad a la que pertenece, y aclara que cada sociedad predispone en mayor o menor medida a sus miembros al suicidio, aunque este sea un acto voluntario. Así, en un primer intento por definir el suicidio, Durkheim (1983: 60) dice que es «cualquier muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma». Y agrega que el actor-víctima debe saber que el acto «produ-

cirá ese resultado», pues en otros casos se trataría de muertes imprudenciales o por accidente, no de suicidios. Según esto, un acto positivo sería darse un tiro en la cabeza, por ejemplo, y uno negativo rehusarse a tomar alimento hasta morir de hambre o no abandonar un lugar en llamas. De esta forma, en su definición el autor puntualiza lo que se considera autoeliminación: morir a causa del intento, por acción y voluntad propia.

Para Baquedano (2008: 13), el suicidio es un asunto existencial que deriva de la angustia humana como resultado de la toma de conciencia de la propia realidad y de lo circundante. Se incluye su postura en último lugar pues se ciñe más a los objetivos de este trabajo, que entre otros puntos se centra en la forma en que cada individuo percibe las situaciones de su entorno.

Ahora bien, ya que en esta investigación se busca identificar a los «individuos vulnerables», se retoma la propuesta de Pérez (2003: 49); según este autor son aquellas personas que manifiestan una predisposición suicida, esto es, presentan rasgos o atributos de personalidad —inestabilidad del ánimo, conducta agresiva o disocial o elevada impulsividad, entre otros— que pueden facilitar la eclosión de salidas suicidas emergentes frente a situaciones de riesgo —conflictos interpersonales, muerte de un ser querido, padecimiento de enfermedad física grave o embarazo no deseado u oculto, por citar algunos casos—. Desde luego, como en otras propuestas, se debe tomar la información con ciertas reservas, ya que no todos los individuos con los rasgos de personalidad mencionados intentarán la autoeliminación frente a una situación de riesgo. Esto es, retomando los planteamientos de los autores antes mencionados, algunos podrán salir adelante de manera gallarda, de acuerdo con su personalidad, actitud y forma de percibir y reaccionar ante su entorno.

Hasta aquí se han comentado tres posturas sobre el suicidio que permiten explicar la consciencia y la conducta humana, que en cierto modo son definidas por el entorno social, donde la personalidad, el modo de ser y las actitudes de cada individuo pueden hacer la diferencia.

Muerte por suicidio en América

Para introducir el problema de las muertes por suicidio en México conviene revisar la posición que ocupa este país entre los del continente americano en cuanto a población total, así como a la tasa de suicidios. Para ello, se toma como base la información de muertes por autoeliminación por cada 100 000 habitantes en los

países de América publicada por la OMS (2024b). Ya que las últimas tasas a las que hace referencia dicha institución corresponden a 2019, en cuanto a situación poblacional se tomaron en consideración los datos del mismo año según la ONU (2024).

De acuerdo con las cifras de estos organismos, en 2019 México ocupaba el tercer lugar entre los países más poblados del continente americano, con 92 628 495 habitantes, después de Estados Unidos, con 274 932 603, y de Brasil, con 163 765 730. Por otro lado, se ubica en el decimonoveno lugar en cuanto a muertes por suicidio, con una tasa de 5.3 por cada 100 000 habitantes. Resalta el hecho de que países con menos habitantes que México presentan tasas mucho mayores en este rubro, como Guyana, que tiene una tasa de 40.3 por cada 100 000 habitantes, cuando su población es de 571 388, o Uruguay, que cuenta con una tasa de suicidio 21.2 y una población de 2 711 820 de personas.

De acuerdo con un comunicado de prensa de la ONU (2023), en 2019 América fue la única región del mundo donde la tasa de muertes por suicidio se incrementó, con 97 000 casos registrados. Por su parte, la OMS (2021) destacó que el 79 % del total de muertes correspondió a hombres, pese a que la autoeliminación en mujeres también se elevó y que el suicidio en adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años fue la cuarta causa de muerte en dicho año.

Por su parte, Delgado y Ballesteros (2022) revisaron 44 estudios realizados con adolescentes de América Latina y el Caribe en los que se registraron factores de riesgo asociados con la ideación suicida, punto relevante para identificar a la población con alto riesgo de muerte por suicidio. Sus resultados revelan una relación importante entre la ideación suicida y tres tipos de factores: individuales, sociales e interpersonales. Entre los individuales encontraron: afecto positivo bajo, afecto negativo alto, depresión, ansiedad, inteligencia emocional baja, abuso de alcohol, consumo de tabaco e impulsividad; en los factores sociales: situación de hambre, pobreza, violencia, problemas económicos, y calidad de vida y apoyo social limitados; y en los factores interpersonales: poco apoyo y mal funcionamiento familiar, poco apoyo de personas significativas como padres, amigos y profesores y ruptura con la pareja romántica.

Dichos factores de riesgo detectados en adolescentes latinoamericanos y del Caribe se retoman en el análisis de resultados de esta investigación debido a las similitudes que se encontraron y trabajaron en el lugar de estudio.

Muerte por suicidio en adolescentes y jóvenes del estado de Yucatán

En la introducción se resaltaba la necesidad de convocar a las autoridades y al personal de instituciones involucradas en la atención y el apoyo a grupos vulnerables para diseñar nuevas estrategias de intervención porque, a pesar de los esfuerzos de los gobiernos federal y estatal por disminuir las tasas de muerte por suicidio en el estado, este problema de salud pública va en aumento. Entre las acciones implementadas, Vázquez et al. (2024) mencionan que en el año 2020 se instauró el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS). Dicho programa tenía 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, posvención e investigación en la materia» (Secretaría de Salud, 2024). En el programa se coordinan diversas dependencias gubernamentales para atender este fenómeno, junto con las secretarías de salud estatales.

Entre los resultados de dicho programa se encuentra la puesta en marcha del curso denominado «Formación especializada para el abordaje del comportamiento suicida», a cargo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Un año después de la puesta en operación del PRONAPS (según reporte de septiembre de 2023), se habían preparado «22 mil 846 profesionales de la salud y docentes en diferentes áreas para prevenir las lesiones autoinfligidas». De igual manera, se entrenó a 12 741 personas en lo que llamaron «formación especializada para el abordaje del comportamiento suicida» (Secretaría de Salud, 2023). Esta secretaría informó que el sector salud había proporcionado atención para la prevención del suicidio a 39 864 personas que lo habían requerido (Secretaría de Salud, 2023). También, la secretaría aclaró que se llevaron a cabo 46 425 tamizajes —pruebas diagnósticas para detectar algún factor de riesgo— en México, lo cual permitió identificar un promedio anual de 6 % de personas con riesgo inminente de suicidio, a las que señaló que se les había brindado atención expedita.

De igual manera, el PRONAPS reportó actividades de prevención, promoción y referencia a 31 181 personas en comunidades de bajo acceso a los servicios de salud. Dichas tareas fueron atendidas por las denominadas Brigadas Comunitarias de Salud Mental (BCSM). Por otro lado, la Secretaría de Salud informó que había instruido a 2 722 trabajadores del Sistema Penitenciario Federal en el «manejo del comportamiento suicida; y, junto con autoridades del Sistema de Transporte

Colectivo Metro, lleva a cabo la campaña de apoyo para la atención a quienes intentan quitarse la vida dentro de las instalaciones» (Secretaría de Salud, 2023).

Hasta aquí se han mencionado varios programas y actividades de apoyo y prevención del suicidio, y a continuación, para tener una perspectiva más objetiva de la realidad, haremos a manera de ejercicio una proyección de la distribución de las cifras provistas. De acuerdo con lo expuesto, se impartió formación especializada para el abordaje del comportamiento suicida a 12 741 personas, número que se valora como insuficiente para atender a más de 129 millones de personas en México en el mismo año. Si se repartieran dichos especialistas en los centros de la Secretaría de Salud de toda la República, podrían asignarse un aproximado de 398 a cada estado para atender, por ejemplo, a más de 17 millones de personas en el Estado de México, a más de ocho millones en el de Veracruz o a más de dos millones y medio en el de Yucatán. Esta tarea resulta imposible.

Ahora bien, por un lado, se informó que la Secretaría de Salud había proporcionado atención para la prevención del suicidio a 39 864 personas que lo requirieron. Si se toma como base uno de los hallazgos del estudio «Prevalencia del intento de suicidio en el Servicio de Urgencias del hospital General 'Dr. Agustín O'Horán', de enero de 1998 a diciembre de 2003» (Coronado et al., 2004: 207-213), en el que los autores señalan que el porcentaje de muertes por suicidio equivalía al 5.7 % del total de los intentos registrados en dicho hospital, y por otro lado se tiene en cuenta que en 2022 Yucatán registró 366 muertes por suicidio (INEGI, 2024), entonces se podría considerar que solo en este estado hubo un aproximado de 6 421 intentos durante el año, por lo que se deduce que la atención de prevención del suicidio proporcionada no alcanzó a toda la población que la requería en la República mexicana.

En el estado de Yucatán existen varios programas gubernamentales, tanto federales como estatales, dedicados a atender el problema del suicidio. Algunos de estos son los siguientes: Programa Integral de Atención al Suicidio (PIAS), Programa de Prevención y Control de Adicciones (PCA), Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA), Programa de Actividad Física Preventiva y Terapéutica en Yucatán, Apoyo para Atención Médica de Población Vulnerable en Yucatán, Programa de Atención a las Demencias, y Programa de Atención a la Depresión y Prevención del Suicidio (PDS). Además de los anteriores programas, ejecutados por entidades gubernamentales, una asociación civil, Salvemos una Vida, ofrece atención telefónica a cargo de voluntarios y proporciona información en redes

sociales y en programas de radio, así como a través de pláticas; sin embargo, dicho sea de paso, su sitio de internet no se ha actualizado desde el 11 de agosto de 2011.

Pese a todos estos programas, el problema de muertes por suicidio en Yucatán no ha disminuido, lo que motivó, entre otras reacciones, un exhorto del Senado de la República, en junio de 2017, en el que se instaba al gobierno del estado y a la Secretaría de Salud federal para implementar:

...acciones y los programas para disminuir los suicidios en esta entidad federativa de manera eficiente, conforme lo establece la OMS, asimismo, realicen un estudio para identificar los riesgos, ideas suicidas y causas específicas de suicidio entre los niños, adolescentes y jóvenes del estado, a fin de prevenirlo” (Senado de la República, 2017).

El exhorto que el Senado dirigió a las autoridades tenía un motivo evidente, ya que la tasa de muertes por suicidio por cada 100 000 habitantes había colocado a Yucatán entre los primeros lugares de los estados de la República mexicana. De acuerdo con información del INEGI, en 2010 ocupó el primer lugar, con una tasa de 10.5, cuando la media del país fue de 4.7; en 2015 ocupó el quinto lugar, con una tasa de 8.7, siendo la media del país 5.8; y en 2020 el tercer lugar, con una tasa de 10.2, ante el 6.4 de media nacional (INEGI, 2021; SNIEG, 2024).

Para conocer el escenario relacionado con este problema es fundamental revisar las últimas cifras del INEGI (2022a). Asimismo, conviene que, aun cuando el estudio se circunscribe a estudiantes de nivel escolar medio, cuyas edades fluctúan entre los 12 y los 17 años, se incluyen los rangos de edad de 20 a 24 y de 25 a 29, ya que son los que registran las cifras más altas de muertes por suicidio en Yucatán. Así, de 2019 a 2022 el rango de edad de 25 a 29 años registró los números más altos en el estado, con 44, 42, 66 y 61 muertes por autoeliminación respectivamente; le siguió el rango de 20 a 24 años, con 39, 32, 54 y 48 respectivamente. Finalmente se sitúan los rangos de edad que nos ocupan en esta investigación, de 15 a 19 años, con 15, 22, 21 y 25, y de 10 a 14 años, con 0, 5, 2 y 3, respectivamente (INEGI, 2022a).

Es menester resaltar que hay un gran desequilibrio en el número de muertes por suicidio entre hombres y mujeres, pues las cifras de varones superan por mucho a las de mujeres. De esta forma, considerando los mismos años, 2019 a 2022, en el rango de edad de 25 a 29 años, en varones, los registros fueron de 34, 33, 53 y 58 muertes, mientras que los números de muertes de mujeres, en el mismo

rango de edad, fueron 10, 9, 13 y 3. Entretanto, en el rango de 20 a 24 años las cifras de muerte por suicidio en hombres fueron 28, 27, 45 y 38, mientras que entre mujeres se registraron 11, 5, 9 y 10. Al igual que en el caso anterior, se hace referencia a los rangos de edad de los adolescentes con los que se trabajó. Así, en el rango de 15 a 19 años, entre hombres se asentaron 12, 16, 15 y 19 muertes, mientras que las muertes de mujeres sumaron 3, 6, 6 y 6. Finalmente, en el rango de 10 a 14 años los registros de hombres fueron 0, 1, 1 y 3, en contraste con los de las mujeres, que fueron 0, 4, 1 y 0. Llama la atención que en los años en que afectó la pandemia por covid-19 no incrementaron las cifras de muertes por suicidio en el estado, aunque: «En México, durante los primeros días de confinamiento, hubo un aumento del 55 % en las llamadas por depresión profunda o tendencia suicida» (Hernández Ruiz, 2021b: 160). Este aumento de las llamadas se debió a que el aislamiento trajo consigo la destrucción de rutinas y convivencia diaria forzada en espacios reducidos, en ocasiones con personas indeseables, situaciones que generaron emociones complejas en las personas, como miedo. Sin embargo, necesitaríamos revisar distintos elementos para entender el incremento en las cifras de muertes por suicidio pospandemia.

Municipio de estudio

La selección del lugar obedece a que, durante la preparación de un atlas para el análisis de la incidencia del suicidio en la península de Yucatán, a finales de 2018, Tizimín figuraba entre los municipios con la tasa más elevada de muertes por esta causa entre los 106 del estado (Hernández Ruiz, 2021). En este sentido, llamaba la atención el registro de dos muertes por suicidio en 2017 y dos más en 2018, considerando que Tizimín representaba menos del 10 % del territorio yucateco y su población correspondía al 3.4 % del total del estado (INEGI, 2022b).

Tizimín se encuentra en el noreste del estado de Yucatán, a 160 kilómetros de la ciudad de Mérida, y cuenta con una superficie de 3 746.97 kilómetros cuadrados, lo que representa el 9.46 % del territorio yucateco. Es el municipio más extenso del litoral del Golfo de México, colinda con el estado de Quintana Roo por el este y se encuentra entre los municipios de Temozón, Calotmul, Espita, Sucilá, Panabá y Río Lagartos (Gobierno de México, 2022).

En 2020 Tizimín contaba con 80 672 habitantes, de los cuales el 49.7 % eran hombres (40 054) y el 50.3 %, mujeres (40 618). Para efectos de este estudio, el número de adolescentes de 10 a 14 años era 7 637 y los de 15 a 19 años, 7 677;

constituían el 18.9 % de la población del municipio. Del total de habitantes, el 47.4 % se encontraba en situación de pobreza moderada, mientras que el 24.5 % estaba en situación de extrema pobreza. El nivel de escolaridad de la población de 15 años y más, en el mismo año, era el siguiente: 35.4 % con primaria terminada, 27.7 % con secundaria, 17.3 % con preparatoria o bachillerato, 11.6 % con licenciatura, y la tasa de analfabetismo promedio era del 10.5 %. Del total de las viviendas del municipio, en el 30.3 % la persona de referencia era una mujer, jefa del hogar, mientras que en el 69.7 % el jefe del hogar era un hombre. El 46.5 % de las viviendas particulares habitadas contaba solo con un dormitorio y el 40.9 % con dos (Gobierno de México, 2020).

En cuanto a consumo de drogas e ingesta de alcohol, solo se dispone de información confiable por regiones del estado de Yucatán correspondiente al año 2014. En ese año se reportó que, en la región colindante con el estado de Quintana Roo a la que pertenece Tizimín, las personas de 12 a 65 años que alguna vez habían consumido drogas representan un 6 % de la población, mientras que el porcentaje en todo el estado de Yucatán era del 8.3 %. A nivel del estado, el porcentaje de personas menores de edad que se iniciaban en el consumo era de un 38 %, frente a un 62 % de personas que comenzaban a consumir siendo mayores de edad. Por lo que se refiere a la ingesta de alcohol, el 13.9 % inició el consumo siendo menor de 14 años, mientras que un 31 % comenzó entre los 15 y los 17 años; es decir, un 44.9 % inició en la adolescencia. Asimismo, un 1.4 % de la población menor de edad cumplía con los criterios de dependencia del alcohol, frente a un 8.1 % de mayores de edad (CONEVAL, 2014).

Los datos anteriores respaldan la información obtenida en 2019, en un primer acercamiento al municipio, en relación con el número de muertes por autoeliminación. La trabajadora social de una escuela pública de educación básica comentó que sabía de dos estudiantes que habían intentado la muerte por suicidio y que otros tantos habían presentado ideación suicida. Ella mencionó varias situaciones que atrajeron nuestra atención: 1) ausencia de la figura paterna en algunos hogares, 2) ingesta de bebidas embriagantes y consumo de estupefacientes entre los integrantes de la familia, 3) adolescentes que vivían violencia en casa, con agresiones de tipo psicológico, físico o ambas, 4) familias que habían experimentado el intento de muerte por suicidio de algún integrante o incluso la muerte por suicidio de algún familiar y 5) violencia psicológica en la escuela por parte de compañeros. En aquella ocasión no se pudo realizar un trabajo investigativo formal, lo que obligó a posponerlo hasta 2023.

Consideraciones metodológicas

Como se mencionó al inicio, se optó por un estudio de caso, estrategia metodológica que permite conocer los factores, tanto de riesgo como protectores, que imperan en la vida de los adolescentes. La identificación de los condicionantes que les afectan de manera negativa permite plantear, o por lo menos motivar, algunos cambios, como el fortalecimiento de los agentes protectores, para tratar de disminuir la tasa de muertes por suicidio en el estado de Yucatán. Se optó por un enfoque mixto en atención a los antecedentes y los objetivos del estudio, considerando también el planteamiento de Hamui-Sutton (2013), quien explica que la metodología mixta se orienta en «las consecuencias, en la utilidad de la información y en la adopción de estrategias plurales basadas en prácticas sociales y educativas». De esta manera, la triangulación de los datos cuantitativos y cualitativos (Mertens, 2005, citado en Hernández Sampieri et al., 2006: 755), además de posibilitar la identificación de algunos factores de riesgo que provocan angustia en los adolescentes, también permite estimar la validez cualitativa interna, es decir, las reconstrucciones interpretativas de la realidad ante la imposibilidad de capturar la realidad objetiva (Torres, 2021: 285).

De esta forma, los datos cuantitativos, resultado de la aplicación de una escala tipo Likert, permitieron identificar a los adolescentes en situación de riesgo, es decir, aquellos que obtuvieron valores entre cero y uno en tres de las seis dimensiones de la escala, lo que podría indicar un estilo de vida mórbido, según se explica más adelante. Con estos estudiantes se trabajó en la parte cualitativa de la investigación, con entrevistas semiestructuradas cara a cara, para indagar más sobre los factores de riesgo develados en el primer instrumento, lo que además permitió el análisis de las situaciones particulares para comprender mejor los problemas que enfrentaban en su día a día y que podían dar paso a la ideación suicida. La decisión de la entrevista semiestructurada se tomó considerando el conocimiento del investigador acerca del tema de la pesquisa (Mayan, 2001: 16). La aplicación del instrumento, así como las entrevistas, se llevaron a cabo en la primera quincena de octubre de 2023, en ambos turnos, matutino y vespertino, de las escuelas en las que se trabajó.

La elección de las instituciones educativas de nivel básico (secundaria), así como de los grupos, se hizo por muestreo no probabilístico, por conveniencia (Otzen y Manterola, 2017: 228), ya que la muestra no pretendía ser representativa del universo de los estudiantes adolescentes del lugar (Hernández Sampieri et al., 2006). De este modo, se trabajó con tres instituciones educativas accesibles

que aceptaron participar en el estudio, una de turno matutino y dos de vespertino. En cuanto a los grupos, las autoridades de cada institución abrieron los espacios con un grupo de cada nivel educativo, de primero a tercero.

Ahora bien, en atención a los señalamientos de la OMS (2019) relativos a la comunicación de datos de una persona menor de edad, cuando se encuentre alguna condición que atente contra su integridad física o mental, a una adulta, se siguió el protocolo ético que a continuación se detalla. Primero, se precisa aclarar que este trabajo cuenta con la aprobación de la institución de procedencia de la autora, el Centro Peninsular en Humanidades y Ciencias Sociales (CEPHCIS) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), así como de cada uno de los directores de las escuelas secundarias en las que se trabajó. Es importante resaltar que la aplicación de los instrumentos se realizó con el apoyo y la supervisión de un psicólogo clínico, también egresado de la UNAM con grado de maestría. Asimismo, después de explicar a los estudiantes el tipo de pesquisa que se estaba realizando, se les entregó una carta de consentimiento informado para que la firmaran ellos y sus padres, a través de la cual manifestaban su voluntad de participar en el estudio.

Además, para respetar la privacidad de los adolescentes y salvaguardar su identidad, en este reporte se identifica a cada uno con un número en los datos de la escala de Likert, así como en los resultados de las entrevistas. De igual manera, considerando las relaciones familiares y vecinales del lugar, se omiten los nombres de las instituciones educativas para proteger la identificación de los participantes. Así, en esta investigación nos referimos a la institución educativa matutina como "A" y a las vespertinas como "B" y "C". De igual manera, es menester aclarar que, al final, se compartió la información con los directivos de los planteles y con las trabajadoras sociales en su caso. Se trataron con especial interés las situaciones que demandaban mayor atención debido a factores de riesgo detectados, como problemas de agresión, familias disfuncionales y exposición al consumo de drogas o alcohol.

De este modo, se trabajó con un total de 252 adolescentes. 62 estudiaban en la institución educativa "A" —24 de primer grado, 17 de segundo y 21 de tercero—; 89 en la institución "B" —31 de primero, 31 de segundo y 27 de tercero— y 101 en la institución "C" —41 de primer nivel, 31 de segundo y 29 de tercero—. Es menester aclarar que, al final, se tuvieron que anular tres instrumentos de primer grado, uno de la institución "A" y dos de la institución "C". Esta decisión se tomó considerando que dichos participantes se encontraban en las siguientes circunstancias: no sabían leer y escribir de manera satisfactoria a pesar de que

cursaban el nivel básico (secundaria), dos de ellos tenían el apoyo eventual de un auxiliar académico (sombra) y otro se limitaba a cruzar las opciones al azar en la escala tipo Likert, situaciones que podrían alterar los resultados grupales.

Para la identificación de algunos factores de riesgo se aplicó la “Escala sobre estilo de vida para adolescentes mexicanos”, elaborada por Bazán-Riverón et al. producto de un proyecto de colaboración entre la UNAM y el Instituto Mexicano del Seguro Social (Bazán et al. 2019: 117-118). Se eligió este instrumento ya que fue diseñado específicamente para adolescentes mexicanos, además de que obtuvo una «consistencia interna satisfactoria, tanto de manera global (alfa-Cronbach = 0.75), como en cada una de sus dimensiones (alfa-Cronbach 0.68-0.85)» (2019: 112). El instrumento consta de 40 reactivos tipo Likert de cinco puntos, que van del cero al cuatro, donde el valor medio es de dos. Así, los valores entre cero y uno indican un estilo de vida mórbido —por ejemplo, en la dimensión sobre la alimentación, la ingesta en exceso de calorías, proteínas, grasas, alcohol o drogas o la presencia de violencia—, el valor dos revela un estilo moderadamente saludable, y entre tres y cuatro un estilo de vida saludable. Es importante señalar que la escala consta de seis dimensiones para evaluar el estilo de vida de los participantes. Ya que cada una de ellas tiene diferente número de preguntas, los puntajes totales varían, por lo que los resultados de cada dimensión se presentan en porcentajes para pronta referencia.

La primera dimensión se refiere a la alimentación, consta de 10 reactivos y con ella se trata de identificar el consumo de alimentos saludables y productos chatarra, así como la ingesta de bebidas azucaradas o estimulantes. En la segunda se aborda la actividad física, en cinco reactivos, y a partir de ella se explora el tipo de actividades que realiza cada estudiante, ya sean deportivas o de carácter sedentario. La tercera se refiere al estado emocional, con ocho reactivos enfocados a descubrir el conocimiento de la persona, cómo gestiona las emociones y su nivel de autoestima. En la cuarta se revisan las relaciones sociales en cinco reactivos en los que se enfatiza la interacción familiar, ya que este se considera un pilar importante para la mayoría de los seres humanos, sin dejar de lado a los amigos y la escuela. La quinta se refiere a un problema serio en nuestros días, las toxicomanías o adicciones, que incluyen el consumo de tabaco, alcohol y drogas y se analizan en cuatro reactivos. La sexta consta de ocho reactivos destinados a la salud que abordan la prevención de enfermedades, la salud sexual y la prevención de embarazos. Las dos últimas dimensiones incluyen una nota en la que

se indica a los sustentantes que pueden obviarlas en caso de no haber estado en dichas situaciones.

Las preguntas del instrumento están redactadas de manera clara y accesible para los adolescentes mexicanos, aunque su comprensión depende en gran medida de las habilidades de lectura, así como del estado emocional de la persona que complete el cuestionario. En cada dimensión se encuentran intercaladas preguntas sobre aspectos positivos y negativos, lo que es útil para evitar, tanto como sea posible, que haya cierta tendencia a responder de manera uniforme a cada cuestionamiento.

Los datos que arroja la escala brindan orientación sobre los factores de riesgo, lo que permite el diseño adecuado de estrategias en pro de la salud, de tal modo que los puntajes bajos representan los aspectos a trabajar. Por ejemplo, si hubiera una calificación baja en la primera dimensión, sobre alimentación, entonces se debería trabajar en una alimentación saludable, activación física y consumo de agua. Esta dimensión es importante por la estrecha relación entre los aspectos nutricionales, el estado de ánimo y la actividad física, pues un adolescente con trastornos alimentarios suele presentar estados emocionales negativos, como enojo y estrés, entre otros. Asimismo, la activación física tiene importantes beneficios para la salud del cuerpo y la mente porque reduce síntomas de depresión y ansiedad, por ejemplo. En esta dimensión, en general no se encontraron puntajes bajos en los grupos, lo que sugiere hábitos de alimentación positivos.

Por otra parte, como se mencionó antes, se prefirió la entrevista semiestructurada para determinar los factores que incidieron de manera negativa sobre los estudiantes que presentaban o habían presentado ideación suicida o que habían intentado la muerte por suicidio. Esto porque el discurso concentra la emocionalidad de los sujetos, lo que permite un análisis más completo de las situaciones que les afectan, quiénes lo hacen, por qué y en qué condiciones. Para esta parte de la pesquisa, el criterio de elección de los sustentantes fue quienes obtuvieron valores entre cero y uno en tres de las seis dimensiones principales de la escala, lo que podría indicar un estilo de vida mórbido. Así, se entrevistó a 28 adolescentes, en dos sesiones distintas. Ocho estudiantes de la institución "A" —dos de primer grado, uno de segundo y cinco de tercero—, 13 de la institución "B" —cuatro de primero, cuatro de segundo y cinco de tercero— y siete de la institución "C" —tres del primer nivel, dos del segundo y dos del tercero—.

En esta parte cualitativa del estudio se concedió a cada sujeto un papel activo para fomentar su coparticipación en el proceso de investigación en busca de

mayor riqueza y profundidad de los datos (Corbetta, 2007: 49). Así, en las entrevistas se permitían las pausas necesarias para responder con calma, así como cambios de tema, en consideración a las necesidades de los adolescentes de relajarse, de pensar sus respuestas o de experimentar variaciones emocionales. Es por ello que en las entrevistas semiestructuradas se estableció de antemano el contenido, pero no la forma de las preguntas, por lo que en muchas ocasiones se le dio a la persona entrevistada la libertad de profundizar en algún tema. En este tipo de entrevista, quien la lleva a cabo desempeña una función de control «limitando las divagaciones excesivas, procurando que la entrevista no se desvíe hacia cuestiones que no guardan conexión con el tema estudiado» (Corbetta, 2007: 354-355). Esta libertad que se otorga a la persona entrevistada contempla también, por lo tanto, que la duración de las entrevistas no se fije de antemano, sino que dependa de ella. En esta investigación, lo anterior se reflejó en la duración variada de las entrevistas, pues unas duraron pocos minutos, mientras que en otros casos se requirió una segunda sesión para ahondar en algunos factores de riesgo y protección relevantes.

La información se recogió mediante notas que después se completaron en gabinete. En lo referente al análisis de esa información, se enfatiza que en la investigación cualitativa la persona que investiga realiza su propia categorización y determina la relevancia e interconexión entre todos los datos (Hernández Sampieri et al., 2006: 527, 622-623). De esta forma, los datos cuantitativos obtenidos de la escala se utilizaron para aplicar las entrevistas y así triangular la información, con lo que se pudieron comprobar casos de adolescentes en alguna situación de riesgo factible y descartar otros al recoger e interpretar la información.

Resultados y consideraciones generales

Al término de la pesquisa se entregó a cada director un documento engargolado con los resultados obtenidos en los grupos con los que se trabajó en la institución a su cargo. El análisis cuantitativo incluyó la representación porcentual de cada una de las seis dimensiones para ilustrar a los directivos el estado de estas en cada grupo, lo que les permitiría tomar acciones pertinentes para cada caso de acuerdo con los recursos humanos a su disposición, como especialistas en psicología, en trabajo social, o personal del programa Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) que existe en todos los estados del país.

Los reportes entregados se organizaron en 21 gráficas, siete por cada nivel de estudios (de primero a tercero). Las primeras seis se relacionaban con cada una de las dimensiones incluidas en la "Escala sobre estilo de vida para adolescentes mexicanos"; ya que la información era para uso institucional, se mostraba la siguiente información: los nombres de los participantes para facilitar el trabajo interno de los especialistas en psicología y trabajo social en aquellas instituciones educativas donde contaban con personal calificado; el puntaje obtenido en cada caso; una línea para dividir el estilo de vida mórbido del saludable, y, bajo la gráfica, la información de la media del grupo. En la séptima gráfica, derivada de la diferencia en el número de reactivos en cada sección y para mostrar el estado —promedio— del grupo, los resultados de las seis dimensiones se transformaron en porcentajes con el objetivo de visibilizar las áreas en las que era necesario trabajar con los escolares, es decir, las que presentaban puntajes más bajos. A las 21 gráficas les seguía una tabla, a modo de registro de algunos factores de riesgo identificados a partir de las entrevistas a los adolescentes que presentaron puntajes bajos. Al pie de la tabla se incluía un resumen de los resultados.

En este texto se presenta una tabla en la que se concentra el promedio de los resultados de los tres grupos de cada institución en cada una de las seis dimensiones, lo que permite identificar con claridad aquellas en las que se debe poner especial atención en cada escuela. Además, en la última fila se presenta el promedio de las tres instituciones en cada dimensión. De este modo, se puede apreciar que la secundaria "A" debe trabajar con los adolescentes en cuestiones relacionadas con la alimentación, la actividad física, el estado emocional y la salud —prevención de enfermedades, salud sexual y prevención de embarazo—; la secundaria "B" tendría que hacerlo con el estado emocional y la salud —prevención de enfermedades, salud sexual y prevención de embarazo—, mientras que la secundaria "C" debería hacerlo con la actividad física, el estado emocional y la salud —prevención de enfermedades, salud sexual y prevención de embarazo—. O, si se prefiere, a partir del promedio de las tres instituciones en cada dimensión, todas tendrían que poner especial énfasis y trabajar, primero, en la salud —prevención de enfermedades, salud sexual y prevención de embarazo—, y seguidamente en el estado emocional y la actividad física.

En cuanto a las entrevistas semiestructuradas, en la institución "A" se entrevistó a ocho adolescentes —una de 12 años, cuatro de 13, una de 14, uno de 15 y una más de 17—. Seis de ellos vivían con uno o ninguno de los padres, lo que equivalía al 75 %. Además, una de ellas presentaba problemas de drogas

en su entorno y otra tenía problemas de alcohol y drogas en su hogar, además de que había sufrido abuso sexual. Para esta última y dos participantes más se sugirió apoyo psicológico; una en particular se consideró que se encontraba en una situación de vulnerabilidad por la reciente muerte por suicidio de uno de sus familiares.

Tabla 1. Promedio de los resultados de los tres grupos de cada institución

	Alimentación	Actividad física	Estado emocional	Relaciones sociales	Toxicomanías	Salud
Secundaria "A"	59.3	53.3	46	70	87.6	39.6
Secundaria "B"	62.6	60	42.6	72	94	36.3
Secundaria "C"	63	56.6	49	73.3	92	40
Total	61.6	56.6	45.8	71.7	91.2	38.6

Fuente: elaboración propia con los resultados de la escala de Likert.

En la institución "B" se entrevistó a 13 estudiantes —una de 12 años, ocho de 13, dos de 14 y dos de 15—. Ocho vivían con uno o ninguno de los padres, lo que equivalía al 61.53 %. Dos tenían problemas de alcohol en sus hogares, una de ellas también de drogas y otra había sufrido abuso sexual por parte de un familiar cercano. Para esta última se sugirió apoyo psicológico, así como para otras dos estudiantes, una cuyo estado emocional la colocaba en situación de vulnerabilidad por problemas no resueltos.

En la institución "C" se entrevistó a siete adolescentes —tres de 12 años, una de 13, dos de 14 y una de 15—. Cuatro vivían con uno o ninguno de los padres, lo que equivalía al 57.1 %. Dos de ellas tenían problemas de alcohol en sus hogares y una también de drogas en el caso de uno de sus familiares. Para esta última se sugirió apoyo psicológico a fin de que recibiera ayuda para manejar la situación en su hogar.

Ahora bien, de acuerdo con Mayring (2000), uno de los pasos más importantes que se debe seguir en el análisis de contenido es la definición de las unidades de estudio, lo que Hernández Sampieri (1994) denomina temas. En este caso, la información obtenida de los puntajes bajos en cada una de las seis dimensiones de la escala de Likert, complementados con las respuestas obtenidas en las entrevistas semiestructuradas, mostraron como unidades de análisis los factores de riesgo detectados en los adolescentes. El análisis de contenido reveló que dichos factores coinciden con la mayoría de los encontrados por Delgado y Ballesteros (2022) en adolescentes latinoamericanos y del Caribe.

Posteriormente, a la luz de los tres tipos de factores relacionados con la idea-ción suicida, de acuerdo con los estudios realizados por los autores arriba cita-dos, discutimos los hallazgos en los estudiantes adolescentes de Tizimín, lo que nos permitió identificar a la población con un alto riesgo de muerte por suicidio. En cuanto al primer tipo de factores, los individuales, los resultados de la escala de Likert revelaron un porcentaje menor al 50 % en cuanto a inteligencia emocio-nal, lo que sugiere poca habilidad en la identificación, comprensión y gestión de las emociones propias y las de los demás.

En cuanto a los factores sociales, de los 28 estudiantes entrevistados, dos del sexo femenino reportaron abuso sexual por parte de un integrante de su familia. La situación en ambos casos estaba relacionada con otro factor de orden social, los problemas económicos, que obligaban a las madres a trabajar, por lo que dejaban a las adolescentes sin vigilancia en casa. Este problema a su vez estaba relacionado con otro factor de tipo interpersonal, la ausencia del padre.

En cuanto a los factores interpersonales, 18 de los 28 estudiantes entrevistados vivían con uno o ninguno de los padres, por lo que el cuidado y la responsabi-lidad de los hijos recaía en las madres o, en ausencia de ambos padres, en los abuelos o tíos. Los dos casos de abuso sexual sucedieron en condiciones de esa naturaleza. En uno de ellos, el de una estudiante de 15 años, su madre trabajaba para sostener a la familia y dejaba a los hijos al cuidado de un sobrino de 18 años. La otra adolescente, de 13 años, se encontraba bajo la custodia de los abuelos, quienes no pudieron prever la situación. También en esta misma categoría se en-contraron estudiantes que habían sufrido acoso escolar, tres que tenían proble-mas de consumo de drogas en su entorno, y cinco más que padecían la ingesta de alcohol y el consumo de drogas de algunos de sus familiares y que incluso en ocasiones habían terminado golpeados. Otro estudiante sufrió la muerte por suicidio de un familiar cercano, situación que no había podido procesar. También destacó en este rubro el poco apoyo familiar, escolar y de las instituciones de sa-lud, esto derivado del desconocimiento y de la poca importancia que daban los sustentantes que tenían una vida sexual activa, algunos de entre 12 y 14 años de edad, al control natal, a la transmisión de enfermedades de tipo sexual, así como a la elección ocasional de parejas sexuales.

Otro factor de riesgo que pone a los participantes en situación vulnerable den-tro de su espacio social es la droga, incluso la presencia, el consumo o la venta de drogas dentro de la institución educativa. Una de las estudiantes aclaró que terminó la relación con su novio de 13 años porque la maltrataba mucho y le aterrorizaba el hecho de que, además de vender drogas, portaba un arma de

fuego, la cual ella tuvo que ocultar en su bolsa en una ocasión para librarlo de un problema. También se encontró la presencia de *cutting*, principalmente entre las participantes.

Ahora bien, ante los factores de riesgo encontrados se podría pensar que la mayoría de los estudiantes entrevistados presentaba ideación suicida. La pregunta sería: ¿por qué en algunos casos se sugiere el apoyo de un profesional (en psicología o trabajo social, por señalar algunos) y en otros no? Para responder a ello se retoma la postura de algunos de los teóricos mencionados al inicio del texto. Así, de acuerdo con Durkheim, la consciencia individual está determinada por la sociedad y, según Baquedano, el suicidio y la ideación son asuntos existenciales; sin embargo, recuperando la última parte de sus posturas y a partir de las entrevistas realizadas a los adolescentes, se confirma que su personalidad, modo de ser y actitudes ante las instancias de placer y displacer tienen mucho que ver en su forma de afrontar la vida y de reaccionar ante las situaciones que se les presentan.

Por otro lado, el análisis no estaría completo si no se mencionaran algunos factores (sociales) protectores identificados. Para ello, se incorporan algunas reflexiones personales por considerarlas fundamentales para perfilar, *grosso modo*, el ambiente de los adolescentes del lugar. Primero, se aborda el cuidado e interés que brindan algunas instituciones, como la familia, la escuela y el gobierno, y más adelante se presenta el entorno educativo cotidiano en las escuelas públicas visitadas.

Destacan la atención y el esmero del personal de algunas instituciones, además de la preocupación que mostraban muchos de los padres de familia o familiares por la educación de los adolescentes, ya que a la entrada de las escuelas (en ambos turnos) se veían padres y madres pedaleando en una bicicleta o conduciendo una moto para llevar a los hijos a la institución. Con ello evitaban la exposición de los hijos e hijas a la violencia y minimizaban su exposición al consumo de drogas y de alcohol. Al parecer, tanto las autoridades educativas como las gubernamentales compartían la inquietud, ya que todos los días el gobierno municipal enviaba una o dos patrullas para cerrar la calle en los momentos de ingreso y egreso de los escolares. Con esto se trataba de prevenir accidentes y la venta de estupefacientes en entornos muy cercanos a la institución educativa. Otro factor interpersonal protector observado fue el apoyo de personas significativas como docentes, directivos y personal de apoyo, pues cuando se impartió el taller «Adicciones e inteligencia emocional» a siete grupos, varios de los docentes es-

tuvieron atentos, participando y tomando notas, lo cual puede denotar el interés de los profesores por el tema y su real o potencial apoyo a los adolescentes.

Sobre el trabajo en el aula, es menester señalar que el esfuerzo del personal docente, así como del alumnado, puede verse mermado por las condiciones en las que se da el proceso enseñanza-aprendizaje. Encontramos grupos vespertinos de 50 estudiantes que trabajaban a 36 grados centígrados, con sensación térmica de más de 40, con tan solo dos abanicos (ventiladores) que parecían mover el vapor de un lado a otro del aula. Y, más importante aún, en atención a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada en 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la cual reza: «'No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera': Igualdad y no discriminación como horizonte del desarrollo y del bienestar inclusivo para México» (CONAPRED, 2019), los docentes tienen que trabajar con todos los pupilos en el salón. Encontramos estudiantes con problemas visuales y auditivos con los que el profesor podía trabajar de manera cotidiana; sin embargo, también encontramos un muchacho con síndrome de Asperger y dos con autismo, condiciones que demandan mucho más trabajo y habilidades del docente, considerando que tiene que atender a todo el alumnado y no siempre cuenta con un apoyo (sombra).

Por último, es de resaltar que, al triangular los datos cuantitativos con los cualitativos, se pudieron soportar conceptualmente entre sí, pues hubo correlación entre la información aportada por el instrumento cuantitativo de la escala Likert y la proporcionada por las entrevistas semiestructuradas (Hernández Sampieri et al. 2006: 666).

Adicciones e inteligencia emocional

Estudiar la muerte por suicidio presenta varios desafíos y, aún hoy en día, uno de los principales es la cuestión del tabú. El simple hecho de nombrar la palabra «suicidio» está vetado en algunas instituciones educativas del lugar. Un director de escuela de manera expresa señaló que no quería que se hablara del tema con padres de familia, profesores o estudiantes. Se entienden tanto la carga que conlleva el concepto, como los prejuicios sociales, valores morales o incluso supersticiones, como se ha visto en otros artículos publicados con anterioridad (Hernández Ruiz, 2014); sin embargo, en varios espacios académicos se ha argumentado la importancia de abordar el tema de manera clara y frontal, en lugar de

ignorarlos. Como si el hecho de la sola mención lo fuera a provocar o, en el caso contrario, como si no mencionarlo evitara el acto.

Una dificultad mayor se presenta al tratar de obtener una visión panorámica del objeto de estudio. Se acota el análisis de la muerte por suicidio al tratarlo como «el» problema, en lugar de revisar la suma de varios problemas que lo pueden originar, pues en general existe una tendencia a enfocarse en los factores de riesgo, obviando o disminuyendo la importancia de la detección y promoción de los factores protectores. Es decir, se tiende a no trabajar en las áreas de oportunidad hasta lograr que el individuo resuelva sus problemas, en lugar de que tenga que sobrellevarlos o repetir las conductas que lo han conducido a una situación de vida mórbida.

Entonces, la detección y el análisis de necesidades de los estudiantes, aunados a la preocupación del profesorado de las escuelas públicas en las que se trabajó y con la intención de motivar algunos cambios en pro del bienestar del personal —estudiantil y educativo— del lugar, se diseñó un taller. Aunque parezca extraño, muchos adolescentes consideraban solo la ingesta de alcohol o consumo de drogas como adicciones, cuando en realidad se sabe que hay diversos tipos de adicciones. Por otra parte, entre la mayoría de los educandos de las tres instituciones se detectaron puntajes por debajo de la media en cuanto a autoestima, así como en la identificación, comprensión y gestión de sus emociones.

Después de revisar el contenido del taller «Adicciones e inteligencia emocional», la directora de una de las instituciones solicitó que se impartiera en siete grupos de la escuela cuya dirección tenía a cargo. Atrajo nuestra atención el hecho de que los docentes se quedaran en el salón de clase durante la exposición (60 minutos), tomaran notas y al final celebraran el evento, argumentando que los muchachos y muchachas carecían de orientación de ese tipo. Al término del trabajo, la directora quedó complacida, compartió los comentarios de los profesores con nosotros y nos invitó a continuar el trabajo.

Así, al haber logrado los objetivos propuestos al inicio del trabajo, restaría que los resultados de esta pesquisa convoquen a las autoridades e instituciones involucradas en la atención y apoyo a los grupos vulnerables y les animen a buscar estrategias de intervención. Un paso importante sería integrar personal calificado —especialistas en psicología y trabajo social— en todas las instituciones educativas, ya que la salud mental es un factor importante para lograr un estilo de vida saludable, además de ser uno de los derechos humanos fundamentales.

Bibliografía citada

- Baquadano López, Gaspar. (2008). La incidencia del suicidio en los jóvenes yucatecos. *Revista Sentido Humano*, 9, pp. 12-15.
- Bazán-Riverón, Georgina, Osorio-Guzmán, Maricela, Torres-Velázquez, Laura, Rodríguez-Martínez, Jorge y Ocampo-Jasso, José Antonio. (2019). Validación de una escala sobre estilo de vida para adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Pediatría*, 86, pp. 112-118.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2014). Encuesta estatal de adicciones Yucatán 2014. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/sitios/RIEF/Documents/yucatan-estudioadicciones-2014.pdf> (consulta: 11/08/2024).
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). (2019). «'No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera': Igualdad y no discriminación como horizonte del desarrollo y del bienestar inclusivo para México». Disponible en https://www.cepal.org/sites/default/files/news/files/mesa_de_dialogo_conapred_cepal_17oct_notaconceptual_161019_0.pdf (consulta: 4/03/2024).
- Corbetta, Piergiorgio. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Coronado-Santos, Soledad, Díaz Cervera, Ileana, Vargas Ancona, Lizardo, Rosado Franco, Arsenio, Zapata Peraza, Alicia y Díaz Talavera, Silvia. (2004). Prevalencia del intento de suicidio en el Servicio de Urgencias del Hospital General 'Dr. Agustín O'Horán', de enero de 1998 a diciembre de 2003. *Revista Biomédica*, 15(4), pp. 207-213.
- Delgado, Angela G. C., y Ballesteros-Cabrera, María del Pilar. (2022). Ideación suicida en adolescentes y adultos jóvenes de América Latina y el Caribe: Scoping review. *Revista de Salud Pública*, 24(6), pp. 1-7, doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n6.105615>
- Durkheim, Emile. (1983). *El suicidio*. México: Universidad Nacional Autónoma de México (Nuestros Clásicos 39).
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *Características ¿Qué cambios y conductas son esperables en la Adolescencia?* Montevideo: UNICEF. Disponible en <https://www.unicef.org/uruguay/media/5416/file/Ficha%20%20-%20Caracter%20%20de%20la%20adolescencia.pdf> (consulta: 31/07/2024).
- Freud, Sigmund. (1973). *Obras completas*, t. II, Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gobierno de México. (2020). Data México. Tizimín. Disponible en <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/tizimin?redirect=true> (consulta: 10/08/2024).
- Gobierno de México. (2022). *Enciclopedia de los municipios y delegaciones de México*. México: Gobierno de México. Disponible en <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM31yucatan/index.html> (consulta: 8/06/2022).
- Hamui-Sutton, Alicia. (2013). Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Investigación en Educación Médica*, 2(8), pp. 211-216.
- Hernández Ruiz, Laura (2014). *Percepción y representaciones sociales del suicidio en Chichí Suárez, Yucatán*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Hernández Ruiz, Laura. (2021). *Atlas geográfico y estadístico para el análisis del suicidio en la península de Yucatán, México*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández Ruiz, Laura. (2021b). Covid-19 y las 'Otras Pandemias' del Siglo XXI en América Latina. En Rubén Ruiz Guerra (coord.), *Pandemia Covid-19: lecturas de América Latina* (pp. 147-164). México: Universidad Nacional Autónoma de México (Serie Cartas desde una pandemia).
- Hernández Sampieri, Roberto. (1994). *Metodología de la investigación* (4a ed.). Bogotá: McGraw Hill.
- Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, Pilar. (2006). *Metodología de la investigación* (4a ed.). México: McGraw-Hill.
- INEGI. (2021). Comunicado de prensa núm. 520/21, 8 de septiembre de 2021. Disponible en https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf (consulta: 06/04/2024).
- INEGI. (2022a). Consulta interactiva. Defunciones accidentales y violentas. Por tipo de defunción 2010-2020. Defunciones registradas (mortalidad general). Disponible en <http://www.inegi.org.mx> (consulta: 16/02/2022).
- INEGI. (2022b). Población. Tabulados. Población total por entidad federativa y grupo quinquenal de edad según sexo, serie de años censales de 1990 a 2020 Disponible en <http://www.inegi.org.mx> (consulta: 17/02/2022).
- INEGI. (2024). Defunciones registradas por suicidio por entidad federativa y grupos de edad según sexo, serie anual de 2010 a 2022. Disponible en https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Salud_Mental_06_0ce246dc-784f-4198-807b-4375a1612693 (consulta: 20/03/2024).
- Mayan, María. (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales*. Calgary: Qual Institute Press.
- Mayring, Philipp. (2000). Qualitative content analysis. *Forum: Qualitative Social Research*. 1(2), art. 20, doi: <https://doi.org/10.17169/fqs-1.2.1089>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Directrices para las consideraciones éticas en la planificación y evaluación de estudios de investigación sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Suicidio. Notas descriptivas*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024a). *Salud del adolescente*. Disponible en https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1 (consulta: 01/08/2024).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024b). *World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Ginebra: OMS.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2023). El suicidio aumenta en América mientras disminuye en el resto del mundo. *Noticias ONU*, 23 de febrero de 2023. Disponible en <https://news.un.org/es/story/2023/02/1518852> (consulta: 08/08/2024).
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (s/f). *Data Portal Population Division. Population by age and sex – broad age sexes*. Disponible en <https://population.un.org/dataportal/data/indicators/70/locatins/32,28,44,52,84,60,68,76,92124,136,152,170,188,192>

- 212,214,218,222,308,320,328,332,340,388,484,558,591,600,604,662,780,840,858,862/start/2019/end/2019/table/pivotbysex?df=cb6cbee1-6dd1-4ce6-a517-3b916c18e414 (consulta: 06/08/2024).
- Otzen, Tamara y Manterola, Carlos. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), pp. 227-232, doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Pérez Barrero, Sergio Andrés. (2003). La adolescencia y el comportamiento suicida. *Revista Internacional de Tanatología y Suicidio*, III(3), pp. 48-55.
- Secretaría de Salud. (2023). En un año, brinda sector Salud más de 39 mil atenciones para prevenir el suicidio. Prensa, 16 de septiembre de 2023. Disponible en <https://www.gob.mx/salud/prensa/295-en-un-ano-brinda-sector-salud-mas-de-39-mil-atenciones-para-prevenir-el-suicidio> (consulta: 01/08/2024).
- Secretaría de Salud. (2024) *Programa Nacional para la Prevención del Suicidio PRONAPS*. México: Secretaría de Salud. Disponible en <http://www.consame.salud.gob.mx/pronaps.html> (consulta: 02/08/2024).
- Senado de la República. (2017). Proposición con punto de acuerdo por el que se exhorta respetuosamente al gobernador del estado de Yucatán y a la Secretaría de Salud Federal... Disponible en https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/2/2017-06-21-1/assets/documentos/PA_PAN_Suicidio_Yucatan.pdf (consulta: 02/08/2024).
- Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG). (2024). Tasa de suicidios por cada cien mil habitantes. Disponible en <https://www.snieg.mx/cni/escenario.aspx?idOrden=1.1&ind=6207095900&gen=13092&d=n> (consulta: 01/08/2024).
- Torres, Ángela Esther. (2021). El transitar en la investigación cualitativa: un acercamiento a la triangulación. *Revista Scientific*, 6(20), pp. 275-295, doi: <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2021.6.20.15.275-295>
- Vázquez, Alejandro, Arenas, Paulina, Tejadilla, Diana, y Espinosa, Pamela. (2024). Estructura del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio en México. *Acta Pediátrica de México*, 45(1S), S89-S99.

Cómo citar este artículo:

Hernández Ruiz, Laura. (2024). AFrontera entre la vida y la muerte por suicidio en estudiantes adolescentes del estado de Yucatán. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 19, pp. 1-25, doi: <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2024.v19.727>