



Estrategia de prevención y atención del suicidio en las infancias



Directorio

PRESIDENTA

Nashieli Ramírez Hernández

CONSEJO

José Alfonso Bouzas Ortíz

Manuel Jorge Carreón Perea

Tania Espinosa Sánchez

Aidé García Hernández

Ileana Hidalgo Rioja

Genaro Fausto Lozano Valencia

Genoveva Roldán Dávila

Rosalinda Salinas Durán

SECRETARÍA EJECUTIVA

Nancy Pérez García

VISITADURÍAS GENERALES

Primera Yolanda Ramírez Hernández*

Segunda Iván García Gárate

Tercera Christopher Arpaur Pastrana Cortés

Cuarta María Luisa del Pilar García Hernández

Quinta Nadia Sierra Campos

DIRECCIONES GENERALES

Quejas y Atención Integral

Nuriney Mendoza Aguilar

Jurídica

Yolanda Ramírez Hernández

Administración

Gerardo Sauri Suárez

Delegaciones y Enlace Legislativo

Mauricio Augusto Calcaneo Monts

DIRECCIONES EJECUTIVAS

Educación en Derechos Humanos

Laura Montalvo Díaz

Seguimiento

Alicia Naranjo Silva

Investigación e Información en Derechos Humanos

Domitille Marie Delaplace

Promoción y Agendas en Derechos Humanos

Brisa Maya Solís Ventura

* Persona encargada de despacho.



Estrategia de prevención y atención del suicidio en las infancias



DIRECCIÓN GENERAL: Nashieli Ramírez Hernández.

COORDINACIÓN DE CONTENIDOS: Nuriney Mendoza Aguilar.

INVESTIGACIÓN Y ELABORACIÓN DE CONTENIDOS: Alejandra Ivonne Amador Franco, Karen Ramírez Muñoz, Alberto Mejía Trujillo y Angélica Beatriz Carrillo Duarte.

EQUIPO DE APOYO EN CONTENIDOS: Silvia Giovanna Ugalde Ibarra, Anel Méndez Rufino y Roland Temachtlacuiltzín Martínez Flores.

REVISIÓN DE CONTENIDOS: Margarita Castilla Peón.

EQUIPO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA: Laura Montalvo Díaz, Luis Raúl Gallegos Rubí, Alberto Juan Reséndiz, Carlos Ortega Ortega, Cristal Estrella Villavicencio Salgado, Elia Guadalupe Alcaraz Cienfuegos, Jana Said Almanza Farjat, Javier Medina de la Cruz, Libia Alicia Montes Loyola, Rafael Ugalde Sierra, Sonia Jazmín Vargas Hernández, Ana Karina Coronel Espejel, Cynthia Sierra Ramírez, Luisa Ximena Trejo Lecona, Luz Virginia Herrera Cid, María Magdalena Cobián Colmenares, Martha Patricia Urbietta Ubilla y Luz Mariana Ángeles Polito.

DIRECCIÓN EDITORIAL: Domitille Delaplace.

CUIDADO DE LA EDICIÓN: Karina Rosalía Flores Hernández y Karen Trejo Flores.

CORRECCIÓN DE ESTILO Y REVISIÓN DE PLANAS: Karina Rosalía Flores Hernández, Haidé Méndez Barbosa y Lilia Alejandra Morales Cerda.

DISEÑO Y FORMACIÓN: Ana Lilia González Chávez y Gladys Ivette López Rojas.

FOTOGRAFÍAS: Dirección de Promoción e Información de la Dirección Ejecutiva de Promoción y Agendas en Derechos Humanos.

Primera edición, 2024

D. R. © 2024, Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México.

Av. Universidad 1449, col. Pueblo Axotla,

demarcación territorial Álvaro Obregón, 01030 Ciudad de México.

www.cdhcm.org.mx

Ejemplar de distribución gratuita, prohibida su venta.

Se autoriza la reproducción total o parcial de esta publicación, siempre y cuando se cite la fuente.

Contenido

- Introducción 5
- I. Salud mental en infancias y adolescencias: un derecho humano**..... 11
 - 1. Situación actual de la salud mental de las infancias y adolescencias en México: retos y proyecciones13
 - 2. El derecho a la salud mental y otros derechos relacionados con la protección de las infancias y adolescencias y el acceso a una vida digna.16
 - 3. Marco normativo relacionado con la salud mental de las infancias y adolescencias: ámbito internacional y local.19
- II. Suicidio en infancias y adolescencias: una problemática de atención urgente** 25
 - 1. Definición de *suicidio* y otros conceptos relacionados 28
 - 2. Panorama actual del suicidio en las infancias y adolescencias: ámbito internacional y local 29
 - 3. Factores de riesgo y protección relacionados con el suicidio en infancias y adolescencias.30
 - Factores individuales31
 - Factores familiares 33
 - Factores escolares34
 - Factores sociales 37
 - 4. Señales de alerta y factores precipitantes relacionados con el suicidio.40
- III. Prevención y atención del suicidio en las infancias y adolescencias**41
 - 1. Estándares y políticas públicas dirigidas a la prevención del suicidio a nivel internacional, nacional y local 43
 - 2. Enfoques transversales para la atención y prevención del suicidio entre las infancias. 47
 - Enfoque comunitario48
 - Enfoque de derechos humanos50
 - Enfoque en infancias51
 - Enfoque diferencial y especializado 53
 - Perspectiva de género55
 - Enfoque psicosocial 57



- IV. El cuidado: de lo individual a lo colectivo** 59
 - 1. Concepciones sobre el cuidado 61
 - 2. El cuidado como un derecho humano 66
 - 3. Cuidado y salud mental de las infancias: atender hoy para recibir los beneficios en el mañana 68

- V. Estrategia de prevención y atención del suicidio en la Escuela Primaria General Antonio Rosales: trabajo interinstitucional entre la CDHCM y la Ibero Ciudad de México** 73
 - 1. Metodología de la intervención 75
 - 2. Las premisas de la investigación-acción participativa como método de intervención e investigación social 76
 - 3. Sobre el diagnóstico participativo 80
 - 4. Plan de trabajo 81
 - Personas responsables de cuidado y crianza 81
 - Personal docente y directivo 82
 - Infancias 83
 - 5. Evaluación y supervisión de la Estrategia 84
 - 6. Sistematización y análisis de la información 85
 - 7. ¿Quiénes participaron en la Estrategia? 86

- VI. Hallazgos** 89
 - 1. ¿Qué entendemos por *salud mental*? 92
 - 2. Acercamiento de la comunidad hacia el tema de suicidio 95
 - 3. Factores de riesgo asociados a la salud mental y el suicidio 100
 - 4. Factores de protección asociados a la salud mental y el suicidio 109
 - 5. ¿Qué podemos hacer para cuidar la salud mental? 113

- VII. Otras acciones implementadas en función de las necesidades detectadas en la Estrategia** 123

- VIII. Alcances y limitaciones de la Estrategia** 129

- IX. Conclusiones** 135

- X. Recomendaciones** 143

- Referencias** 151



Introducción





La Organización Panamericana de la Salud (OPS) presentó en 2023 lo que denominó *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud*¹ (en adelante NASMA), la cual se encuentra alineada a los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (conocidos como Agenda 2030), el Plan de acción sobre salud mental 2013-2030 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Política para mejorar la salud mental de la OPS.

En el mencionado informe se plantea que en la región mueren aproximadamente 100 000 personas al año por suicidio,² aspecto que, contrario al objetivo planteado en la Agenda 2030, respecto de la urgencia por establecer acciones encaminadas a la reducción de la tasa mundial de mortalidad por suicidio, ha ido en aumento. En el periodo de 2000 a 2019 la tasa regional de suicidios aumentó en 17%,³ siendo la Región de las Américas la única que mostró un incremento en ese sentido.

Sobre ello, dicho informe refiere que de manera histórica, tanto a nivel mundial como en la Región de las Américas, no han existido políticas públicas en las que se priorice la salud mental; tampoco se han destinado suficientes recursos para su atención y los que existen se han centralizado en los hospitales psiquiátricos, aspectos que se han traducido en el debilitamiento de los sistemas orientados a la atención de la salud mental, en la falla que muestran para contar con una cobertura universal garantizada, así como en la mala calidad y poca accesibilidad de estos servicios por parte de las personas. Todas esas circunstancias condicionan de forma importante la salud mental y el bienestar integral de las poblaciones.

En ese tenor, a pesar de que existe suficiente evidencia científica que indica que aún persisten las grandes brechas en el acceso a la salud mental en la región,⁴ también se muestran los graves, sistémicos y múltiples impactos que tiene la inadecuada atención de ésta, como es el suicidio; lo cierto es que sólo un pequeño porcentaje de la población cuenta con un acceso garantizado a los servicios de salud mental para hacer frente a problemáticas de esta naturaleza. Por lo anterior, la brecha media del tratamiento en las Américas para la atención de cualquier

¹ Organización Panamericana de la Salud, *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud*, Washington, D. C., OPS, 2023.

² *Ibidem*, p. 9.

³ *Idem*.

⁴ *Idem*.



condición de salud mental fue hasta de 75% para 2016; en algunos países incluso se presentó hasta en 90% para la atención de ciertas condiciones, como es el caso de la psicosis.⁵

De esta forma, los impactos generados por la pandemia de COVID-19 delataron de forma dramática las fallas en los sistemas de salud; para la OPS, por los alcances que esto ha tenido en el ámbito de la salud mental, se puede considerar que tales afectaciones *no tienen precedentes*.⁶ En particular, la pandemia agudizó las condiciones de salud mental de las personas que ya vivían con ellas, aumentó la prevalencia de problemáticas y afectó considerablemente a quienes forman parte de grupos de atención prioritaria,⁷ como es el caso de las mujeres, las infancias y adolescencias, entre otros. De la mano de lo anterior, habrá que reconocer que dichos impactos están vinculados con la magnitud que la emergencia sanitaria por COVID-19 mostró en la región, ya que en ésta se dio alrededor de 43% de las muertes de todo el mundo.⁸

Es así como los sistemas de salud mental, que ya contaban con serias deficiencias estructurales, hicieron frente a una emergencia mundial que los desbordó y colocó en una situación de crisis para atender las nuevas y cada vez más crecientes demandas en el ámbito de la salud mental.

Al develarse con tal fuerza las debilidades que históricamente ha enfrentado el sector salud en materia de salud mental y los efectos que esto tuvo en las poblaciones de las Américas, tanto la OPS como la OMS coinciden en hacer un llamado urgente a la acción a los Estados que forman parte de la región, como es el caso de México. No obstante, la OPS reconoce que, frente a la crisis, diversos países de la región lograron impulsar enfoques innovadores para la atención de la salud mental, como es el caso de los servicios en línea y telefónicos que fueron ofrecidos; y si bien dichos esfuerzos resultaron importantes, no son suficientes para atender las nuevas y mayores demandas que enfrenta la región en la materia.⁹

En razón de lo anterior, la OPS presenta 10 recomendaciones a través de la NASMA para que, orientados por la evidencia científica, los países de las Américas puedan trazar rutas de acción sobre salud mental.¹⁰ En la NASMA se especifica que tales recomendaciones no son exhaustivas, pero se priorizan los aspectos más urgentes para esta región. Es así que la Recomendación 7 de la NASMA plantea lo siguiente:

⁵ *Idem*.

⁶ *Idem*.

⁷ La Constitución Política de la Ciudad de México reconoce como *grupos de atención prioritaria* a aquellos que están en alguna situación de desigualdad estructural, los cuales por muchos años han sido discriminados, excluidos y violentados, y aún hoy enfrentan grandes obstáculos para disfrutar de sus derechos y libertades. Se reconocen como grupos de personas que requieren de una atención prioritaria para el pleno ejercicio de sus derechos, por lo menos a los siguientes: mujeres; niñas, niños y adolescentes; personas jóvenes; personas mayores; personas con discapacidad; personas de la diversidad sexual; personas migrantes y sujetas de protección internacional; personas víctimas; personas en situación de calle; personas privadas de la libertad; personas que residen en instituciones de asistencia social; personas afrodescendientes; personas indígenas y minorías religiosas. Véase Constitución Política de la Ciudad de México, publicada en la *Gaceta Oficial de la Ciudad de México* el 5 de febrero de 2017; última reforma el 11 de septiembre de 2024, artículo 11, Ciudad incluyente, a) Grupos de atención prioritaria.

⁸ Organización Panamericana de la Salud, *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud*, op. cit., p. 1.

⁹ Organización Panamericana de la Salud, *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud*, op. cit., p. vii.

¹⁰ *Ibidem*, p. xiii.



Fortalecer la prevención del suicidio. Proporciona orientación concreta sobre estrategias basadas en la evidencia para prevenir el suicidio y sus factores de riesgo mediante la formulación de estrategias nacionales de prevención, la promoción de políticas públicas sobre la reducción de los medios de suicidio y del consumo de alcohol, y el aumento de la capacidad para responder a las lesiones autoinfligidas y el suicidio.¹¹

Hasta ahora, es claro el interés mundial y regional que existe sobre la prevención del suicidio, así como la urgencia que hay en torno al establecimiento de programas, estrategias e intervenciones que promuevan la salud mental, atenúen los factores de riesgo que la afectan y faciliten la prevención del suicidio; ello basado en la evidencia científica y en el reconocimiento inequívoco de que la salud mental es un derecho fundamental que todas las personas deben tener garantizado.

En ese contexto, el presente informe surge también a raíz de lo realizado por la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (CDHCM) en 2023 con la consulta participativa *Violencia entre pares. Opiniones de infancias y adolescencias de primarias y secundarias de la Ciudad de México.*¹² En esta consulta, que constituyó un ejercicio de participación activa y efectiva de las infancias y adolescencias de la Ciudad de México frente a un tema que les afecta de forma directa –como es el caso de la violencia entre pares–, éstas destacaron que uno de los impactos psicosociales más graves generados por ese tipo de violencia es el suicidio.

Aunado a lo anterior, las infancias y adolescencias señalaron, a su vez, como parte de las acciones que podrían impulsarse para atender los efectos de la violencia entre pares el diseño e implementación de estrategias específicas de atención, prevención y seguimiento de temas vinculados con la salud mental y el suicidio, y que estén particularmente dirigidas a las infancias y adolescencias.

En virtud de lo anterior, y reconociendo que el suicidio es una problemática que requiere el trabajo articulado y colegiado de múltiples actores sociales, la CDHCM impulsó la Estrategia de prevención y atención del suicidio en las infancias a través de la Dirección de Atención Psicosocial (DAP), adscrita a la Dirección General de Quejas y Atención Integral (DGQAI), y la Dirección Ejecutiva de Educación en Derechos Humanos (DEEDH), ambas de este organismo, en colaboración con la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México (Ibero Ciudad de México). Con ello, la Comisión reconoció la urgencia de posicionar la salud mental y el suicidio como una agenda prioritaria que compete a múltiples sectores sociales; y se sumó, a través de dicha Estrategia a la realización de acciones que tienen el objetivo de prevenir el suicidio, y brindar información e insumos que contribuyan al análisis e investigación de esta problemática de salud pública que es vigente, cambiante y compleja.

Así, la mencionada Estrategia se realizó con la comunidad escolar de la Escuela Primaria General Antonio Rosales, ubicada en Santa Fe, Ciudad de México. El proceso inició con un diag-

¹¹ *Idem.*

¹² Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, *Violencia entre pares. Opiniones de infancias y adolescencias de primarias y secundarias de la Ciudad de México*, México, CDHCM, 2023, pp. 76, 77 y 82, disponible en <https://piensadh.cdHCM.org.mx/images/2023_reporte_violenciapares.pdf>, página consultada el 18 de octubre de 2024.



nóstico participativo que se efectuó en noviembre de 2023 y concluyó en julio de 2024 con un encuentro comunitario denominado Feria del autocuidado y *buentrato*.

En este informe, además de presentarse el marco teórico sobre el que se fundamenta la Estrategia, se muestra la metodología de intervención que ésta siguió, así como los hallazgos obtenidos a partir del análisis de la información recopilada durante su ejecución. A su vez, se destacan los alcances y las limitaciones que acciones de esta naturaleza pueden tener; y finalmente, derivado de los resultados del trabajo realizado, se presenta una serie de recomendaciones orientadas al cuidado de la salud mental y a la prevención del suicidio en las infancias.

Agradecimientos

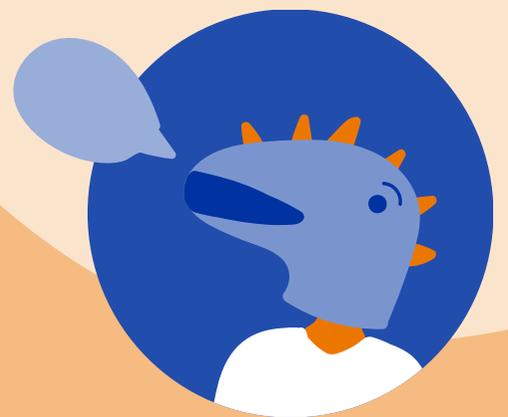
La vinculación interinstitucional de las diferentes áreas de la CDHCM con la Ibero Ciudad de México permitió la suma de esfuerzos para que tal Estrategia se consolidara y lograra los objetivos planteados. En ese sentido, la Comisión agradece el trabajo realizado por la maestra Rocío Cos Garduño, coordinadora del Taller de Integración Universitaria perteneciente a la Coordinación General de Formación y Acción Social; así como a la maestra María José Minakata Quiroga, académica adscrita a dicha Coordinación.

De igual forma, la CDHCM agradece la participación activa de Diana María Rea Ramírez, maestra y directora de la Escuela Primaria General Antonio Rosales, quien desde un primer momento fungió como agente clave para la realización de la presente Estrategia, no sólo porque brindó las facilidades para que esto sucediera, sino también porque su compromiso con la comunidad escolar e interés en la agenda sobre salud mental y prevención del suicidio en las infancias permitió la implementación de una estrategia continuada, no parcializada y apuntada en la sinergia de múltiples actores sociales: infancias, personas responsables de cuidado y crianza, personal docente y directivo, así como las áreas de este organismo y de la Ibero Ciudad de México.

Finalmente, como parte de las acciones impulsadas en esta Estrategia, se destaca la colaboración de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (Conasama) como un organismo que facilitó la capacitación del personal que implementó la Estrategia y habilitó la vinculación directa de la escuela primaria con servicios de salud mental a través de la Unidad de Especialidades Médicas-Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones de San Mateo (Uneme-Cecosama San Mateo), aspecto que permitió la aplicación de un tamizaje a las infancias y su canalización a servicios de salud mental cuando así se consideró necesario. Los detalles con respecto a lo anterior se describen más adelante. En esa línea, la CDHCM agradece el apoyo de la licenciada Soledad Sánchez Marín, responsable del área administrativa de la Uneme-Cecosama San Mateo.



I. Salud mental en infancias y adolescencias: un derecho humano





1. Situación actual de la salud mental de las infancias y adolescencias en México: retos y proyecciones

De acuerdo con la oms¹³ y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef),¹⁴ la salud mental de las infancias y adolescencias es hoy un asunto prioritario de salud pública debido a la alta prevalencia de distintas condiciones de salud mental en ellas, así como por los impactos que de éstas se derivan y que determinan su *calidad de vida*¹⁵ y *bienestar psicosocial*.¹⁶

Derivado de lo anterior y de los estragos que la enfermedad de COVID-19 causó en la salud mental de las infancias y adolescencias, a nivel internacional se ha dado especial atención en la manera en que tanto los factores de riesgo como los de protección presentes en el hogar, la escuela y la comunidad influyen en su salud mental. En este sentido, el énfasis que se ha puesto en el tema tiene como objetivo visibilizar que la salud mental de las infancias y adolescencias es una problemática en reciente aumento que requiere del desarrollo de políticas públicas y la implementación de acciones urgentes que permitan garantizar el derecho a la salud mental de las infancias, así como la protección reforzada de quienes de dicho grupo de población se encuentran en un mayor grado de vulnerabilidad y enfrentan mayores desafíos.¹⁷

A partir de lo señalado, Unicef ha proporcionado orientaciones estratégicas para que el Estado mexicano implemente acciones y destine esfuerzos y recursos al cuidado y protección de la

¹³ Organización Mundial de la Salud, "Salud mental de los adolescentes", 10 de octubre de 2024, disponible en <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>>, página consultada el 29 de agosto de 2024.

¹⁴ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Policy Brief 2: Child and adolescent mental health*, Unicef, 2024.

¹⁵ Grado de satisfacción que una persona obtiene de la vida. Los siguientes elementos son importantes para una buena calidad de vida: gozar de un bienestar emocional, material y físico; sostener relaciones interpersonales; tener oportunidades de desarrollo personal (por ejemplo, habilidad); ejercer los propios derechos y elegir personalmente el estilo de vida que uno quiere llevar, y participar en la sociedad. Véase American Psychological Association, *Diccionario conciso de psicología*, México, Manual Moderno, 2010, p. 152.

¹⁶ Que una persona pueda tener bienestar psicosocial depende del funcionamiento óptimo y positivo de diferentes niveles inter e intraindividuales, así como contextuales. Esta dimensión tiene un impacto directo en la relación que se tiene con uno mismo y con los otros. El bienestar psicosocial permite que las personas cuenten con sentido de dominio sobre sus circunstancias, así como con crecimiento personal; y está vinculado, además, con el juicio afectivo que las personas hacen sobre la satisfacción que tienen respecto de su vida. Véase Richard Burns, "Psychosocial Well-Being", en *Encyclopedia of Geropsychology*, 2017, pp. 1977-1984, disponible en <https://link.springer.com/referenceentry/10.1007/978-981-287-080-3_251-1>, página consultada el 10 de octubre de 2024.

¹⁷ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*, Nueva York, Unicef, 2022, 21 pp.



salud mental de las infancias y adolescencias desde un enfoque integral, haciendo énfasis en la necesidad de asegurar asignaciones presupuestarias para el desarrollo de programas dedicados al cuidado, crianza y salud mental de las infancias, así como para el financiamiento y expansión de servicios de atención primaria para brindar atención psicológica y psiquiátrica especializada a infancias y adolescencias, con el fin de tratar las distintas condiciones de salud mental que presentan y atender las necesidades y características particulares de este grupo de atención prioritaria.¹⁸

A pesar de ello y de los distintos esfuerzos que se han realizado para atender las problemáticas asociadas a la salud mental de las infancias y adolescencias, México aún se encuentra lejos de alcanzar las pautas orientadoras marcadas por Unicef y otros organismos internacionales en esta materia. Recientemente, y en gran medida gracias a la reforma a la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones realizada en 2022, se han comenzado a posicionar los temas de salud mental como un asunto prioritario para el Estado mexicano, que ha reconocido la necesidad de atender las condiciones de salud mental, que se han agravado a partir de la crisis provocada por la COVID-19, con especial énfasis en las mujeres y las infancias y adolescencias.

En este tenor, de acuerdo con Cortés Meda, uno de cada cinco niñas y niños en México tiene alguna condición de salud mental, siendo la depresión, la ansiedad y el trastorno de déficit de atención las que han aumentado su prevalencia entre las infancias y adolescencias del país.¹⁹ En consonancia con lo anterior, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023, el número de niñas, niños y adolescentes de 10 a 19 años que presentaron algún síntoma depresivo aumentó considerablemente, siendo el más frecuente el insomnio y la desregulación del ciclo sueño-vigilia.²⁰ Asimismo, dicha encuesta señaló que 7.6% de la población infantil y adolescente alguna vez pensó en suicidarse, mientras que la prevalencia de intento de suicidio alguna vez en la vida fue de 6.5% en niñas, niños y adolescentes.²¹

A pesar de la alta prevalencia de condiciones de salud mental entre las infancias y de las acciones que se han implementado para atender las necesidades de este grupo de atención prioritaria, es una realidad que aún existen muchas barreras que obstaculizan su acceso a una adecuada atención psicológica y/o psiquiátrica. En ese sentido, de acuerdo con Suárez y Kazdín, las barreras a las que se enfrentan las niñas y los niños para el acceso a una adecuada atención psicológica y/o psiquiátrica incluyen las cuestiones estructurales como el acceso

¹⁸ Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, *La infancia y la adolescencia en el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2021: consideraciones para tomadores de decisión*, México, Unicef, 2022, 45 pp.

¹⁹ Facultad de Medicina de la UNAM, "Foro de preguntas y respuestas: Hablemos ClaraMENTE. Sesión 3. Salud mental en las infancias", 26 de abril de 2022, disponible en <<https://www.youtube.com/watch?v=kUdoTv8vb04>>, página consultada el 29 de agosto de 2024.

²⁰ Instituto Nacional de Salud Pública, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023*, México, INSP, 2023.

²¹ Rosario Valdez Santiago et al., "Conducta suicida en México: análisis comparativo entre población adolescente y adulta", en *Salud Pública de México*, vol. 65, núm. 1, 2023, pp. 110-116, disponible en <<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/doctos/analiticos/15-Conducta-suicida-ENSANUT2022-14815-72580-2-10-20230619.pdf>>, página consultada el 29 de agosto de 2024.



limitado a este tipo de servicios debido a la saturación de éstos; la falta de infraestructura y recursos materiales y humanos para abastecer la demanda de servicios de salud mental, y la centralización de servicios y restricciones para el acceso a servicios de atención primaria.²² Asimismo, existen factores sociales y actitudinales que incluyen procesos de estigmatización asociados a la recepción de atención psicológica y/o psiquiátrica; la falta de información en torno a la salud mental; las distintas condiciones que se pueden presentar y las formas adecuadas de tratarlas, y creencias en torno a las condiciones de salud mental influidas por el contexto cultural.

Es así que, de acuerdo con la reforma a la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones antes mencionada, la atención a la salud mental debe procurar el máximo despliegue de capacidades de todo individuo. Además, los servicios en salud mental deben priorizar una atención comunitaria y participativa que involucre a todos los niveles de atención en nuestro país, lo cual se traduce en el despliegue de acciones de difusión, educativas, preventivas, de detección e intervención que especialmente disminuyan tanto las brechas en salud mental como los estereotipos y la simplificación del tema.²³

Por ello es fundamental considerar que la salud mental de las infancias está en muchos sentidos determinada por el acceso de éstas a una vida digna y a un adecuado desarrollo, por lo que es necesario generar políticas públicas e implementar acciones encaminadas a reducir la desigualdad social y a mejorar la calidad de vida de dicho grupo poblacional. En consonancia con lo anterior, es indispensable que las acciones implementadas tengan un enfoque integral y estén pensadas para incidir en los distintos ámbitos de vida de las infancias, toda vez que, como se ha recalcado, la salud mental se ve determinada por la interacción de cada una de estas esferas.

Finalmente, como parte de los retos que enfrenta México en materia de salud mental, es indispensable dar prioridad al incremento y fortalecimiento de la infraestructura en términos de ésta, así como a la optimización de los recursos dirigidos a la atención de las infancias. En tal sentido, es importante fomentar el desarrollo de acciones dirigidas al cuidado de la salud mental de las infancias y a la prevención de distintas condiciones de salud mental, incluido el suicidio, siendo necesario promover una coordinación eficiente entre los servicios de atención primaria y los diferentes servicios de atención especializada en salud mental para facilitar que reciban atención oportuna y eficiente en caso de presentar alguna condición al respecto.²⁴

²² Karla Suárez y Alán E. Kazdin, "Salud mental infantil y la brecha de tratamiento en México", en *Psicología y Salud*, vol. 33, núm. 1, enero-junio de 2023, pp. 5-18, disponible en <<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2768/4627>>, página consultada el 29 de agosto de 2024.

²³ Secretaría de Salud y Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, *Informe sobre la situación de salud mental y el consumo de sustancias en México 2024*, México, Conasama, 2024, 41 pp.

²⁴ Luisa Lázaro García, "Retos y oportunidades para la salud mental en la infancia y la adolescencia en el siglo XXI", en *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, vol. 40, núm. 3, julio-septiembre de 2023, pp. 1-3, disponible en <<https://www.aepnya.eu/index.php/revistaepnya/article/view/1085/1069>>, página consultada el 10 de octubre de 2024.



2. El derecho a la salud mental y otros derechos relacionados con la protección de las infancias y adolescencias y el acceso a una vida digna

El concepto de *salud mental* no sólo se refiere a la ausencia de una enfermedad; de conformidad con lo establecido por la OMS, es la capacidad del individuo, del grupo y el ambiente de interactuar el uno con el otro de tal forma que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales), y la adquisición de metas individuales y colectivas en forma congruente con la justicia y la preservación de las condiciones de equidad fundamental.²⁵

Durante mucho tiempo la salud mental en México ha sido un tema invisibilizado en la agenda pública y relegado al ámbito biomédico desde una visión limitada que en muchas ocasiones la reduce a la presencia de un conjunto de síntomas o manifestaciones clínicas, minimizando, a partir de ello, las determinantes sociales que inciden en la salud mental de las personas y perpetuando un enfoque predominantemente clínico, el cual deja de lado la relevancia de los vínculos sociales, la inclusión comunitaria, la justicia social, la igualdad de oportunidades y el respeto a los derechos humanos de todas las personas.²⁶

Teniendo esto en cuenta, y considerando el contexto sociopolítico que existe en el país, es que en las últimas décadas se ha transitado del enfoque clínico predominante hacia un enfoque de derechos humanos, reconociendo a la salud mental como un derecho fundamental de todas las personas y propiciando que ésta se convierta y sea entendida más que como un asunto individual, como una cuestión comunitaria frente a la que el Estado tiene obligaciones, siendo éstas reforzadas cuando se trata de un grupo de atención prioritaria como lo son las infancias y adolescencias.²⁷

De esta manera, el reconocimiento de la salud mental como parte intrínseca del derecho a la salud se dio por primera vez en 1966, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), y a partir de ese momento ha sido ratificado en otros instrumentos internacionales. A nivel nacional, el disfrute del nivel más alto de salud física y mental es un derecho reconocido en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el artículo 9º de la Constitución Política de la Ciudad de México y en la Ley General de Salud.

Así, con la creación de dichos instrumentos se reconoce que en términos de salud mental el Estado mexicano está obligado a garantizar, entre otros aspectos, los siguientes derechos:²⁸

²⁵ Organización Mundial de la Salud, *Informe mundial sobre salud mental. Transformar la salud mental para todos. Panorama general*, Ginebra, OMS, 2022, 14 pp.

²⁶ Norma González Benítez et al., *¿Por razón necesaria? Violaciones a los derechos humanos en los servicios de atención a la salud mental en México*, México, Documenta, A. C., 2020, p. 10.

²⁷ *Idem*.

²⁸ Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, "Lo que debes saber sobre... La salud mental es un derecho", en *Ciudad Defensora*, año. 2, núm. 13, 2021, pp. 8-11, disponible en <https://piensadh.cd hdf.org.mx/imagenes/2021_ciudaddefensora13_saludmentalycovid.pdf>, página consultada el 21 de octubre de 2024.



- El respeto, la protección y la promoción del derecho a la salud física y mental, así como sus determinantes sociales, sin discriminación de ningún tipo.
- El acceso a la mejor atención disponible en materia de salud mental como parte de los servicios esenciales que brinda el sistema de asistencia sanitaria y social, desde el respeto a la persona y la protección a toda forma de explotación, maltrato físico o de otra índole.
- El acceso a la información disponible en términos de salud mental y promoción de campañas de difusión sobre ésta desde el enfoque de derechos humanos, así como sobre los servicios de atención existentes.
- La protección frente a los distintos riesgos para la salud mental.
- La construcción de entornos emocionales y psicosociales favorables para las personas que presentan alguna discapacidad psicosocial o condición de salud mental.
- El acceso a un hogar, una vivienda y a condiciones sanitarias básicas que garanticen a las personas una vida digna.

En el caso de las infancias y adolescencias, el derecho a la salud mental está igualmente reconocido en la Convención sobre los derechos de la niña y el niño (CDN)²⁹ como parte del derecho a la salud, el cual establece que tienen derecho a:

- Acceder al más alto grado de atención en salud y salud mental, con énfasis en la atención primaria y el desarrollo de cuidados preventivos.
- Tener acceso a educación sobre salud y salud mental.
- Conocer los principios básicos de la salud e higiene.

De esta manera, teniendo en cuenta lo señalado hasta el momento, es claro que el derecho a la salud mental está en interrelación con otros derechos fundamentales de las infancias, ya que alcanzar un estado de bienestar emocional y psicosocial no es una cuestión aislada e individual, sino que depende de la existencia de un contexto favorable para el desarrollo de las infancias, así como de condiciones de vida que respeten su dignidad y promuevan el respeto a sus derechos.³⁰

Asimismo, el derecho a la salud mental, como parte intrínseca del derecho a la salud, se constituye como un *derecho llave*, es decir, uno a partir del cual se promueven condiciones de posibilidad para el ejercicio de otros derechos. En este sentido, es claro que sin acceso a la salud

²⁹ Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 44/25 del 20 de noviembre de 1989, disponible en <<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>>, página consultada el 10 de octubre de 2024. Para efectos del presente documento y reconociendo la importancia de incorporar un lenguaje incluyente y con perspectiva de género, en el nombre de los tratados en materia de derechos humanos se referirá tanto a niñas como a niños.

³⁰ Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, “Lo que debes saber sobre... La salud mental es un derecho”, *op. cit.*



mental el ejercicio de derechos como a la libertad, a la educación o al trabajo no sería posible, lo cual impacta fuertemente en los distintos ámbitos de la vida y limita el libre desarrollo.³¹

En este tenor, según lo señalado por Unicef, en el caso de niñas y niños el derecho a la salud mental se encuentra relacionado con diversos derechos, entre los que destacan:³²

- El *derecho a la igualdad*, toda vez que la discriminación y la pobreza son dos de los riesgos más importantes para la salud mental de infancias. Así, la falta de igualdad de oportunidades, los prejuicios y la falta de acceso a condiciones de vida justas representan un obstáculo para su desarrollo integral.
- El *derecho a la salud*, ya que la salud mental es un elemento fundamental para una buena salud física y, a su vez, ésta incide positivamente en el bienestar psicológico, destacando para ello la adopción de buenos hábitos de sueño y nutrición adecuada y la realización sostenida de actividad física como condiciones esenciales para la salud mental de las infancias.
- El *derecho a la participación*, que para cada niña y niño es esencial sentirse parte de la comunidad o de los distintos grupos sociales a los que pertenece, así como participar en los procesos de toma de decisiones que se gestan dentro de éstos y que les afectan. Asimismo, es fundamental para las infancias ir adquiriendo responsabilidades dentro de la comunidad debido a que ello fortalece su sentido de pertenencia, favorece su autonomía y permite que forjen un criterio y opinión propios, elementos que son fundamentales para su desarrollo integral y cuya presencia o ausencia incide directamente en su salud mental.
- El *derecho a la protección*, debido a que una buena salud mental requiere que las infancias se desenvuelvan en un entorno protector y seguro, ya que esto les permite desarrollar un sentido de confianza básica que es necesario para que lleven a cabo las distintas actividades de la vida cotidiana, se relacionen con otras personas y logren alcanzar su máximo potencial.
- El *derecho al juego*, toda vez que contar con espacios para el esparcimiento y el tiempo libre es indispensable para la salud mental de las infancias, ya que a través de éstos se refuerza el aprendizaje, se fortalecen los vínculos afectivos y se promueve el desarrollo de la personalidad.

Además de los ya mencionados, es relevante destacar la estrecha relación que existe entre el derecho a la salud mental y el derecho a la educación, debido a que la escuela es uno de los espacios en donde las infancias pasan gran parte de su día a día, constituyéndose como un

³¹ Mónica González Contró, "Presentación", en Rubén Fernando Cano Valle (ed.), *Reconstrucción del sistema nacional de salud en México*, México, IJ-UNAM, 2024.

³² Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Derechos, salud mental y educación: un enfoque para promover la salud mental y psicosocial desde los centros educativos*, Madrid, Unicef, 2021, p. 7.



lugar fundamental para el desarrollo máximo de sus capacidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales.³³

Teniendo en cuenta lo anterior, es claro que la comunidad educativa, principalmente el personal docente, adquiere un rol importante al momento de promover el bienestar emocional en las infancias y de fungir como referente importante que, junto con las personas responsables de su cuidado, a través de una comunicación constante y acciones coordinadas, contribuyen a mitigar los riesgos a los que están expuestas dentro del entorno escolar y que puede impactar negativamente a su salud mental.³⁴

De esta manera, los escenarios educativos promueven la salud mental en la medida en que brindan a las infancias la capacidad de relacionarse con otras personas y les permiten fortalecer su autoestima y desarrollar su sentido de pertenencia y su autonomía. Asimismo, dichos espacios pueden posicionarse como entornos en los que las infancias encuentren apoyo emocional, así como una vía de escape de ambientes domésticos nocivos y adversos.³⁵

Tomando en cuenta lo señalado hasta este punto, es importante que dentro de las acciones y los esfuerzos que se realicen para la promoción y el cuidado de la salud mental en las infancias se reconozca que las escuelas y otros entornos de aprendizaje pueden posicionarse como espacios que, de equiparse adecuadamente, contribuyen de manera activa a la atención de las necesidades de salud mental y bienestar psicosocial de niñas, niños y adolescentes. Desde este lugar, los esfuerzos deben estar dirigidos a la creación de entornos de aprendizaje seguros y propicios que salvaguarden la salud mental de las infancias y donde tanto el alumnado como el personal educativo se sientan incluidos, apoyados y valorados, propiciando con ello el fortalecimiento de la comunidad escolar y la capacidad de respuesta comunitaria frente a distintas situaciones asociadas a la salud mental.³⁶

3. Marco normativo relacionado con la salud mental de las infancias y adolescencias: ámbito internacional y local

La Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce en su artículo 25 que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar”, y establece que, así como las maternidades, las infancias gozarán del “derecho

³³ Ximena Cecilia Macaya Sandoval *et al.*, “Servicios de salud mental en contexto escolar”, en *Revista Humanidades Médicas*, vol. 19, núm. 1, 2019, pp. 47-64, disponible en <<http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v19n1/1727-8120-hmc-19-01-47.pdf>>, página consultada el 22 de agosto de 2024.

³⁴ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Cinco pilares esenciales para promover y proteger la salud mental y el bienestar psicosocial en las escuelas y entornos de aprendizaje. Nota informativa para gobiernos locales*, Nueva York, Unicef, 2022, p. 3.

³⁵ *Idem.*

³⁶ *Idem.*



a cuidados y asistencia especiales”.³⁷ A finales de 1966, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó el PIDESC, que reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y exhorta a los Estados a adoptar las medidas necesarias para fomentar el desarrollo saludable de las infancias y a reducir la mortalidad infantil.³⁸

En lo que se refiere a las infancias y adolescencias, la CDN en su artículo 24, señala explícitamente que tienen el derecho “al disfrute del más alto nivel posible de salud”,³⁹ incluyendo la salud mental. Lo anterior obliga a los Estados a velar por garantizar tal derecho y realizar las acciones apropiadas para reducir la mortalidad en ambos grupos de población.

Por otra parte, en los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental se especifica que “todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental” y que ésta “será parte del sistema de asistencia sanitaria y social”.⁴⁰

Asimismo, existen tres observaciones generales que refuerzan la importancia de garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas y específicamente la de las infancias y adolescencias. A continuación se destacan algunos de los puntos relevantes para el presente informe:

- *Observación General núm. 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.* En este documento se conceptualiza el derecho a la salud como un *derecho llave*⁴¹ debido a que es “fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos” y, al mismo tiempo, su disfrute se encuentra vinculado con el ejercicio de otros, como a la alimentación y a la igualdad y no discriminación. También reconoce que para alcanzar el pleno goce del ejercicio a la salud existen diversos factores socioeconómicos de una naturaleza compleja y que “el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”.⁴²

³⁷ Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948, artículo 25, disponible en <https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf>, página consultada el 29 de agosto de 2024.

³⁸ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 2200 A (XXI) del 16 de diciembre de 1966, artículo 12, disponible en <https://www.ohchr.org/sites/default/files/ceschr_SP.pdf>, página consultada el 30 de agosto de 2024.

³⁹ Convención sobre los derechos de la niña y el niño, artículo 24.

⁴⁰ Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991, principio 1, disponible en <<http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/OTROS%2014.pdf>>, página consultada el 30 de agosto de 2024.

⁴¹ Sandra Serrano y Daniel Vázquez, *Los derechos en acción. Obligaciones y principios de derechos humanos*, México, Flacso México, 2013, 45 pp.

⁴² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General núm. 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, E/C.12/2000/4, aprobada en el 22° periodo de sesiones, 11 de agosto de 2000, párr. 8.



- *Observación General núm. 4 (2003). La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño.* En este instrumento se realiza una serie de especificaciones en torno al ejercicio del derecho a la salud de las adolescencias. El Comité de los Derechos del Niño (CRC, por sus siglas en inglés) explicita que este grupo de población se encuentra en un mayor grado de vulnerabilidad debido a la posibilidad de sufrir coerción por parte de su contexto social para realizar acciones con la posibilidad de afectar su salud de forma negativa; por lo tanto, hace hincapié en la necesidad de promover ambientes seguros y propicios para la salud de las adolescencias, entre los que se incluye su entorno familiar, escolar y comunitario. Asimismo, el CRC exhorta a los Estados a la formulación de políticas públicas y programas específicos para las adolescencias y resalta las obligaciones que tienen de proporcionar servicios adecuados ante la alta tasa de suicidios en este grupo poblacional; así como a “aplicar medidas para la prevención de las perturbaciones mentales y la promoción de la salud mental en los adolescentes”.⁴³
- *La Observación General núm. 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24).* Señala que, además de la prevención, atención y promoción, el derecho a la salud incluye “el derecho del niño a crecer y desarrollarse al máximo de sus posibilidades y vivir en condiciones que le permitan disfrutar del más alto nivel posible de salud, mediante la ejecución de programas centrados en los factores subyacentes que determinan la salud”.⁴⁴ Se reafirma la importancia de la no discriminación, la igualdad de género y la inclusión de iniciativas comunitarias durante la atención a la salud de estos grupos de población. Específicamente, en torno a la salud mental, en el documento se especifica la importancia de atender las problemáticas estructurales para garantizar la salud mental de niñas, niños y adolescentes, alentando a los Estados con el fin de que la prevención y atención de la salud mental se realice mediante intervenciones integrales en las que se coordine al sector social y de salud, ampliando las acciones “mediante toda una gama de políticas y programas sectoriales, en particular en materia de salud, educación y protección (justicia penal), con participación de las familias y las comunidades”.⁴⁵
- *La Observación General núm. 20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia.* Emitida por el Comité en 2016, señala que una población de especial atención para las políticas de salud mental son las y los adolescentes gays, lesbianas, bisexuales, transgénero e intersexuales, en tanto que las experiencias de discriminación asociadas a su identidad sexual y de género se relacionan con mayores tasas de depresión y suicidio.⁴⁶ De igual manera advierte sobre el mismo fenómeno en adoles-

⁴³ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 4 (2003). La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, CRC/GC/2003/4, aprobada en el 33° periodo de sesiones, 1 de julio de 2003, párr. 39.

⁴⁴ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), CRC/C/GC/15, aprobada en el 62° periodo de sesiones, 17 de abril de 2013, párr. 2.

⁴⁵ *Ibidem*, párr. 39.

⁴⁶ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, CRC/C/GC/20, 6 de diciembre de 2016, párr. 33.



cencias indígenas y de comunidades minoritarias (*sic*),⁴⁷ así como sujetos a modalidades alternativas de cuidado.⁴⁸ En adición, esta observación general es clara en señalar que “los problemas de salud mental y psicosociales, como el suicidio, las autolesiones, los trastornos alimentarios y la depresión, son las causas principales de mala salud, morbilidad y mortalidad entre adolescentes, en particular entre aquellos que pertenecen a grupos vulnerables”.⁴⁹

Por otra parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) reconoce en el artículo 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos⁵⁰ que niñas y niños requieren medidas de protección particulares por parte de su familia, la sociedad y el Estado. Además, en 1988 los Estados Parte de la CIDH firmaron el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,⁵¹ en el que se reafirman los cuidados especiales para niñas, niños y adolescentes, y se reconoce el derecho a la salud, incluida la salud mental, para todas las personas, exhortando a los Estados a reconocer tal derecho como un bien público.

En relación con lo anterior, la CIDH⁵² señala que todo sistema estatal encargado de cuidar a niñas, niños y adolescentes y, por lo tanto, las políticas públicas y toda intervención realizada con un enfoque basado en los derechos humanos debe guiarse por los cuatro pilares de la CDN: 1) el derecho al desarrollo integral; 2) el principio de igualdad y no discriminación; 3) el interés superior de niñas, niños y adolescentes, y 4) la necesidad de participación protagónica de niñas, niños y adolescentes en todo tema que sea de su interés. Del mismo modo, la CIDH enfatiza en el hecho de otorgar un papel central a este grupo de población mediante una serie de acciones fundamentales entre las que se encuentran el reconocimiento de que niñas, niños y adolescentes son titulares de derechos; asumir que sus necesidades cambian de acuerdo con su etapa de desarrollo psicológico, edad, madurez y características particulares; la necesidad de alejarse del modelo asistencialista y enfocarse en cambios estructurales, así como reconocer que la protección y garantía de sus derechos es un proceso continuo y no sólo acciones aisladas.⁵³

Sobre esto último, la CIDH es enfática en señalar que comprender la protección como un *continuum* tendrá impactos positivos en todo el ciclo vital de niñas, niños y adolescentes:

⁴⁷ *Ibidem*, párr. 35.

⁴⁸ *Ibidem*, párr. 52.

⁴⁹ *Ibidem*, párr. 58.

⁵⁰ Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José, adoptada y suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, San José, 22 de noviembre de 1969, disponible en <https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf>, página consultada el 30 de agosto de 2024.

⁵¹ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador, adoptado el 17 de noviembre de 1988, disponible en <<https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>>, página consultada el 30 de agosto de 2024.

⁵² Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Hacia la garantía efectiva de los derechos de niñas, niños y adolescentes: Sistemas Nacionales de Protección*, OEA/Ser.L/V/II.166 Doc. 206/17, OEA, 2017.

⁵³ *Idem*.



Incorporar el enfoque de la protección como un *continuum*, permite comprender cómo las primeras experiencias de vida de un niño y niña pueden influir a lo largo de su vida y en su futuro, con incidencia en la salud, la educación, su desarrollo, y el resto de derechos. Este enfoque parte de considerar que un determinado factor en la vida del niño o la niña afecta negativamente el goce de un determinado derecho en el presente y restringe otros en etapas posteriores de la vida del niño y niña; o por el contrario, un determinado factor promueve el goce de un determinado derecho en el presente y propicia el goce de otros en el futuro.⁵⁴

Este enfoque visibiliza también la noción fundamental de que los derechos de las infancias y adolescencias son complementarios y se encuentran interconectados entre sí, derivando en la necesidad de que toda intervención realizada a partir del enfoque de derechos humanos deberá aspirar a tener un logro sistémico, comunitario y de largo alcance.

En cuanto a la jurisprudencia que forma parte del estándar sobre los derechos de las adolescencias, es útil referir la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) en el caso Guzmán Albarracín y otras vs. Ecuador, cuyos hechos versan sobre el suicidio de una adolescente en el contexto de la transgresión a sus derechos a una vida libre de violencia, al ejercicio de su salud sexual y reproductiva, así como a su derecho a la salud, en tanto que la víctima llevó a cabo un suicidio performativo al no encontrar recursos para superar los hechos de violencia que vivía en el ámbito escolar. Al respecto, el peritaje especializado en psiquiatría forense adolescente que se presentó en el caso fue fundamental para establecer la responsabilidad y advertir sobre el impacto que tuvo este hecho y su impunidad a nivel comunitario.⁵⁵

Considerando lo anterior, es necesario revisar brevemente el marco normativo nacional. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4º que toda persona tendrá derecho a la protección de su salud; aunado a ello, señala que toda actuación del Estado deberá velar por el *interés superior del niño*, garantizando los derechos de las infancias y adolescencias.⁵⁶ Por otra parte, en la Ley General de Salud se establece que ésta abarca el bienestar físico y mental, y refiere en su capítulo VII que la salud mental y la prevención de las adicciones son actualmente agendas prioritarias dentro de las políticas de salud. Asimismo, se refiere 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”;⁵⁷ y se enfatiza la importancia de detectar y brindar atención prioritaria

⁵⁴ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Hacia la garantía efectiva de los derechos de niñas, niños y adolescentes: Sistemas Nacionales de Protección*, doc. cit., párr. 358.

⁵⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Guzmán Albarracín y otras vs. Ecuador (Fondo, Reparaciones y Costas)*, Sentencia del 24 de junio de 2020, serie C, núm. 405.

⁵⁶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 5 de febrero de 1917; última reforma publicada el 30 de septiembre de 2024, disponible en <<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>>, página consultada el 10 de octubre de 2024.

⁵⁷ Ley General de Salud, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984; última reforma publicada el 7 de junio de 2024, artículo 73, disponible en <<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>>, página consultada el 30 de agosto de 2024.



relativa a la salud mental de los grupos de atención prioritaria, incluyendo el de niñas, niños y adolescentes.

A nivel local, la Constitución Política de la Ciudad de México reconoce el derecho que tienen todas las personas para acceder al “más alto nivel posible de salud física y mental”, y a niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos.⁵⁸

En ese tenor, el 16 de mayo de 2022 se publicó una reforma a la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones que, de inicio, plantea dichas temáticas como prioritarias para el país, aspecto que no había sido reconocido hasta ese momento.⁵⁹ La citada reforma ha sido incluso reconocida por organismos internacionales como la OPS, dentro de su informe *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas* como un referente a nivel regional. Por otro lado, los aciertos que enfatiza la OMS, por mencionar algunos, son los siguientes: la transición hacia un modelo de salud mental con enfoque comunitario de derechos humanos y género; la integración y priorización de servicios de atención primaria en salud mental –en lugar de aquellos que se centren en la atención en hospitales psiquiátricos–, servicios que deben ser accesibles, de calidad, equitativos y comunitarios.

El nuevo Modelo de Atención a la Salud Mental y Adicciones, propuesto en razón de la reforma, está alineado a los planes de la OMS y la OPS, que señalan la necesidad de incorporar servicios de salud mental desde el primero y hasta el tercer nivel de atención.

Finalmente, a partir de la reforma se puede señalar que la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones, el Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones 2023-2024 y la Política Nacional de Salud Mental se encuentran alineadas a la NASMA –impulsada por la OPS– y se configuran como avances clave en la materia debido a que la propuesta central de estos instrumentos es que todas las políticas públicas, programas, intervenciones o cualquier otra acción en este ámbito parta de un enfoque de salud mental basado en los derechos humanos.⁶⁰

⁵⁸ Constitución Política de la Ciudad de México.

⁵⁹ Comisión de Salud Mental y Adicciones, “Editorial”, en *El Cambio*, núm. 1, julio-diciembre de 2023, pp. 4-5.

⁶⁰ Organización Panamericana de la Salud, “México presenta avances alineados a la Nueva Agenda de Salud Mental para las Américas”, 2 de noviembre de 2023, disponible en <<https://www.paho.org/es/noticias/2-11-2023-mexico-presenta-avances-alineados-nueva-agenda-salud-mental-para-americas>>, página consultada el 30 de agosto de 2024.



II. Suicidio en infancias y adolescencias: una problemática de atención urgente





1. **10** **1000**
 2. **9** **900**
 3. **8** **800**
 4. **7** **700**
 5. **6** **600**
 6. **5** **500**
 7. **4** **400**
 8. **3** **300**
 9. **2** **200**
 10. **1** **100**

11. **10** **1000**
 12. **9** **900**
 13. **8** **800**
 14. **7** **700**
 15. **6** **600**
 16. **5** **500**
 17. **4** **400**
 18. **3** **300**
 19. **2** **200**
 20. **1** **100**

1000
900
800
700
600
500
400
300
200
100

1000 **1000**
900 **900**
800 **800**
700 **700**
600 **600**
500 **500**
400 **400**
300 **300**
200 **200**
100 **100**

La población infantil y adolescente, por sus características físicas, cognitivas, psicoemocionales y sociales, así como por diversos factores estructurales, está expuesta a un mayor grado de vulnerabilidad y a situaciones que tienen el potencial de poner en riesgo su integridad psicofísica y condicionar su desarrollo integral.

Si bien existen múltiples elementos que contribuyen al bienestar y desarrollo de tal población, la salud mental es uno de los más importantes y constituye, además, uno de sus derechos fundamentales.⁶¹ Lo anterior es de suma relevancia debido a que diversas condiciones relacionadas con la salud mental emergen especialmente durante la adolescencia. Al respecto, Unicef⁶² señala que, a nivel mundial, la ansiedad y la depresión son algunas de las causas principales entre la población infantil y adolescente, aunado a vivir con una discapacidad psicosocial,⁶³ que pueden derivar en autolesiones y suicidio entre este grupo poblacional.

Teniendo en cuenta lo anterior, la promoción y protección de la salud mental y la prevención y atención del suicidio y las conductas autolesivas⁶⁴ deben constituirse como un asunto prioritario para las instituciones del Estado y las sociedades en general, ya que sólo de esta manera se puede garantizar el bienestar psicosocial y la calidad de vida de dicha población.

Además, debido a que la salud mental está determinada por factores físicos, psicoemocionales, sociales, económicos, históricos y culturales, y que se ve atravesada e influenciada por los distintos contextos donde las infancias y adolescencias se desenvuelven, es fundamental que las

⁶¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Abordaje integral del suicidio en las adolescencias. Lineamientos para equipos de salud*, Buenos Aires, Unicef, 2021; y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*, op. cit.

⁶² Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, “Más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales”, Nueva York/Ginebra/Florence, 5 de noviembre de 2019, disponible en <<https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/m%C3%A1s-del-20-de-los-adolescentes-de-todo-el-mundo-sufren-trastornos-mentales>>, página consultada el 30 de agosto de 2024.

⁶³ Se refiere a las personas con diagnóstico de trastorno mental que han sufrido los efectos de factores sociales negativos, como el estigma, la discriminación y la exclusión. Las personas que sobrellevan discapacidades psicosociales son, por ejemplo, las que usan o usaron antes los servicios de salud mental, así como quienes se consideran supervivientes de estos servicios o que tienen discapacidad psicosocial. Véase Organización Mundial de la Salud, *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*, Ginebra, OMS, 2013, p. 22.

⁶⁴ La característica esencial de la autolesión no suicida es que el individuo se inflige lesiones superficiales, aunque dolorosas en la superficie de su propio cuerpo de una manera repetida. El objetivo habitualmente es reducir las emociones negativas como la tensión, la ansiedad y el autorreproche, o resolver una dificultad interpersonal. En algunos casos, la lesión se concibe como un autocastigo merecido. El individuo a menudo refiere una sensación de alivio inmediato que tiene lugar durante el proceso. Cuando el comportamiento aparece con frecuencia, puede asociarse con una sensación de urgencia y de ansias, ocasionando un patrón de comportamiento que se asemeja a una adicción. Véase American Psychiatric Association, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 5ª ed., Arlington, Editorial Médica Panamericana, 2014, p. 804.



estrategias que se desarrollen para la atención y promoción de ésta sean integrales y propicie la participación⁶⁵ de las infancias y de las distintas personas que forman parte de su entorno, con el fin de desplegar acciones que garanticen su derecho fundamental a la salud mental.

En este marco, y toda vez que el entorno escolar es un espacio en el que dichas poblaciones transcurren gran parte de su vida, el cual es fundamental para su desarrollo, surge la propuesta de diseñar una estrategia que promueva el reconocimiento del suicidio como una problemática que requiere una atención urgente en particular en caso de las infancias y adolescencias.

1. Definición de suicidio y otros conceptos relacionados

De acuerdo con la OMS, el *suicidio* se describe como el acto deliberado de poner fin a la propia vida y suele ser consecuencia de la interacción de diversos factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales.⁶⁶

Si bien es cierto que las infancias y adolescencias no son grupos homogéneos, en el contexto específico de las niñas, los niños y las y los adolescentes, durante tales etapas del desarrollo el suicidio tiene algunas características particulares. Marzec y otros refieren que eventos y problemas que para una persona adulta parecen irrelevantes, para las infancias y adolescencias pueden constituirse como situaciones que no tienen solución, por lo que, aunado a ello, el suicidio entre estos grupos poblacionales supone un fuerte impacto en las personas allegadas a quien lo comete, así como en las comunidades y sociedades de las que formaban parte.⁶⁷

Asimismo, los suicidios realizados por personas pertenecientes a estos dos grupos de población pueden convertirse en un tema con una carga estigmatizante para las personas cercanas y en un asunto de difícil comprensión para la sociedad. Esto, además de dificultar el acceso a datos estadísticos fehacientes, también invisibiliza dicha problemática como un asunto de interés público, dificultando la creación de políticas y estrategias que lo atiendan.⁶⁸

Previo a describir algunos otros aspectos relevantes sobre la conducta suicida y la salud mental, es necesario brindar algunas definiciones básicas en relación con este tema. En ese tenor, al abordar un fenómeno complejo, como es el caso del suicidio, es fundamental partir de de-

⁶⁵ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Derecho a la participación de niños, niñas y adolescentes*, Santiago, Unicef, 2022.

⁶⁶ Organización Mundial de la Salud, *Prevención del suicidio: un imperativo global*, Washington, D. C., OPS, 2014.

⁶⁷ Pere Castellvi-Obiols y José A. Piqueras, "El suicidio en la adolescencia, un problema de salud que se puede y debe prevenir", en *Revista de Estudios de Juventud*, núm. 121, 2018, pp. 45-59; y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*, op. cit.

⁶⁸ Izabela Marzec et al., "Suicide attempts in children and adolescents-risk factors, methods and management of suicidal patient", en *Pediatrics Polska*, vol. 96, núm. 3, julio de 2021, pp. 190-197; y Organización Panamericana de la Salud, *Prevención del suicidio. Herramientas para la participación comunitaria*, Washington, D. C., OPS, 2021.



finiciones estandarizadas que posibiliten una adecuada recopilación, análisis, interpretación y difusión de resultados.

La *conducta suicida* ha sido considerada una urgencia psiquiátrica, entendiéndose como toda acción que lleva a cabo la persona, la cual se caracteriza por fantasías, deseos e ideas de muerte, pudiendo o no cristalizarse en un acto autodestructivo.⁶⁹ Tal concepto se extiende ampliamente desde la fantasía suicida hasta la decisión firme de morir, el intento frustrado de muerte o el propio suicidio.⁷⁰

Teniendo en cuenta lo anterior, podemos distinguir la *ideación suicida* como el conjunto de pensamientos que las personas presentan relacionados con la posibilidad de terminar con su vida. En este sentido, dichos pensamientos pueden presentarse en distintos grados de intensidad y frecuencia, pudiendo ir desde el sentimiento de cansancio por la vida, creer que no vale la pena vivir o el deseo de no despertar del sueño. Por otro lado, se entiende como *intento suicida* a aquel acto de violencia por parte de la persona dirigido a sí misma con la intención de terminar con la vida, sin que tal acto sea mortal.⁷¹

Así, se parte entonces de que el *fenómeno suicida* es “toda aquella conducta, generalmente consciente, encaminada hacia la autodestrucción”, siendo ésta por la acción u omisión de la propia persona.⁷²

2. Panorama actual del suicidio en las infancias y adolescencias: ámbito internacional y local

Con base en las cifras más recientes de la oms a nivel mundial, Unicef elaboró un análisis sobre el número de suicidios en la población de entre 10 y 19 años de edad durante 2019.⁷³ De acuerdo con esta institución, el suicidio en personas adolescentes es un grave problema de salud pública a nivel mundial, ya que se calcula que 45 800 personas mueren al año por esta causa. Asimismo, en las niñas, los niños y las y los adolescentes de 10 a 19 años es la quinta causa de muerte más frecuente.⁷⁴ Por otro lado, haciendo algunas distinciones por sexo, refiere que entre mujeres de 15 a 19 años el suicidio es la tercera causa más común de muerte, mientras que en hombres de ese mismo grupo de edad se posiciona como la cuarta.⁷⁵

⁶⁹ Tomas Baader et al., “Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento”, en *Revista Médica Clínica Las Condes*, vol. 22, núm. 3, mayo de 2011, pp. 303-309.

⁷⁰ Alejandro Rocamora Bonilla, *Intervención en crisis en las conductas suicidas*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2013.

⁷¹ Gobierno de México et al., *Guía de prevención del suicidio 2022*, México, Segob, 2022, 30 pp.

⁷² Tomas Baader et al., “Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento”, *op. cit.*, pp. 303-309.

⁷³ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*, *op. cit.*

⁷⁴ *Ibidem*, p. 10.

⁷⁵ *Idem*.



Por área geográfica, dentro del análisis previamente citado se refiere que en la región de Europa Oriental y Asia Central el suicidio es la primera causa de muerte entre adolescentes de 15 a 19 años; en América del Norte, Europa Occidental y Asia Meridional es la segunda causa de muerte; mientras que en América Latina y el Caribe el suicidio ocupa la tercera causa de fallecimientos en dicho grupo poblacional.⁷⁶

En el contexto nacional, los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) revelan un aumento progresivo en la tasa de suicidios en México. En 2017, la tasa fue de 5.3 por cada 100 000 habitantes (6 494); no obstante, para 2022 se elevó a 6.3 (8 123), equivalente a 1 629 suicidios adicionales.⁷⁷ En 2021, 717 personas de entre 10 y 17 años perdieron la vida por suicidio, siendo 297 mujeres y 420 hombres, lo que significa cuatro por cada 100 000 integrantes de la población infantil y adolescente a nivel nacional. Al momento de la elaboración del presente informe, datos preliminares publicados por el INEGI referían que en 2023 se registraron 8 837 suicidios; *en el grupo de edad de 10 a 14 años fue la cuarta causa de muerte, con 209 fallecimientos; mientras que entre los 15 y 24 años los fallecimientos por suicidio se posicionaron en tercer lugar, con 2 149 muertes.*⁷⁸

Este escenario resalta la magnitud del problema, observándose un incremento en las tasas, especialmente entre la población de hombres. Asimismo, se subraya de manera tajante la necesidad imperiosa de asignar recursos y programas para abordar y prevenir el suicidio infantil y adolescente. Por sus alcances y características dicho fenómeno social requiere de una atención especializada e integral donde se involucre a diferentes actores sociales para garantizar el bienestar psicosocial de dicha población.⁷⁹

3. Factores de riesgo y protección relacionados con el suicidio en infancias y adolescencias

El fenómeno del suicidio no es un hecho aislado y menos una experiencia de carácter individual, pues confluyen diversos factores de riesgo psicológicos, biológicos, culturales, religiosos, sociales y económicos, por mencionar algunos; al estudiar y analizar dichos factores se puede observar y comprender con mayor claridad la magnitud de dicho fenómeno. En este apartado se realizará un breve recorrido por algunos de los principales factores de riesgo y protección en los ámbitos individual, familiar, escolar y social de las infancias y adolescencias. Cabe señalar

⁷⁶ *Idem.*

⁷⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Comunicado de prensa núm. 542/23, Día mundial para la prevención del suicidio (Datos nacionales), 8 de septiembre de 2023, disponible en <https://www.inegi.org.mx/contenidos/sala-deprensa/aproposito/2023/EAP_Suicidio23.pdf>, página consultada el 20 de agosto de 2024.

⁷⁸ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Comunicado de prensa núm. 478/24, Estadísticas de defunciones registradas (EDR) 2023 (preliminar), 8 de agosto de 2024, disponible en <https://www.inegi.org.mx/contenidos/sala-deprensa/boletines/2024/EDR/EDR2023_ene-dic.pdf>, página consultada el 30 de agosto de 2024.

⁷⁹ Organización Panamericana de la Salud, *Prevención del suicidio. Herramientas para la participación comunitaria*, op. cit.



que si bien se realiza una separación entre cada uno de estos ámbitos con fines didácticos, en la realidad se vinculan de manera compleja, por lo que la afectación de uno de ellos puede generar impactos negativos en los demás.

Factores individuales

Hablar de factores de riesgos individuales es complejo, ya que el suicidio en la población infantil y adolescente está configurado por aspectos que se presentan en distintos niveles y ámbitos. En este sentido, los factores individuales no suelen ser estudiados desde una perspectiva multifactorial, sino desde un enfoque clínico. Ejemplo de ello son los diagnósticos como la depresión y el trastorno de ansiedad, que son considerados como factores que inciden en la conducta suicida. Sin embargo, dichos diagnósticos, al igual que el fenómeno del suicidio, no son de carácter meramente individual, ya que en ellos confluyen diversos elementos como los sociales, históricos, estructurales, entre otros.

De acuerdo con la *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia*, la depresión en personas adolescentes se ha asociado con la conducta suicida, siendo éste el diagnóstico más frecuente.⁸⁰ Asimismo, Vásquez y Quijano señalan que otro diagnóstico que prevalece es el trastorno de ansiedad, ya que los altos niveles de angustia pueden generar que las personas presenten una conducta suicida.⁸¹

La infancia y la adolescencia son etapas de la vida que implican características particulares con respecto a la percepción del mundo y la interacción con el medio y otras personas; así, de acuerdo con Sánchez y Cohen, la población infantil puede presentar emociones como el miedo y la preocupación, que se equiparan a la ansiedad y se caracterizan por ser normales en dicha etapa, ya que éstas pueden preparar a la persona para afrontar situaciones que impliquen peligro o cambios.⁸² Algunos de los miedos y las preocupaciones que se pueden presentar en la población infantil son en torno a “la oscuridad, los ruidos, la presencia de extraños, los monstruos”.⁸³ Con la llegada a la adolescencia los miedos y las preocupaciones pueden cambiar y relacionarse con fenómenos naturales, enfermedades, situaciones en el ámbito escolar o con cambios en su entorno, por mencionar algunos.

Por otra parte, la adolescencia es particularmente una etapa de desarrollo que se caracteriza por cambios biopsicosociales que se acompañan principalmente de estrés; dichos cam-

⁸⁰ Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia, *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización*, España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018.

⁸¹ Rafael Vásquez-Rojas y Margarita Quijano-Serrano, “Cuando el intento de suicidio es cosa de niños”, en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 42, núm. 1, diciembre de 2013, pp. 36-46.

⁸² Petra Sánchez Mascaraque y Daniel S. Cohen, “Ansiedad y depresión en niños y adolescentes”, en *ADOLESCERE. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, vol. 8, núm. 1, enero-febrero de 2020, p. 16.

⁸³ *Idem.*



bios suelen ser corporales, ideológicos y emocionales. Aunado a ello, además del estrés, la población adolescente puede presentar confusión, miedo e incertidumbre ante los cambios, factores que intervienen en la resolución de problemas y la toma de decisiones. Algunos de estos cambios están relacionados con eventos familiares, como la reestructuración familiar ante un divorcio o separación, el cambio de domicilio a una comunidad diferente, el cambio de amistades, las dificultades en el ámbito escolar u otras pérdidas, todo lo cual puede resultar abrumador, apareciendo el suicidio como una solución frente a la experiencia de estrés, dolor y sufrimiento.⁸⁴

Por ejemplo, crecer en una familia con un enfoque estricto, autoritario y reglas inflexibles basadas en patrones culturales, morales o religiosos que resulten dogmáticos puede derivar en la presencia de síntomas de ansiedad y depresión. En esta misma línea, existen casos en los que las infancias y adolescencias son valoradas sólo cuando cumplen con las expectativas de las personas cuidadoras, como obtener buenas calificaciones o desarrollar talentos, promoviendo en éstas la creencia de que el valor personal se encuentra íntimamente ligado a discursos sobre la perfección o la autoexigencia.⁸⁵ Lo anterior afecta de manera sustantiva la salud mental de las infancias y adolescencias, que encontrarán que su sentido de valía está condicionado a su desempeño en ciertos ámbitos, como el escolar.

Asimismo, autores como Ramírez y Salas consideran la relación de la identidad personal con la formación de vínculos entre pares como otro factor de protección.⁸⁶ En la niñez y la adolescencia surge la necesidad de aprobación social, particularmente entre pares, ya que ello influye directamente en una adecuada *autoestima*⁸⁷ y *autoimagen*.⁸⁸ En este sentido, la inclusión en grupos fomenta el desarrollo de habilidades sociales y la resolución de conflictos, posibilitando así la comprensión del rol en la sociedad y la configuración de un proyecto de vida, lo que se encuentra estrechamente relacionado con dar sentido a la identidad.

La no formación de vínculos puede conllevar diversas consecuencias en la población, tales como la vulneración a su integridad física y mental, afectaciones en su identidad, exclusión social, discriminación, entre otras ya mencionadas, así como detonar en que las infancias y adolescencias consideren el suicidio como una solución.

⁸⁴ Wendy Cervantes y Emilia Melo, "El suicidio en los adolescentes: un problema en crecimiento", en *Duazary*, vol. 5, núm. 2, julio-diciembre de 2008, pp. 148-154.

⁸⁵ Eva Marcela Cárdenas et al., *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2010.

⁸⁶ Cynthia Ramírez e Ivonne Salas, *Construcción de identidad en adolescentes con intento de suicidio*, tesis de licenciatura, Santiago, Universidad de Chile, 2013.

⁸⁷ Grado de percepción de cualidades y características. Refleja la autoimagen física de la persona, la visión de sus logros, capacidades y valores, y el éxito que percibe al vivir de acuerdo con ellos, lo mismo que las formas en que los demás perciben y responden a esa persona. Cuanto más positiva sea la percepción acumulada de estas cualidades y características, más elevada será la propia autoestima. Véase American Psychological Association, *Diccionario conciso de psicología*, op. cit., p. 129.

⁸⁸ Visión o concepto de uno mismo. Es un aspecto crucial de la personalidad que puede determinar el éxito de las relaciones y generar una sensación de bienestar general. Una autoimagen negativa suele ser la causa de comportamientos personalmente abusivos, contraproducentes o destructivos. Véase *ibidem*, p. 130.



Por otro lado, a nivel individual, Unicef destaca la importancia de los recursos psicológicos con los que cuentan las infancias y adolescencias, tales como su personalidad, sus herramientas cognitivas, la capacidad de afrontamiento ante situaciones estresantes y sus habilidades para la resolución de problemas.⁸⁹ Aunado a esto, Cervantes y Melo refieren como factores de protección individuales el contar con habilidades sociales que permitan la integración de las infancias y adolescencias a grupos conformados por sus pares; gozar de buena autoestima y autoimagen; disponer de receptividad ante nuevos conocimientos y experiencias, y tener habilidades para solicitar ayuda a personas significativas ante situaciones problemáticas.⁹⁰

Factores familiares

De acuerdo con Páramo y Chávez, el medio familiar puede configurarse como uno de los principales factores que contribuyen a la intención de una persona para quitarse la vida, así como para la realización del acto suicida entre la población infantil y adolescente.⁹¹ Como parte del medio familiar se encuentran las relaciones familiares vinculadas con la comunicación, la afectividad, el parentesco, entre otras; por lo que cuando éstas no son armónicas y, por el contrario, se tornan conflictivas, representan también un elemento de riesgo. Al respecto, Cervantes y Melo señalan que:

La ausencia de calidez familiar, la falta de comunicación con los padres y discordia familiar generan que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes o depresiones.⁹²

Asimismo, es importante mencionar la violencia de la que puede ser víctima la población infantil y adolescente cuando es ejercida por una persona integrante de la familia o por personas responsables de su cuidado y crianza, a través de actos de poder u omisión recurrentes que lesionan su integridad física, psicológica, emocional o sexual.⁹³

Por lo anterior, resulta sustancial considerar las problemáticas y crisis familiares como factores de riesgo importantes para las infancias y adolescencias, ya que existe una correlación entre los intentos suicidas y ambas situaciones, predominando las crisis por desorganización y el deterioro en las relaciones,⁹⁴ en las que la familia no cumple con su función de propiciar un

⁸⁹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Guía de abordaje frente al riesgo suicida en adolescentes para profesionales de la salud del primer nivel de atención*, Montevideo, Unicef, 2023; y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Abordaje integral del suicidio en las adolescencias. Lineamientos para equipos de salud*, op. cit.

⁹⁰ Wendy Cervantes y Emilia Melo, "El suicidio en los adolescentes: un problema en crecimiento", op. cit.

⁹¹ Daniel Páramo Castillo y Ana-María Chávez-Hernández, "Maltrato y suicidio infantil en el estado de Guanajuato", en *Salud Mental*, vol. 30, núm. 3, mayo-junio de 2007, pp. 59-67.

⁹² Wendy Cervantes y Emilia Melo, "El suicidio en los adolescentes: un problema en crecimiento", op. cit., p. 149.

⁹³ María de Montserrat Pérez, "Violencia y maltrato infantil en la familia: una reflexión actual y prospectiva", en Ma. Carmen Macías Vázquez et al. (coords.), *Marco teórico conceptual: violencia contra niños, niñas y adolescentes*, México, IJ-UNAM, 2013, pp. 1-16.

⁹⁴ Martín Nizama Valladolid, "Suicidio", en *Revista Peruana de Epidemiología*, vol. 15, núm. 2, abril de 2011, pp. 81-85.



ambiente seguro para sus integrantes y, por el contrario, se constituye como un medio perjudicial, prevaleciendo las relaciones no armónicas. Algunas de las situaciones que generan tales crisis y deterioro familiar pueden ser las siguientes:⁹⁵

- Ambiente normativo o coercitivo; o permisivo, hostil, incomprensivo e inseguro, donde valores como la verdad, la justicia y el amor pueden ser ridiculizados.
- Abuso del alcohol y/o consumo de sustancias psicoactivas.
- Violencia familiar (física, psicológica, sexual, entre otras).
- Poca o nula comunicación.
- Cambios de domicilio constantes.
- Hacinamiento en el hogar, donde conviven varias generaciones.
- Poca o nula expresión de afecto.

Asimismo, de conformidad con la *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia*, en lo que respecta a la población infantil y adolescente con conducta suicida, factores como vivir distanciada o distanciado de la madre o el padre se encuentran asociados con la prevalencia de dicho fenómeno.⁹⁶

En este ámbito, la calidad de los vínculos entre las personas pertenecientes a la familia, el apoyo y la aceptación entre los integrantes de ésta, así como la recepción de una crianza comprometida y basada en el afecto, la comunicación respetuosa, la disciplina positiva y el establecimiento de entornos seguros, se consolidan como factores de protección de suma importancia para las infancias y adolescencias dentro de su entorno familiar.⁹⁷

Factores escolares

Al igual que el ámbito familiar, el ámbito escolar debería representar un espacio seguro, de desarrollo y socialización para las infancias y adolescencias, ya que es uno de los contextos en los que dicho grupo poblacional concentra la mayor parte de su tiempo y de su vida durante tales etapas del desarrollo. Además, dicho espacio es donde establecen relaciones e interactúan con sus pares, por lo que es uno de los primeros entornos sociales externos con los que tienen contacto.

No obstante, el espacio escolar no está exento de conflictos y crisis, algunos de éstos se derivan de la propia naturaleza del sistema, tales como la “escolarización y asistencia obligatoria, [el] cumplimiento de tareas y normas, [la] convivencia forzada con compañeros (as) no elegidos

⁹⁵ Wendy Cervantes y Emilia Melo, “El suicidio en los adolescentes: un problema en crecimiento”, *op. cit.*

⁹⁶ Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia, *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización, op. cit.*

⁹⁷ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia, op. cit.*; y Wendy Cervantes y Emilia Melo, “El suicidio en los adolescentes: un problema en crecimiento”, *op. cit.*



por uno, [la] aceptación obligada de condiciones de funcionamiento, etc.”.⁹⁸ En la mayoría de los casos estos conflictos tienden a resolverse mediante el empleo de herramientas como el diálogo y la mediación; no obstante, es común observar que también se gestionan a través de respuestas violentas o, en su defecto, mediante acciones que implican la evasión o la omisión frente a la situación conflictiva.⁹⁹

Una problemática que continúa afectando a la población estudiantil infantil y adolescente es la violencia entre pares, también conocida como acoso escolar o *bullying* (en inglés). De acuerdo con Unicef, la violencia entre pares puede ser ejercida de forma verbal, física, psicológica, sexual, relacional, material y por medio del ciberacoso.¹⁰⁰

En lo que respecta a los roles de la violencia entre pares, se puede decir que figuran tres: la persona o personas que ejercen violencia, quienes pueden actuar de manera individual o grupal; la persona víctima y la persona o personas que son testigos o espectadoras, quienes pueden contribuir a detener o prevenir la agresión, animar a que ésta se cometa, u optar por no involucrarse o por el silencio; no obstante, al decidir esto último se permite la perpetuación de las agresiones.¹⁰¹ Asimismo, de acuerdo con García y Cerda, las personas espectadoras en el ámbito escolar también pueden ser el personal docente o las autoridades escolares, así como las personas responsables del cuidado y crianza, debido a que no consideran dicha violencia como un problema grave que debe de atenderse; por el contrario, lo minimizan y creen que puede resolverse entre pares.¹⁰²

Relacionado con esto, Palacio-Chavarriga y otros refieren que la violencia entre pares afecta significativamente los estados emocionales, físicos y mentales, pues el constante rechazo, burla y abandono pueden conllevar a conductas de tristeza profunda expresadas por medio de ansiedad, estrés, miedo y deseos de no continuar asistiendo al espacio escolar.¹⁰³ Asimismo, se puede generar aislamiento y dificultad para habilitar posibles alternativas que den solución al problema, considerando como una opción más extrema el suicidio. Al respecto Unicef, retomando un metaanálisis elaborado por Moore y otros, señala que hay evidencia convincente de “la relación causal entre el acoso y la ansiedad, la depresión, los problemas de salud general y salud mental, la autolesión sin intención de suicidio, los intentos de suicidio y los pensamien-

⁹⁸ Emilio Iguaz de Miguel et al., *La gestión democrática de los centros educativos. Guía para la participación en los consejos escolares*, Sevilla, Junta de Andalucía/Consejería de Educación y Ciencia, 2002, p. 18.

⁹⁹ María Ángeles Hernández e Isabel Solano, “Ciberbullying, un problema de acoso escolar”, en RIED. *Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, vol. 10, núm. 1, 2007, p. 18.

¹⁰⁰ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Bullying en el ambiente escolar: qué es y cómo afrontarlo*, Panamá, Unicef, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2019.

¹⁰¹ María Ángeles Hernández e Isabel Solano, “Ciberbullying, un problema de acoso escolar”, *op. cit.*; y Paula Armero et al., “Acoso escolar”, en *Pediatría Atención Primaria*, vol. 13, núm. 52, octubre-diciembre de 2011, pp. 661-670.

¹⁰² Lourdes García y Beatriz Cerda, *Bullying o acoso escolar*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2011.

¹⁰³ Catalina Palacio-Chavarriga et al., “Sentimientos y pensamientos de jóvenes frente al acoso escolar: el suicidio como una alternativa”, en *Eleuthera*, vol. 21, julio-diciembre de 2019, p. 49.



tos suicidas”.¹⁰⁴ En el mismo sentido, Armero y otros refieren que las personas víctimas de violencia entre pares, principalmente aquellas sobre quienes se ejerció violencia psicológica mediante burlas y exclusión social, y a quienes además no se les ha brindado atención especializada, presentan un riesgo mayor de tener una conducta suicida.¹⁰⁵

Un elemento importante es conocer la opinión que tiene la población infantil y adolescente sobre esta problemática. Al respecto, en un estudio realizado en Montevideo, la población infantil y adolescente participante señaló entre las formas de afrontamiento ante la violencia entre pares el aislarse en clase, así como tener pensamientos suicidas al considerar que no tienen los recursos ni las redes de apoyo suficientes para hacer frente a la situación.¹⁰⁶

En este mismo orden de ideas, otro factor de riesgo para las infancias y adolescencias es el ciberacoso, también conocido como *ciberbullying*. Hernández y Solano refieren que el ciberacoso implica el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) para hostigar con *ensañamiento* de forma repetitiva y hostil, con la intención de causar daño entre pares a través de malos tratos como ridiculizaciones, amenazas, chantajes, discriminaciones, entre otras, todo lo anterior ejercido de manera anónima.¹⁰⁷ Es así que personas agresoras hacen uso del dominio de las TIC para “abrir nuevos cauces de violencia, dando lugar a un nuevo tipo de violencia entre pares: el Cyberbullying”.¹⁰⁸

El ciberacoso consta de conductas violentas que se suscitan en el espacio de las TIC, principalmente en internet (correo electrónico, mensajería instantánea o *chat*, páginas web, *blogs*, redes sociales, entre otros) y el teléfono móvil, ampliando así el alcance y la cantidad de personas espectadoras; además de posibilitar un mayor anonimato y, en consecuencia, generar impunidad para quien ejerce la violencia, lo que le permite la realización de formas más graves de violencia que pueden causar en la víctima “estrés emocional, malestar psicológico, ansiedad, depresión, trastornos del sueño y de alimentación, bajo rendimiento académico, una sensación de mayor vulnerabilidad e incluso ideas suicidas”.¹⁰⁹

Por otra parte, para Unicef el espacio escolar representa un espacio clave donde se fomentan habilidades emocionales y sociales, siendo a la vez una posible plataforma para la integración de diversos actores sociales y para la atención y prevención de problemáticas relacionadas con la salud mental de las infancias y adolescencias. Por lo tanto, la creación de programas multisectoriales de calidad que fomenten habilidades emocionales y sociales dentro del en-

¹⁰⁴ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*, op. cit., p. 82.

¹⁰⁵ Paula Armero et al., “Acoso escolar”, op. cit.

¹⁰⁶ Catalina Palacio-Chavarriga et al., “Sentimientos y pensamientos de jóvenes frente al acoso escolar: el suicidio como una alternativa”, op. cit., p. 43.

¹⁰⁷ María Ángeles Hernández e Isabel Solano, “Ciberbullying, un problema de acoso escolar”, op. cit.

¹⁰⁸ *Ibidem*, p. 23.

¹⁰⁹ Gloria Mancha y Arun Kumar, “Adolescentes víctimas de *bullying* y *ciberbullying* en el Área Metropolitana de Monterrey (AMM)”, en *Diálogos sobre educación. Temas actuales en investigación educativa*, vol. 13, núm. 24, enero-junio de 2022, p. 7.



torno escolar pueden consolidarse como factores de protección que contribuyan a tener un impacto positivo hasta la edad adulta. Como se señaló anteriormente, el que las infancias y adolescencias gocen de vínculos cercanos con sus pares, así como con personas adultas de confianza, tiene un impacto positivo en su salud mental; por lo tanto, en estas etapas de desarrollo, mantener relaciones de calidad y apoyo con sus pares y el personal docente se configura como un factor de protección primordial ante el suicidio.¹¹⁰

Factores sociales

Diversas disciplinas han estudiado los factores de riesgo y protección en torno al suicidio a nivel social. La antropología, por ejemplo, ha correlacionado el suicidio con el impacto del neoliberalismo,¹¹¹ señalando que no es simplemente una expresión aislada del deseo de morir, sino que también refleja un malestar de vivir en determinadas condiciones sociales como la pobreza, el desempleo, la violencia y la desigualdad. Estas condiciones obstaculizan la satisfacción de necesidades básicas como la vivienda, la salud o la alimentación. Además, la cuestión de género atraviesa este modelo económico, ya que los impactos son diferentes en la subjetividad masculina y en la femenina; es decir, la socialización, los roles y las expectativas para hombres y mujeres son diferentes:

Las expectativas, valores, cualidades y roles asumidos y sancionados socialmente inciden en la forma en que se definen y vivencian los problemas vinculados al propio cuerpo, a las relaciones interpersonales y a la búsqueda de apoyo emocional en un contexto determinado.¹¹²

Lo anterior se encuentra sustentado en el sistema patriarcal, que en palabras de Lagarde:

Es un orden social genérico de poder, basado en un modo de dominación cuyo paradigma es el hombre. Este orden asegura la supremacía de los hombres y de lo masculino sobre la inferiorización previa de las mujeres y lo femenino. Es asimismo un orden de dominio de unos hombres sobre otros y de enajenación de las mujeres.¹¹³

En tal sentido y de conformidad con un estudio antropológico realizado en localidades rurales del estado de Chiapas, en México, la violencia ejercida por los hombres hacia las mujeres constituye una de las razones principales para que éstas intenten quitarse la vida. Mientras tanto

¹¹⁰ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*, op. cit.; y Wendy Cervantes y Emilia Melo, "El suicidio en los adolescentes: un problema en crecimiento", op. cit.

¹¹¹ El neoliberalismo es una corriente económica y política asociada al capitalismo. Sostiene que la economía se debe regir por el libre comercio y estar desregulada y privatizada, es decir, con menor intervención de las políticas del Estado. Véase Equipo Editorial Etecé, "Neoliberalismo", 23 de enero de 2023, disponible en <<https://humanidades.com/neoliberalismo/#ixzz8MYN05rw6>>, página consultada el 30 de agosto de 2024.

¹¹² Alejandro Arnaldo Barroso Martínez, "Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica", en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 39, núm. 135, enero-junio de 2019, p. 53.

¹¹³ Marcela Lagarde, *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*, 2ª ed., Madrid, Horas y horas, 1996, p. 52.



los hombres, al asumir los roles tradicionales, experimentan como principales causas de suicidio “las frustraciones y emociones negativas que se derivan de la incapacidad para ocupar cargos más remunerados, los conflictos con los padres por el reparto de la tierra y la falta de dinero para cubrir las necesidades de la familia”.¹¹⁴ Es así que, aunque los hombres presentan tasas más elevadas de suicidio que las mujeres, son ellas quienes, al vivir diversas formas de violencia a lo largo de su vida, realizan más intentos. Además, los suicidios en mujeres se encuentran relacionados con la violencia física, psicológica y sexual que pueden enfrentar en los diferentes ámbitos de su vida: familiar, comunitario, laboral o escolar, por mencionar algunos.

Aunado a lo anterior, la identidad y orientación sexual constituyen factores de riesgo, principalmente si en el contexto de la persona prevalece una cultura de rechazo familiar, discriminación y acoso por formar parte de la población lésbica, gay, bisexual, transexual, transgénero, travestí, intersexual, *queer*, asexual y otras identidades (LGBTTIQA+).¹¹⁵ De acuerdo con el Movement Advancement Project (MAP), particularmente las personas que se identifican como gays, lesbianas y transgénero tienen una mayor prevalencia de intentos de suicidio debido a las experiencias que puedan tener de prejuicio y discriminación, incluido el rechazo familiar, el *bullying* y el ciberacoso.

Con respecto a la violencia y el suicidio en población infantil y adolescente, la ideación suicida puede estar relacionada con el maltrato de tipo sexual debido a que la población infantil que ha vivido tal violencia suele percibir falta de escucha y de protección y, por lo tanto, presentar conductas autoagresivas que pueden culminar en suicidio; no obstante, este tipo de maltrato no es el único que puede ocasionarlo, sino que cualquier otro tipo puede detonar la práctica de autolesiones y conductas de riesgo.¹¹⁶ Al respecto, los resultados de la última Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares indican que 31.6% de las personas adolescentes señaló haber sufrido violencia durante la niñez: 20.4% violencia física, 11.6% violencia emocional y 10.2% violencia sexual; sobre esta última prevalecieron acciones como tocamiento en genitales u obligarles a tocar genitales de otras personas sin su consentimiento, forzarles a tener relaciones sexuales, y obligarles a mostrar o mirar partes íntimas de otras personas.¹¹⁷ Es así como las formas de violencia a las que pueden estar expuestas las infancias y adolescencias constituyen factores de riesgo que las colocan en una situación de marcada vulnerabilidad en relación con la preservación de su salud mental, lo que eventualmente puede derivar en algún tipo de conducta suicida.

¹¹⁴ Alejandro Arnaldo Barroso Martínez, “Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica”, *op. cit.*, p. 57.

¹¹⁵ Véanse Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, *Derechos de las personas LGBTTIQA+*, México, CDHCHM, 2024; y Wendy Cervantes y Emilia Melo, “El suicidio en los adolescentes: un problema en crecimiento”, *op. cit.*

¹¹⁶ Jesús Acevedo Alemán, “El suicidio infantil, retos de una sociedad global. Tópicos del Trabajo Social”, en *AZARBE. Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, núm. 8, 2019, pp. 49-59.

¹¹⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Comunicado de prensa núm. 485/22, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2022, 20 de agosto de 2022, disponible en <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/endireh/Endireh2021_Nal.pdf>, página consultada el 10 de octubre de 2024.



Otros factores que se deben considerar son el vivir con un bajo nivel socioeconómico y educativo, además del desempleo en la familia, ya que pueden ser pensados como elementos que limitan la participación social de la población infantil y adolescente.¹¹⁸

En esta misma línea, un componente importante para la construcción de la identidad es el ámbito cultural en el que se encuentra inmersa la persona, puesto que éste es el que dota, en el caso de la población infantil y adolescente, de espacios de participación social y además permite la expresión y exploración acordes con sus características y necesidades personales, favoreciendo así la integración y el intercambio de su experiencia con la de las demás personas. De esta manera, ante la ausencia de lo antes mencionado es que se presentan dificultades en la organización de la identidad; por ejemplo, el tener una visión negativa de sí mismo y de la interacción con el medio puede conllevar a considerar y recurrir a comportamientos autodestructivos como la ideación y/o intento de suicidio y/o suicidio.¹¹⁹

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante señalar algunos factores de protección en infancias y adolescencias a nivel social. Primero, un entorno comunitario que se configure como un espacio que proporcione seguridad, aceptación y pertenencia es de suma importancia para reducir las posibilidades de conductas suicidas.¹²⁰ En relación con el contexto macrosocial, existe evidencia de que el acceso a servicios multisectoriales relacionados no sólo con la salud mental, sino también con todos los asuntos concernientes al desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes, así como que los Estados cuenten con planes nacionales para prevenir el suicidio, se configuran como factores de protección fundamentales en esta esfera. Respecto de esto, Unicef señala lo siguiente:

Los niños y jóvenes que sufren desventajas y riesgos debido a los diferentes contextos familiares, la violencia, la negligencia y el abuso necesitan una atención especializada y programas accesibles y adaptados a sus necesidades. Las intervenciones basadas en la comunidad son especialmente adecuadas para identificar y apoyar a los niños en riesgo que requieren atención especializada. Estas intervenciones incluyen la protección de la infancia y la gestión de casos de violencia de género: servicios que conciencien sobre las necesidades y los recursos relacionados con la salud mental y que promuevan la inclusión y la participación de los niños [y las niñas] y las familias vulnerables en la vida de la comunidad.¹²¹

¹¹⁸ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia, op. cit.*

¹¹⁹ Cynthia Ramírez e Ivonne Salas, *Construcción de identidad en adolescentes con intento de suicidio, op. cit.*

¹²⁰ Paula Vásquez López et al., "Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado", en *Anales de Pediatría*, vol. 98, núm. 3, marzo de 2023, pp. 204-212; y Administración Nacional de Educación Pública, *Guía de promoción de salud y prevención de conductas suicidas. Orientaciones para las instituciones educativas*, ANEP, 2021.

¹²¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia, op. cit.*, p. 149.



4. Señales de alerta y factores precipitantes relacionados con el suicidio

Diversas instituciones mencionan que existen señales específicas de alerta en niñas, niños y adolescentes que pueden reflejar ideas relativas al suicidio.¹²² Es importante aclarar que estas señales funcionan como una guía básica ante la posibilidad de que una persona se encuentre experimentando ideas en torno al suicidio, y la presencia de una o varias de estas señales puede entenderse como un indicador de tal posibilidad. Con respecto a esto, y tal como aconsejan el Child Mind Institute¹²³ y Unicef,¹²⁴ la mejor manera de conocer la presencia de este tipo de ideas y conductas en infancias y adolescencias es mediante una comunicación franca y clara. A continuación se presentan algunas de dichas señales:

- Cambios de humor repentinos.
- Expresión de sentimientos de desesperanza, tristeza, culpa, vergüenza e inutilidad.
- Dificultad para concentrarse.
- Modificaciones relacionadas con su entorno escolar: bajo rendimiento académico, pérdida de interés, ausentismo y presencia de problemas inusuales.
- Interés y/o preocupación por la muerte: jugar, dibujar, hablar y/o escribir constantemente sobre tal tema.
- Abandono y/o falta de interés por actividades que le resultaban placenteras.
- Aislamiento de redes de apoyo, tales como su familia o su grupo de amistades.
- Consumo de alcohol y/o drogas.
- Descuido y/o falta de interés por la apariencia personal.
- Realización de actividades riesgosas.
- Dolores de estómago, cabeza y fatiga; así como referencia a malestar generalizado.
- Modificaciones en hábitos alimenticios y en patrones de sueño.
- Planificación del suicidio: comunicar de forma explícita (“me voy a suicidar”) o implícitamente (“voy a dejar de ser una carga”) la intención de suicidarse; regalar pertenencias; escribir notas suicidas; presentar efusividad posterior a un periodo de depresión.

A su vez, existen factores precipitantes que, en el caso del suicidio, se comprenden como eventos o situaciones altamente estresantes que surgen en un momento particular de la vida de una persona y que pueden provocar, en conjunto con los factores de riesgo previamente revisados, un acto suicida. Algunos de ellos se relacionan con etapas específicas, mientras que otros son esperables en la vida de todas las personas. Dentro de estos factores comunes en las infancias y adolescencias podemos encontrar: *a)* la muerte de una persona cercana; *b)* una ruptura de pareja o el quebrantamiento de un vínculo de amistad; *c)* antecedentes familiares de suicidio o que se haya producido un evento de esta índole en un espacio de la persona (por ejemplo, dentro de la escuela); *d)* algún tipo de fracaso escolar; *e)* cambios abruptos en el ámbito familiar o la presencia de conflictos familiares; *f)* involucramiento en problemáticas legales, y *g)* problemas socioeconómicos.

¹²² Humanium, “Suicidio infantil: un fenómeno complejo y difícil de explicar”, disponible en <<https://www.humanium.org/es/enfoques-tematicos/salud/suicidio-infantil/>>, página consultada el 30 de agosto de 2024.

¹²³ Stephani Cornwell, “Depresión a diferentes edades”, en Child Mind Institute, 17 de julio de 2024, disponible en <<https://childmind.org/es/articulo/depresion-a-diferentes-edades/>>, página consultada el 18 de octubre de 2024.

¹²⁴ Unicef, “¿Qué es la depresión y cómo reconocerla en niñas, niños y adolescentes?”, 4 de abril de 2024, disponible en <<https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/qu%C3%A9-es-la-depresi%C3%B3n-y-como-reconocerla-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes>>, página consultada el 18 de octubre de 2024.



III. Prevención y atención del suicidio en las infancias y adolescencias





1. Estándares y políticas públicas dirigidas a la prevención del suicidio a nivel internacional, nacional y local

En septiembre de 2015 los países miembros de las Naciones Unidas adoptaron la Agenda 2030, documento que fue establecido como “un plan de acción en favor de las personas, el planeta y la prosperidad”.¹²⁵ En este plan de acción, que abarca distintas temáticas, se asentaron 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que se pretende alcanzar para 2030. El tercero de estos ODS se relaciona con la salud y el bienestar y de él se destaca, en concordancia con los alcances de este informe, la meta 3.4, que señala la importancia de que los países realicen las acciones necesarias para “reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar”.¹²⁶

Con base en lo anterior, la OMS ha establecido una serie de estándares para la implementación y análisis de intervenciones relacionadas con el suicidio, conocida como *Vivir la vida*,¹²⁷ la cual parte de un enfoque multisectorial que se fundamenta en seis principios rectores: a) análisis de la situación; b) colaboración multisectorial; c) sensibilización y promoción; d) desarrollo de las capacidades; e) financiación, y f) vigilancia, monitoreo y evaluación. A estos principios se suman cuatro intervenciones fundamentales que se recomienda implementar: a) limitar el acceso a los medios de suicidio; b) interactuar con los medios de comunicación para una información responsable; c) desarrollar las aptitudes para la vida de las personas jóvenes, y d) detectar a tiempo a todas las personas afectadas. Cabe señalar que si bien la OMS refiere que la implementación de cualquier tipo de acción para disminuir los suicidios es de suma importancia, también enfatiza la necesidad de que los gobiernos adopten estrategias de prevención del suicidio de alcance nacional, y recomienda el uso de estos principios para estrategias destinadas a prevenirlo.

En esta misma línea, otros principios sugeridos por la OMS para promover la salud mental son los relacionados con la caja de herramientas comunitaria, que a su vez tiene que ver con el *mental health Gap Action Programme* (en adelante, mhGAP), el cual pretende asegurar que

¹²⁵ Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, Resolución 70/1 aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, 25 de septiembre de 2015, p. 1.

¹²⁶ *Ibidem*, p. 18.

¹²⁷ Organización Panamericana de la Salud, *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*, OPS/OMS, 2021.



las personas reciban atención de calidad, basada en evidencia científica, mientras promueve sus derechos humanos, la dignidad y la equidad.¹²⁸ Estas directrices tienen la característica de haber sido creadas para implementarse por personas en cargos estatales, organizaciones de la sociedad civil o por otras que estén interesadas en promover la salud mental en la comunidad. En torno al suicidio, esta serie de herramientas y principios señala la necesidad de realizar acciones multisectoriales en dos ejes: reducir los factores que incrementan el riesgo de suicidio y aumentar los factores que promueven la resiliencia. En relación con las infancias y adolescencias, el documento puntualiza la importancia de reconocer los problemas en la salud mental de niñas, niños y adolescentes con el fin de aminorar su impacto en las etapas futuras de su vida, y refiere la necesidad de realizar intervenciones comunitarias en centros escolares para incrementar el conocimiento de los factores de riesgo y la prevención del suicidio, además de desarrollar talleres de habilidades para la vida enfocados en las necesidades de estas poblaciones y brindarles apoyo para afrontar los factores de estrés. Por otra parte, a nivel internacional, distintos países tienen estrategias nacionales y políticas públicas destinadas a la prevención del suicidio. A continuación se describen brevemente algunas de las cuales, según la OMS,¹²⁹ especifican acciones especializadas dirigidas a infancias y adolescencias:

- Bután cuenta con una estrategia nacional para prevenir el suicidio que, además de otros objetivos, pretende mejorar el apoyo comunitario para su prevención incluyendo a las escuelas. Asimismo, busca generar estrategias selectivas para grupos en mayor grado de vulnerabilidad, en las que se considera a las niñas y los niños.
- En Japón, la política para prevenir el suicidio especifica que se promoverá la investigación y el estudio del suicidio en niñas, niños y personas jóvenes. Asimismo, se hace hincapié en la importancia de mejorar el sistema de salud mental dirigido a las infancias y de ofrecer apoyo durante su proceso de duelo en caso de que alguna persona cercana a ellas se suicide; se establece la necesidad de tomar en cuenta las necesidades particulares de niñas, niños y personas jóvenes para lograr fortalecer las acciones relativas a la prevención del suicidio en esta población; se señala la trascendencia de prevenir el suicidio en casos de acoso escolar, así como de mejorar las respuestas dentro de la escuela tras presentarse una crisis relacionada con esta temática.
- Guyana, por su parte, ha establecido planes nacionales de acción enfocados en la salud mental y el suicidio. Dentro de las actividades implementadas se encuentra la capacitación del personal docente para reconocer afectaciones a la salud mental de las infancias y adolescencias para realizar una canalización oportuna.
- Por último, la República de Corea (Corea del Sur) cuenta con un plan que busca prevenir el suicidio según cada etapa de la vida, creando programas de acuerdo con las características particulares de niñas, niños y adolescentes en sus lugares de estudio.

¹²⁸ Organización Panamericana de la Salud, *Herramientas del mhGAP para usar en la comunidad. Versión de prueba sobre el terreno*, Washington, D. C., OPS/OMS, 2021.

¹²⁹ Organización Mundial de la Salud, *National suicide prevention strategies. Progress, examples and indicators*, Ginebra, OMS, 2018; y Organización Panamericana de la Salud, *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*, op. cit.



Pasando a los programas a nivel nacional, en 2023 se inauguró la Conasama con base en las reformas a la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones, publicadas el 16 de mayo de 2022 en el *Diario Oficial de la Federación*. Con dichas reformas se hace un cambio de paradigma que apunta hacia la transición de un modelo asilar de la salud mental a un modelo comunitario, lo que se traduce en la descentralización de la atención de salud mental de los hospitales psiquiátricos, y en brindar atención desde un enfoque humano y desde el respeto a los derechos humanos.¹³⁰

En el Programa Sectorial de Salud (pss) 2020-2024 se establecen las estrategias prioritarias, acciones puntuales y metas para el bienestar que guiarán la línea de trabajo de la Secretaría de Salud a nivel nacional, y se adoptan medidas de protección a la salud con acceso y cobertura universal, haciendo cumplir el derecho de todas las personas a la protección de la salud descrito en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.¹³¹ De esta manera, se busca implementar el principio dispuesto en el Plan Nacional de Desarrollo con Enfoque de Agenda 2030 sobre “No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie afuera”, principio pilar en la estructuración de estrategias de salud basadas en el desarrollo sostenible para el contexto local y las necesidades específicas de la población, promoviendo el enfoque comunitario como un eje transversal de trabajo.¹³²

En seguimiento a lo dicho anteriormente, el pss 2020-2024 resalta la necesidad de trabajar desde un enfoque diferenciado, con pertinencia cultural y perspectiva de derechos como parte de los objetivos y estrategias prioritarias en salud mental y adicciones. Los objetivos de atención a la salud y el bienestar basados en las estrategias mencionadas previamente son: 5.1 Prevención y control y tratamiento de las enfermedades no transmisibles, 5.2 Salud sexual y reproductiva, 5.3 Atención de salud mental y adicciones, 5.4 Salud y asistencia social de niñas, niños y adolescentes, y 5.5 Salud y asistencia social de mujeres. Teniendo en mente los alcances del presente informe, únicamente se describirán los objetivos relacionados con la atención de salud mental y adicciones, y salud y asistencia social de niñas, niños y adolescentes.¹³³

Respecto de la estrategia prioritaria 5.3, se establece el objetivo de garantizar el acceso a los servicios de salud mental y apoyo psicológico desde un enfoque integral y diferenciado para atender las condiciones de salud mental y problemas relacionados con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, especialmente en grupos históricamente discriminados o en condición de vulnerabilidad. Algunas de las acciones puntuales son: 5.3.6 Implementar cam-

¹³⁰ Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 29 de mayo de 2023, disponible en <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690283&fecha=29/05/2023#gsc.tab=0>, página consultada el 30 de agosto de 2024.

¹³¹ Programa Sectorial de Salud 2020-2024, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 17 de agosto de 2020, disponible en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/570535/PROGRAMA_Sectorial_de_Salud_2020-2024.pdf>, página consultada el 30 de agosto de 2024.

¹³² Secretaría de Educación Pública, “Planeación para el Desarrollo con Enfoque de Agenda 2030”, disponible en <<https://planeacion.sep.gob.mx/ODS4/planeacionygestion.aspx>>, página consultada el 30 de agosto de 2024.

¹³³ Programa Sectorial de Salud 2020-2024, *doc. cit.*



pañas 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; y 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.

Por otra parte, la estrategia prioritaria 5.4 busca priorizar la mejora de los servicios de salud y asistencia social para la procuración de un enfoque integral y diferenciado en el acompañamiento y atención para niñas, niños, adolescentes y jóvenes desde una perspectiva de derechos e igualdad de género. Algunas de las acciones puntuales son: 5.4.5 Promover acciones de coordinación interinstitucional orientadas a la atención, protección y restitución de derechos vulnerados o restringidos de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en el ámbito de la salud restringidos; 5.4.6 Fortalecer el modelo integral de asistencia social para la promoción del desarrollo integral infantil y cuidado cariñoso y sensible a las necesidades de niñas y niños; y 5.4.8 Orientar a los padres y madres de familia, así como a personas tutoras para que promuevan estilos de vida saludables y fomenten un desarrollo sano en sus hijas e hijos.¹³⁴

Con respecto a las estrategias focalizadas en la prevención del suicidio, durante 2020 la Secretaría de Salud desarrolló el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PRONAPS), cuyo objetivo es la mejora homologada de la salud mental de la población mexicana a través de la atención a personas con comportamiento suicida.¹³⁵ Desde la incorporación de estrategias comunitarias para la prevención del suicidio, el PRONAPS ha implementado Brigadas Comunitarias de Salud Mental en las que se realiza la identificación, intervención en crisis y referencia. Asimismo, se han implementado los Grupos de apoyo emocional, que consisten en facilitar espacios de escucha activa, de diálogo, de psicoeducación y de apoyo psicoemocional en estados de crisis.¹³⁶ En septiembre de 2023, la Secretaría de Salud, la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana, la Secretaría de Educación Pública, la Conasama, el PRONAPS y otras instancias gubernamentales e institucionales desarrollaron el *Cuadernillo básico para la prevención del suicidio*, un material psicoeducativo cuyo propósito es ofrecer apoyo a la población mexicana a través de la impartición de conocimientos y habilidades prácticas de prevención del suicidio, principalmente a la población joven.¹³⁷ Asimismo, desde el Centro de Atención Ciudadana se brinda atención a la población en general en temas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y salud

¹³⁴ *Idem*.

¹³⁵ Alejandro Vázquez et al., "Estructura del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio en México", en *Acta Pediátrica de México*, vol. 45, núm. 1S, enero de 2024, pp. S89-S99, disponible en <<https://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/2756>>, página consultada el 11 de octubre de 2024.

¹³⁶ Secretaría de Salud, "Programa Nacional para la Prevención del Suicidio, PRONAPS", disponible en <<http://www.consane.salud.gob.mx/pronaps.html>>, página consultada el 30 de agosto de 2024.

¹³⁷ Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, *Cuadernillo básico para la prevención de suicidio*, Secretaría de Salud del Gobierno Federal/Conasama, septiembre de 2023, disponible en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/858277/Cuadernillo_basico_para_la_prevenci_n_del_suicidio.pdf>, página consultada el 11 de octubre de 2024.



mental desde la Línea de la Vida, la cual opera diariamente y con una perspectiva de cuidado a la pluralidad, la equidad, la diversidad y la inclusión.

2. Enfoques transversales para la atención y prevención del suicidio entre las infancias

El suicidio en niñas, niños y adolescentes es un serio problema de salud pública que, tal como se ha mencionado antes, ha registrado un aumento importante a nivel mundial, razón por la que exige la atención y participación de diferentes actores, tanto particulares como del Estado, para el desarrollo y despliegue de una serie de acciones encaminadas a su prevención, detección, atención y seguimiento, con el fin de proteger la integridad de las infancias y adolescencias y garantizar sus derechos.

Así, el actuar de los distintos actores que están involucrados en la atención y prevención de este fenómeno debe estar guiado por una serie de enfoques a través de los cuales se alcance una mayor comprensión de la complejidad que le reviste.

Hablamos entonces de la transversalización de enfoques tales como el comunitario, de derechos humanos, en infancias, diferencial y especializado, de género, psicosocial y restaurativo, que se consideran clave en el desarrollo de estrategias pertinentes y efectivas para la atención y prevención del suicidio. Es importante señalar que los referidos enfoques fueron tomados como punto de partida en el diseño e implementación de la presente Estrategia.

La transversalidad hace referencia a la necesidad de que los principios clave de cada enfoque sean tomados en cuenta y atraviesen cada una de las áreas, políticas y acciones que se llevan a cabo frente a un fenómeno o problemática particular.¹³⁸ Ello conlleva la planificación, reorganización, mejora y evaluación de los procesos políticos, de manera que una perspectiva de igualdad de oportunidades sea incorporada en todas las estrategias e intervenciones, a todos los niveles y en todas las etapas por los actores normalmente involucrados en ellos, con el fin de conseguir que las preocupaciones y experiencias de las personas sean parte integral de la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de políticas y programas sociales, y de forma que, desde su diversidad, puedan beneficiarse de éstas de manera equitativa e igualitaria, evitando así que se perpetúe la desigualdad.¹³⁹ Por lo tanto, en relación con el suicidio, la transversalización de los enfoques mencionados permitirá la visibilización del contexto social en donde este fenómeno tiene lugar, así como los distintos impactos psicosociales que ocasiona en la salud mental y el bienestar de las infancias.

¹³⁸ Mónica González Contró et al., *Propuesta teórico-metodológica para la armonización legislativa desde el enfoque de derechos de niños, niñas y adolescentes*, México, IJ-UNAM/DIF, 2012.

¹³⁹ Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos, *Manual para la transversalización del enfoque de derechos humanos con equidad*, Guatemala, COPREDEH, 2012.



Por otro lado, se posibilitará la identificación de los factores que moldean la experiencia de las infancias y adolescencias y, a partir de ello, se dará pie al reconocimiento de las diferencias que existen entre éstas y, por lo tanto, al despliegue de estrategias e intervenciones que se adecúen a las necesidades específicas de cada una de éstas. Así, la incorporación de dichos enfoques posibilitará que el actuar de quienes participan en la atención y prevención del suicidio entre las infancias sea ético y garantice la restitución y respeto de sus derechos.

En función de lo anterior, a continuación se describen los enfoques que idealmente deberán fungir como telón de fondo de los programas, políticas públicas y estrategias que se desarrollen para la atención y prevención del suicidio, así como para guiar las acciones de quienes participan en la planificación, desarrollo y ejecución de éstas.

Enfoque comunitario

De acuerdo con Unicef y el Comité Permanente Interinstitucional de Naciones Unidas,¹⁴⁰ el enfoque comunitario en salud mental parte de la premisa de que las comunidades pueden ser impulsoras de su propio cuidado y cambio, y que además deben involucrarse de manera significativa en todas las etapas de su proceso de recuperación.¹⁴¹ Asimismo, desde este enfoque, las personas son consideradas participantes activas en la mejora del bienestar individual y colectivo, más que receptores pasivos de servicios que otros han diseñado para ellas.

De esta forma, la adopción de enfoques comunitarios en el abordaje de distintas temáticas de salud mental contribuye no sólo a que todas las personas participen del cuidado y recuperación de otras, sino también a restaurar y/o fortalecer las estructuras colectivas y los sistemas sociales que son fundamentales para la vida diaria y el bienestar de las personas. En este sentido, la Organización Internacional para las Migraciones¹⁴² y Unicef¹⁴³ refieren que el enfoque basado en la comunidad:

- Aprovecha los conocimientos y capacidades de la comunidad.
- Fortalece los distintos sistemas de apoyo con que cuentan las personas.
- Requiere un análisis exhaustivo de las prácticas y recursos de la comunidad.

¹⁴⁰ Inter-Agency Standing Committee, *Community-based approaches to MHPSS programmes: a guidance note*, 17 de enero de 2019, disponible en <<https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2021-10/Community-Based%20Approaches%20to%20MHPSS%20Programmes-%20A%20Guidance%20Note.pdf>>, página consultada el 11 de octubre de 2024.

¹⁴¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Operational Guidelines on community-based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: The three-tiered support for children and families (field test versión)*, Nueva York, Unicef, 2018.

¹⁴² International Organization for Migration, *Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement*, Suiza, IOM, 2019, 231 pp., disponible en <<https://www.iom.int/mhpsed>>, página consultada el 11 de octubre de 2024.

¹⁴³ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Operational Guidelines on community-based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: The three-tiered support for children and families (field test versión)*, op. cit., p. 10.



- Fomenta la participación de la comunidad en el afrontamiento de cualquier situación o problemática, así como en el proceso de recuperación de los impactos de ésta.
- Reconoce que además de factores individuales, biológicos y psicológicos, en términos de salud mental existen determinantes sociales que son clave de tomarse en cuenta para el desarrollo de las estrategias y los planes de acción dirigidos a la promoción y cuidado de la salud mental.
- Promueve la despatologización de las personas, así como la desprivatización del daño, al poner especial énfasis en el contexto y los factores sociales que inciden en distintos temas de salud mental.

Así, la transversalización de este enfoque frente a la problemática del suicidio entre las infancias y adolescencias conlleva el reconocimiento de que éste no queda reducido al espacio privado, sino que también es un fenómeno transversal que trasciende el conjunto de la sociedad, por lo que es fundamental que la respuesta del Estado y los distintos actores involucrados en su prevención y atención sea integral y promueva la participación de la comunidad.¹⁴⁴ De esta manera, el enfoque se enfatiza en las dinámicas sociales, incluyendo no sólo las interacciones y redes vinculares, sino también los aspectos estructurales de esta problemática.¹⁴⁵

De acuerdo con Maroto Vargas, el abordar el suicidio desde un enfoque comunitario implica enfocar los esfuerzos en la calidad y calidez de los vínculos, a través de promover dinámicas incluyentes, fortalecer las redes vinculares y fomentar la participación de cada persona a la que directa o indirectamente impacta este fenómeno.¹⁴⁶ De esta forma, el suicidio como fenómeno complejo debe ser abordado de forma integral y sistemática, lo cual implica un tratamiento multisectorial e interdisciplinario.

Además, conlleva colocar a la comunidad en el centro y privilegiar el conocimiento local, de tal forma que las estrategias de atención y prevención del suicidio se basen en ello y respondan a las necesidades específicas de una comunidad determinada. En este tenor, Grattidge y otros señalan que dos elementos fundamentales que se deben tomar en cuenta para el diseño de estrategias de prevención y atención del suicidio entre las infancias y adolescencias desde el enfoque comunitario son *la escucha y el vínculo con las y los participantes de la comunidad*. Estos autores refieren que el trabajo en la comunidad implica un compromiso ético y una lectura de los procesos y propuestas creativas realizadas por la comunidad que funjan como lineamientos orientadores para el diseño y desarrollo de estrategias de prevención del suicidio.¹⁴⁷

¹⁴⁴ Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, *Abordaje integral del suicidio en las adolescencias. Lineamientos para equipos de salud, op. cit.*

¹⁴⁵ Adriana Maroto Vargas, "El suicidio en el ámbito comunitario: lineamientos para su abordaje", en *Revista Reflexiones*, vol. 96, núm. 1, junio de 2017, p. 28, disponible en <https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-28592017000100027>, página consultada el 30 de agosto de 2024.

¹⁴⁶ *Idem.*

¹⁴⁷ Laura Grattidge et al., "Exploring community-based suicide prevention in the context of rural Australia: a qualitative study", en *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 20, núm. 3, 1 de febrero de 2023, pp. 1-18, disponible en <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36768008/>>, página consultada el 23 de julio de 2024.



Enfoque de derechos humanos

El enfoque de derechos humanos es una perspectiva para guiar la acción e intervención de las autoridades a través del abordaje de problemáticas como ésta. Dicho enfoque toma como referente la universalidad, la igualdad y la no discriminación, y a partir de ello, promueve acciones que están especialmente dirigidas hacia los grupos de atención prioritaria o los que se encuentran, por distintas circunstancias, en un mayor grado de vulnerabilidad, como es el caso de las infancias y adolescencias.

De acuerdo con la Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos, algunos principios de este enfoque son los siguientes:

- La materialización real de los derechos.
- La especial atención a grupos de atención prioritaria.
- La interdependencia e integralidad de todos los derechos.
- La participación activa de las personas titulares de derechos.
- La rendición de cuentas de las autoridades.¹⁴⁸

La aplicación del enfoque de derechos en el entendimiento, atención y prevención del suicidio conlleva el reconocimiento de las personas titulares de derechos como actores clave en su propio desarrollo, dejando así de lado aquellas concepciones en las que las personas son vistas como beneficiarias pasivas de productos y servicios, por lo que la participación, en este caso de las infancias y adolescencias, dentro del proceso de elaboración e implementación de estrategias y planes de acción dirigidos a la atención y prevención del suicidio constituye no sólo una meta, sino también un medio para que éstos tengan mayor incidencia y efectividad.¹⁴⁹

A partir del reconocimiento de los derechos humanos como parte intrínseca del desarrollo, este enfoque busca cortar con anteriores prácticas centradas en la identificación y satisfacción de las necesidades básicas de la población beneficiaria y reemplazarlas por prácticas basadas en el reconocimiento de que toda persona es titular de derechos y, por lo tanto, debe contar con una participación activa dentro de los procesos, programas y políticas que le involucren.¹⁵⁰

En función de lo anterior, el enfoque de derechos tiene como objetivo analizar diferencias y corregir prácticas discriminatorias que obstaculizan el desarrollo debido a una injusta distribución del poder y, además, como señala González Contró, pretende superar la visión asistencial sobre que la colaboración y las acciones frente a determinada circunstancia están sujetas a la buena voluntad de las personas, al enfatizar que la garantía de los derechos fundamentales y

¹⁴⁸ Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos, *Manual para la transversalización del enfoque de derechos humanos con equidad*, op. cit.

¹⁴⁹ Martha Leñero Llaca, *Equidad de género y prevención de la violencia en preescolar*, México, SEP/PUEG-UNAM, 2009.

¹⁵⁰ Mónica González Contró et al., *Propuesta teórico-metodológica para la armonización legislativa desde el enfoque de derechos de niños, niñas y adolescentes*, op. cit.



las acciones derivadas de ello no son un acto voluntario sino una obligación del Estado.¹⁵¹ En tal sentido, el enfoque de derechos humanos también parte de la premisa de que las autoridades no están en una posición de superioridad respecto de las personas a quienes asisten, en este caso las infancias y adolescencias, ya que al tratarse de la garantía y cumplimiento de derechos hay una posición de igualdad, lo que además faculta a las personas para su exigencia.¹⁵²

Así, la transversalización del enfoque de derechos en términos del entendimiento y abordaje del suicidio entre las infancias y adolescencias conlleva, en primera instancia, el reconocimiento de la responsabilidad que tiene el Estado para garantizar el derecho a la salud y a la vida de las infancias y adolescencias, a través del desarrollo de estrategias y políticas públicas encaminadas a la prevención del suicidio, destacando que debido a la interrelación e interdependencia de los derechos es necesario garantizar otros que son igualmente fundamentales.¹⁵³

Asimismo, implica el reconocimiento de las infancias y adolescencias como personas sujetas de derechos que tienen una participación activa en la exigencia de éstos, con el fin de contribuir en la puesta en marcha de acciones concretas a través de la implementación de medidas especiales que posibiliten el pleno ejercicio de sus derechos humanos y la protección de su dignidad humana.¹⁵⁴

Enfoque en infancias

Aun cuando el enfoque en infancias parte de los mismos preceptos que el enfoque de derechos humanos, es fundamental para el entendimiento y desarrollo de estrategias que reconozcan las características particulares de las infancias y adolescencias. De esta manera, la transversalización de éste posibilita dar respuesta a sus necesidades específicas.

A nivel social existe la tendencia a minimizar los problemas cotidianos de niñas, niños y adolescentes y de verlos únicamente como destinatarios de las obligaciones de sus responsables de cuidado y crianza (madres, padres y personas tutoras), lo cual en muchos momentos impide que se les considere como sujetos de derechos y se les coloque, por lo tanto, en situaciones de mayor vulnerabilidad y riesgo.

¹⁵¹ Mónica González Contró, “Los derechos de niñas y niños frente al acoso escolar o *bullying*. Comentario a la sentencia de amparo directo 35/2014”, en Pedro Salazar Ugarte et al., (coords.), *Diez sentencias emblemáticas de la Suprema Corte*, México, IJ-UNAM, 2019, disponible en <<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/12/5539/13.pdf>>, página consultada el 11 de octubre de 2024.

¹⁵² Mónica González Contró et al., *Propuesta teórica metodológica para la armonización legislativa desde el enfoque de derechos de niños, niñas y adolescentes*, op. cit.

¹⁵³ Víctor Hugo Castellanos Lemus, “El derecho humano a la salud mental, la prevención y atención de la depresión y el suicidio de personas jóvenes en la Ciudad de México”, en *Dfensor*, núm. 9, 2017, pp. 4-9, disponible en <https://piensadh.cdchcm.org.mx/images/2017_dfensor09_saludmental.pdf>, página consultada el 2 de septiembre de 2024.

¹⁵⁴ Sonsoles Rivera Pascual, *¿Es la prevención del suicidio un imperativo global?*, Valladolid, Universidad de Valladolid, 2023, 50 pp.



Por esta razón, es pertinente hablar de un enfoque basado específicamente en los derechos de niñas, niños y adolescentes, ya que los impactos de la vulneración de éstos tienden a ser mayores y, en muchas ocasiones, poco reconocidos, lo que exige obligaciones reforzadas por parte de quienes fungen como garantes de sus derechos, en este caso las autoridades escolares, así como las personas responsables de su cuidado y crianza, por mencionar algunos.¹⁵⁵ Y, además, la adopción de este enfoque implica reconocer que todos los derechos son de igual importancia, superando las visiones utilitaristas y obligando también a desarrollar nuevas formas de garantía.¹⁵⁶

De esta manera, de acuerdo con Unicef, el enfoque basado en los derechos de la niñez es un marco teórico que busca reconocer a niñas, niños y adolescentes como personas titulares de derechos, orientándose a la promoción y protección de éstos mediante acciones concretas de política pública, ya que su principal preocupación es la concreción o materialización de los derechos, especialmente de los grupos de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de discriminación, desigualdad y exclusión social, como quienes pertenecen a comunidades indígenas, se encuentran en condición de movilidad, tienen discapacidad, pertenecen a la comunidad LGBTQTTIQA+, están en situación de pobreza o viven privados de su medio familiar, entre otros.¹⁵⁷

Así, acorde con lo señalado por Unicef, las principales características de este enfoque son:¹⁵⁸

- Reconoce a niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos y actores sociales que pueden intervenir, mediante el ejercicio de su derecho a la participación, en todos los espacios sociales en los cuales se desenvuelven, siendo éstos la familia, la escuela, la comunidad, entre otros. Desde esta perspectiva teórica, las niñas, los niños y las y los adolescentes son protagonistas de su propio desarrollo, por lo que se requiere promover activamente el desarrollo de sus capacidades y la entrega de información adecuada para que sean personas sujetas activas en la exigibilidad de sus derechos.
- Refuerza la responsabilidad del Estado como principal garante de los derechos de niñas, niños y adolescentes mediante la disposición de todo el poder público, el cual considera las medidas legales, las políticas públicas y las prácticas de sus agentes, incluidas las personas servidoras públicas, quienes tienen la obligación de respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de esta población.
- Establece que niñas, niños y adolescentes como personas sujetas de sus derechos pueden y deben exigir el cumplimiento de éstos, para lo cual el Estado debe disponer los mecanismos apropiados.

¹⁵⁵ Mónica González Contró, "Los derechos de niñas y niños frente al acoso escolar o *bullying*. Comentario a la sentencia de amparo directo 35/2014", *op. cit.*

¹⁵⁶ Mónica González Contró et al., *Propuesta teórico-metodológica para la armonización legislativa desde el enfoque de derechos de niños, niñas y adolescentes*, *op. cit.*

¹⁵⁷ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *El enfoque basado en los derechos de la niñez*, Santiago, Unicef, 2022, p. 15.

¹⁵⁸ *Idem.*



Este enfoque permite entender el suicidio como un fenómeno multicausal que impacta de manera diferenciada a las infancias y adolescencias en función de sus características particulares y el grado de vulnerabilidad que a raíz de ello enfrentan. Asimismo, posibilita el reconocimiento del suicidio entre las infancias y adolescencias como una problemática que, debido a que pone en riesgo su integridad y vulnera fuertemente sus derechos fundamentales, requiere la atención urgente de estrategias específicas que respondan a las necesidades de este grupo de atención prioritaria.

Si bien en los últimos años se han impulsado importantes acciones para la prevención y atención del suicidio entre las infancias y adolescencias, continúa siendo una problemática fuertemente minimizada e invisibilizada, en gran medida debido a la creencia arraigada de que el suicidio no se presenta en este grupo poblacional. Teniendo esto en cuenta, la transversalización del enfoque en infancias permitirá poner énfasis en la magnitud del fenómeno y en la responsabilidad que tienen los distintos actores involucrados en proteger la integridad y los derechos fundamentales de las infancias y adolescencias.

Lo anterior también posibilitará la generación de políticas públicas que respondan a las necesidades particulares y características específicas de niñas, niños y adolescentes, que serán la pauta para la creación de contextos propicios para el pleno desarrollo de la niñez y la adolescencia.¹⁵⁹

Enfoque diferencial y especializado

La Ley General de Víctimas señala que el *enfoque diferencial y especializado* es aquel que:

Reconoce la existencia de grupos de población con características particulares o con mayor situación de vulnerabilidad en razón de su edad, género, orientación sexual, etnia, condición de discapacidad y otros, y, en consecuencia, reconoce que ciertos daños requieren de una atención especializada que responda a las particularidades y grado de vulnerabilidad de las víctimas.¹⁶⁰

Desde este lugar, y de acuerdo con Cortés, el enfoque diferencial se posiciona como una forma de análisis y de actuación social y política que:

- Reconoce las diferencias y sus implicaciones en términos de poder, condiciones de vida y formas de ver el mundo.
- Permite identificar las vulnerabilidades, riesgos e inequidades que afrontan las personas, haciendo visibles, a partir de éstas, las formas de discriminación que se dan en

¹⁵⁹ *Idem.*

¹⁶⁰ Ley General de Víctimas, publicada en *Diario Oficial de la Federación* el 9 de enero de 2013; última reforma publicada el 1 de marzo de 2024, disponible en <<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV.pdf>>, página consultada el 2 de septiembre de 2024.



contra de aquellos grupos o poblaciones considerados diferentes por una mayoría o un grupo hegemónico.

- Da pie al desarrollo de estrategias que permiten atender las necesidades específicas y brindar una adecuada protección a los derechos de las personas, tomando en cuenta para ello sus expectativas, creencias, capacidades, prácticas cotidianas y formas de entender el mundo.¹⁶¹

El enfoque diferencial está sostenido y resulta en cierta medida de la conjunción de algunos de los enfoques antes descritos, y se configura a partir de los principios clave de éstos, posibilitando así el reconocimiento de la diversidad y del grado de vulnerabilidad que a partir de ésta enfrentan las personas, así como el despliegue de acciones específicas que responden a sus necesidades.

Un principio clave dentro del enfoque diferencial es la interseccionalidad, que de acuerdo con la Association for Women's Rights in Development permite el reconocimiento de categorías sociales como género, etnia, raza, edad, entre otras, como formas legitimadas para reproducir prácticas de exclusión y discriminación, partiendo para ello de la premisa de que las personas viven identidades múltiples que se derivan de las relaciones sociales, la historia y las estructuras de poder en las que están inmersas. Y, desde este lugar, reconoce la presencia de desigualdades múltiples, enfatizando que éstas no representan la suma de categorías, sino que dan cabida a una situación única y particular en la que convergen de manera simultánea una serie de opresiones y privilegios.¹⁶²

En función de lo anterior, el enfoque diferencial permite reconocer que, frente a una misma problemática, la experiencia, los impactos y los recursos de afrontamiento de una persona serán distintos, como resultado de las múltiples intersecciones que le atraviesen. Y, a partir de ello, es evidente que la atención que cada una reciba deberá responder a un contexto y realidad particulares, ya que será con base en éstos que las personas entiendan la situación y construyan significados alrededor de ésta.

Teniendo en cuenta lo anterior, es claro que dicho enfoque debe atravesar las estrategias, políticas y planes de acción que se desarrollen para hacer frente al suicidio y sus impactos, ya que, si bien se ha enfatizado en el carácter social y estructural de esta problemática, las soluciones o estrategias que se generen para resolverla no pueden en ningún sentido ser generales o predeterminadas, toda vez que aun por encima de las similitudes que puedan existir, cada

¹⁶¹ José Luis Cortés Miguel, "Género, interseccionalidad y el enfoque diferencial y especializado en la atención a víctimas", en *Revista Digital Universitaria*, vol. 21, núm. 4, julio-agosto de 2020, p. 5, disponible en <https://www.revista.unam.mx/wp-content/uploads/a8_v21n4.pdf>, página consultada el 2 de septiembre de 2024.

¹⁶² Association for Women's Rights in Development, "Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica", agosto de 2004, disponible en <https://www.awid.org/sites/default/files/atoms/files/interseccionalidad-una_herramienta_para_la_justicia_de_genero_y_la_justicia_economica.pdf>, página consultada el 11 de octubre de 2024.



experiencia es única en función del contexto en el que estén inmersos niñas, niños y adolescentes y sus características particulares.

De esta manera, la transversalización de este enfoque frente al suicidio entre infancias y adolescencias permitirá reconocer la diferencia y la diversidad, y a partir de ésta generar estrategias de acción específicas que tomen en cuenta las opresiones y los privilegios de niñas, niños y adolescentes, ya que con base en ellos se configuran no sólo sus experiencias sino también sus identidades, consiguiendo con ello que las acciones desplegadas garanticen la restitución, el respeto y la procuración de sus derechos fundamentales y tengan un mayor grado de efectividad y pertinencia.

Desde este lugar, y a partir de la adopción de dicho enfoque, las personas que participen en el proceso de prevención y atención del suicidio serán capaces de distinguir los matices de cada experiencia y sabrán que los impactos derivados de ésta serán diferenciados, por ejemplo, en función de categorías como el género, la edad, la identidad y orientación sexual, entre otras, dando pie a que frente a ellos, las niñas, los niños y las y los adolescentes reciban atención especializada.

Perspectiva de género

El *género* es un constructo social que hace referencia a todas aquellas prácticas, creencias, representaciones y prescripciones que la sociedad ha asignado a hombres y mujeres de manera diferenciada en función de su sexo.¹⁶³

Además de ser una categoría descriptiva –porque visibiliza la desigualdad entre mujeres y hombres–, también es analítica, ya que permite identificar diferentes roles y actividades que llevan a cabo tanto hombres como mujeres en una sociedad. Es una herramienta de trabajo que permite ver y reconocer las relaciones de jerarquía y desigualdad que se expresan en formas de violencia, opresión, injusticia, subordinación y discriminación contra lo femenino en la vida social, política, económica, cultural, entre otras.¹⁶⁴

La incorporación del género como principio de análisis permite reconocer la existencia de la pluralidad, y conlleva una reflexión profunda respecto del tipo de relaciones que se entretengan entre hombres y mujeres, las desigualdades derivadas de éstas, así como de aquellas circunstancias y acciones que promueven la discriminación, el trato diferencial y la valoración desigual hacia quienes en razón de asumir una identidad de género u orientación sexual diversa son concebidas como inferiores.¹⁶⁵

¹⁶³ Marta Lamas, “Diferencias de sexo, género y diferencia sexual”, en *Cuicuilco*, vol. 7, núm. 18, enero-abril de 2000, p. 3, disponible en <<https://www.redalyc.org/pdf/351/35101807.pdf>>, página consultada el 2 de septiembre de 2024.

¹⁶⁴ Ana Luisa Nerio Monroy, *ABC de la perspectiva de género*, México, CNDH, 2019, 55 pp.

¹⁶⁵ Jennifer Andrea Arcos Sánchez, *Inclusión educativa: una mirada desde el enfoque diferencial de género*, Pereira, Universidad Católica de Pereira, 2021, p. 9.



La *perspectiva de género* es, de acuerdo con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, una visión científica, analítica y política sobre las mujeres y los hombres que propone eliminar las causas de la opresión de género –tales como la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas basada en el género– promoviendo la igualdad entre hombres y mujeres a través de la equidad, el adelanto y el bienestar de ellas.¹⁶⁶

Dicha perspectiva también es una herramienta que estudia la forma en que la diferencia sexual y las asignaciones y mandatos sociales derivados de ésta se traducen en formas de desigualdad social y, a partir de ello, permite emprender acciones que inciden en la creación de condiciones para avanzar en la construcción de la igualdad de género.¹⁶⁷

En términos del suicidio entre las infancias, la transversalización de esta perspectiva permite reconocer que la experiencia de niñas y niños es distinta en función del proceso de socialización diferenciado a partir del género. En tal sentido, de acuerdo con Rebollo y otros, a partir del proceso de socialización diferencial se gesta una serie de estereotipos de género que constriñen fuertemente la identidad de hombres y mujeres, la cual es asumida como parte del autoconcepto y de su forma de relacionamiento social.¹⁶⁸ De este modo, como consecuencia de dichos estereotipos se configuran formas dicotómicas y antagónicas de percibir, sentir, interpretar y convivir entre mujeres y hombres, constituyéndose como un eje organizador social que genera desigualdad en tanto que otorga diferente valoración a lo femenino subordinado a lo masculino.

Teniendo en cuenta lo anterior, en términos del suicidio entre las infancias, el arraigo de roles estereotipados de género, así como los modelos hegemónicos de feminidad y masculinidad, configuran la experiencia de las niñas y los niños en términos de su salud mental. En este sentido, Barroso señala que a partir del género los factores de riesgo a los que están expuestas niñas y niños son distintos, por lo que el nivel de vulnerabilidad y riesgo al que se enfrentan también es diferenciado. Dicho autor señala que las tasas de suicidio e intento suicida son mayores entre las niñas, refiriendo que esto se debe a que son ellas quienes suelen hacer frente, entre otras cosas, a formas de violencia agravadas en los distintos espacios en donde participan, factor que se constituye como una de las razones principales para que las niñas intenten quitarse la vida. Asimismo, respecto de los niños, Barroso refiere que derivado de los roles de género asignados y del proceso de socialización al que son sometidos, muestran ma-

¹⁶⁶ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada en *Diario Oficial de la Federación* el 1 de febrero de 2007; última reforma publicada el 26 de enero de 2024, disponible en <<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>>, página consultada el 2 de septiembre de 2024.

¹⁶⁷ Ana Luisa Nerio Monroy, *ABC de la perspectiva de género*, op. cit., p. 42.

¹⁶⁸ Ángeles Rebollo-Catalán et al., "La equidad de género en educación: análisis y descripción de buenas prácticas educativas", en *Revista de Educación*, vol. 358, 1 de agosto de 2012, p. 133, disponible en <https://www.researchgate.net/publication/236003108_La_equidad_de_genero_en_educacion_analisis_y_descripcion_de_buenas_practicas_educativas>, página consultada el 2 de septiembre de 2024.



yores dificultades para la expresión y gestión de emociones, lo que puede colocarse como un factor de riesgo para presentar una conducta suicida.¹⁶⁹

En función de lo anterior, es claro que la transversalización del enfoque de género es indispensable en la planeación, desarrollo y ejecución de programas, estrategias y políticas públicas dirigidas a la atención y prevención del suicidio, ya que a través de éste se podrán visibilizar los estereotipos y discursos dominantes sobre el género que perpetúan las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres, y que imponen modelos hegemónicos de masculinidad y feminidad a partir de los cuales la identidad de niñas y niños queda limitada a los cánones de aquello que la sociedad establece como norma y los expone, a quienes no cumplan con ésta, a una situación de mayor vulnerabilidad.

Enfoque psicosocial

La perspectiva psicosocial cuestiona las premisas básicas del modelo biomédico y clínico, y se aleja de concepciones patologizantes e intervenciones exclusivamente centradas en las personas, ello con el fin de brindar una comprensión social de las violencias y violaciones a derechos humanos, así como de los impactos que se derivan de éstas, poniendo énfasis en la necesidad de atender aquellas condiciones que están más allá de los entornos de la persona, es decir, en las distintas coordenadas sociales, políticas y económicas en que se desenvuelve, ya que, como afirma Martín Beristain: “las consecuencias de la violencia y las violaciones a derechos humanos sólo pueden entenderse en su contexto”.¹⁷⁰

En tal sentido, la perspectiva psicosocial también implica un posicionamiento ético frente al sufrimiento de las personas, a partir del cual se invita a adoptar una mirada más amplia y despatologizante que permita comprender sus respuestas como normales y esperadas frente a las violencias y los impactos asociados a éstas. Desde ese lugar se genera un espacio de reconocimiento y escucha de su dolor, otorgándoles a partir de éste un papel central en los procesos de recuperación y de búsqueda de verdad y justicia.¹⁷¹

Por otro lado, contribuye a visibilizar que los impactos derivados de violencias y violaciones a derechos humanos no sólo tienen lugar en la subjetividad de las personas, en su cuerpo y su psique, sino que también se extienden y permean en cada una de las esferas de su vida, incluidos los ámbitos familiar, económico y sociocomunitario. Ello permite que se desplieguen acciones pertinentes y adecuadas en función del contexto en el que están inmersas las perso-

¹⁶⁹ Alejandro Arnaldo Barroso Martínez, “Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica”, *op. cit.*, pp. 51-66.

¹⁷⁰ Carlos Martín Beristain, *Manual sobre perspectiva psicosocial en la investigación de derechos humanos*, Bilbao, Hegoa, 2010, 239 pp.

¹⁷¹ Carlos Martín Beristain et al., *Metodologías de investigación, búsqueda y atención a las víctimas. Del caso Ayotzinapa a nuevos mecanismos de lucha contra la impunidad*, México, Temis, 2017, 181 pp.



nas, tomando en consideración, en todo momento, los distintos niveles en que impactan las violencias.

De la misma forma, en términos de la salud mental, la perspectiva psicosocial se aleja de la idea de que las condiciones de salud mental son una cuestión individual causada por factores biomédicos y genéticos, y reconoce la complejidad y multicausalidad de éstas. Así, desde dicha perspectiva se reconoce que la salud mental de las personas puede verse influida por múltiples factores determinantes, así como por el contexto sociocultural en el que están inmersas. A partir de lo anterior, tal perspectiva posibilita un abordaje amplio, no patologizante de la salud mental, así como el desarrollo de estrategias y abordajes más efectivos para su cuidado, toda vez que contemplan los distintos factores que la impactan. Asimismo, desde la perspectiva psicosocial, las personas con alguna condición de salud mental son vistas y tratadas como sujetas de derechos y como parte activa y participante de su proceso de recuperación.¹⁷²

Teniendo en cuenta lo anterior, la transversalización de la perspectiva psicosocial en la prevención y atención del suicidio en las infancias es fundamental, toda vez que desde ésta el suicidio entre las infancias y adolescencias puede ser comprendido como una problemática que hunde sus raíces en el contexto sociopolítico y cultural en el que se gesta, lo que permite trascender la visión individuocentrista y patologizante que por mucho tiempo ha prevalecido en torno al suicidio, y abonando con ello a la desprivatización del daño.

De acuerdo con Castellanos Lemus, para desarrollar estrategias de prevención y atención del suicidio entre las infancias que sean efectivas y que contribuyan a hacerle frente a esta problemática de salud pública, es necesario reforzar las acciones que se han implementado en los ámbitos biológico y psicológico, así como poner en práctica otras en las que no se obvие el contexto social en el que se encuentran inmersas las infancias y adolescencias, toda vez que en él tienen lugar distintas formas de violencia, existe una marcada desigualdad social y, en muchas ocasiones, se enfrentan a la falta de garantía de distintos derechos, sobre todo el derecho a la educación, factores que juegan un papel fundamental en la configuración de su experiencia y que exacerban su nivel de vulnerabilidad.¹⁷³

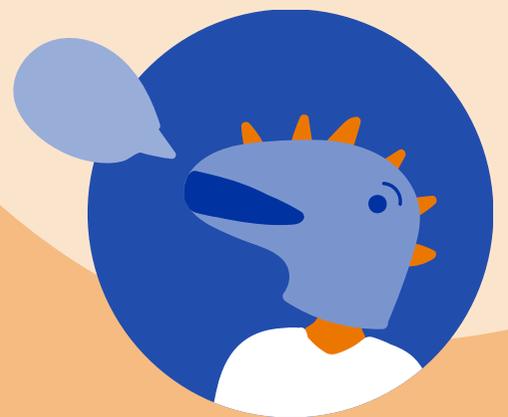
De tal manera, desde la perspectiva psicosocial es posible entender el suicidio en las infancias como un fenómeno multicausal y complejo, cuyos impactos se configuran en función del contexto social en el que se gesta. Y a partir de la comprensión amplia del fenómeno, también se hace posible el desarrollo de estrategias de prevención y atención que respondan a las necesidades particulares y características específicas de la población.

¹⁷² Mental Health Europe, *Promoting understanding of the Psychosocial Model of Mental Health*, 2023.

¹⁷³ Víctor Hugo Castellanos Lemus, "El derecho humano a la salud mental, la prevención y atención de la depresión y el suicidio de personas jóvenes en la Ciudad de México", *op. cit.*



IV. El cuidado: de lo individual a lo colectivo





1. Concepciones sobre el cuidado

Desde hace varias décadas, a partir de los estudios feministas y críticos de género ha existido un interés creciente por colocar en el centro del debate y de las agendas políticas el tema del cuidado. Impulsado desde el reconocimiento de un hecho indudable, el cuidado ejerce un papel central en el desarrollo de las personas, ya que se encuentra directamente vinculado con el bienestar y el sostenimiento de la vida, dimensiones que se ven fuertemente transgredidas en el suicidio. Todas las personas, a lo largo de su ciclo vital, requerirán de cuidados que mostrarán variaciones en virtud de las necesidades específicas que presenten; por mencionar algunas, la etapa del desarrollo en la que se encuentra la persona que requiere cuidados, las condiciones de salud que manifiesta, el género, la clase socioeconómica, entre otras. De esta manera, se asume que los cuidados muestran diferentes expresiones, intensidades y complejidades a lo largo del tiempo.¹⁷⁴

A pesar de la importancia del cuidado, éste se comenzó a posicionar como una agenda relevante cuando las mujeres, quienes históricamente habían sido las proveedoras de él, comenzaron a incluirse en el ámbito laboral remunerado. Ello implicó que se cuestionara y problematizara la tarea que habitualmente ejercían sin remuneración económica ni reconocimiento social: la de ser responsables del cuidado y crianza de sus hijas e hijos. Lo anterior generó que tuvieran que buscar otras alternativas para delegar el cuidado y que, por lo tanto, su inclusión al ámbito laboral resultara con mayores obstáculos que para los hombres. En ese tenor, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer (ONU Mujeres) destaca que existe suficiente evidencia para afirmar que el tiempo que las mujeres invierten en el trabajo doméstico y de cuidados no remunerados se configura como la principal barrera que impide su participación plena y efectiva en el ámbito laboral.¹⁷⁵

En relación con lo anterior, Pérez Orozco describe que además de la inserción de las mujeres en el ámbito laboral, existieron otros factores que no deben perderse de vista, pues detonaron una crisis en el modelo que dictaba cómo debían ser repartidos los cuidados y que estaba

¹⁷⁴ Edna María López Carrión *et al.*, *Sostener la vida: Las redes de cuidados en México*, México, Oxfam México, 2022.

¹⁷⁵ ONU Mujeres, “Avanzando hacia la sociedad del cuidado, considerando diversas historias”, 9 de noviembre de 2022, disponible en <<https://lac.unwomen.org/es/stories/noticia/2022/11/avanzando-hacia-la-sociedad-del-cuidado-con-siderando-diversas-historias>>, página consultada el 2 de septiembre de 2024.



sostenido en un modelo socioeconómico (patriarcal, capitalista, heteronormado y estructuralmente racializado) que definía cómo, dónde y quién debía cuidar: mujeres, en el ámbito familiar, sin ningún tipo de mecanismo colectivo con el que se compartiera la responsabilidad del cuidado y sin remuneración económica por ejercer dichas tareas.¹⁷⁶ Entre otros factores se pueden mencionar la precarización del mercado laboral, los sistemas económicos y sociales que privilegiaban los modelos individuocentristas como forma de vida y, por lo tanto, la pérdida de lo comunitario y colectivo para hacer frente a lo cotidiano. Esa *crisis de los cuidados*, que fue detonada por múltiples factores, propició que esta materia se retomara con fuerza en el escenario político y social, principalmente por los movimientos feministas.

De esta forma, la agenda en torno al cuidado y su importancia, así como las obligaciones que ello conlleva para los Estados –los que deben impulsar acciones que garanticen la igualdad para mujeres y hombres en torno a las implicaciones que tiene el acto de cuidar–, se han movido hacia otros temas igualmente relevantes; por mencionar algunos: los derechos laborales de las personas que realizan trabajo doméstico; los derechos vinculados con el periodo de lactancia; el especial énfasis sobre los cuidados que requieren las personas mayores, las personas que viven con discapacidad, entre otros.¹⁷⁷

Sobre lo anterior, autoras como Batthyány describen que un avance significativo en torno al cuidado es precisamente el reconocimiento sobre que éste no compete sólo al ámbito de lo privado.¹⁷⁸ Es decir, el posicionar la agenda política del cuidado en el ámbito público tiene por consecuencia que se asuma que su ejercicio y sus implicaciones corresponden a diferentes actores sociales: las familias, el Estado, el mercado, las entidades sin fines de lucro, así como la sociedad en general. Entonces, se parte de una premisa de corresponsabilidad que considera que el *sostenimiento de la vida* no recae exclusivamente en la esfera individual y familiar. Por lo tanto, proteger y cuidar la vida de una persona de problemáticas como el suicidio es una tarea que debe articular múltiples esfuerzos y actores sociales, como ya se ha referido hasta ahora.

Es así como el cuidado se posiciona como una dimensión clave en el desarrollo de políticas que están relacionadas con la protección social y que implican la actuación de múltiples sectores: de salud, educación, servicios sociales, culturales, entre otros.¹⁷⁹

Ahora bien, los cuidados deben ser entendidos de forma colectiva e interdependiente; su gestión y adecuado desarrollo implica la activación y articulación de múltiples sistemas formales y no formales de cuidado. Batthyány destaca que el acercamiento en torno al tema del cuida-

¹⁷⁶ Amaia Pérez Orozco, "Feminismo anticapitalista, esa Escandalosa Cosa y otros palabros", en *30 años después: aquí y ahora. Jornadas Feministas estatales*, Madrid, Belviarte, 2010, pp. 573-581.

¹⁷⁷ Edna María López Carrión et al., *Sostener la vida: Las redes de cuidados en México*, op. cit.

¹⁷⁸ Karina Batthyány, "Miradas latinoamericanas al cuidado", en Karina Batthyány (coord.), *Miradas latinoamericanas a los cuidados*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2020, pp. 11-52.

¹⁷⁹ Karina Batthyány, "Desafíos y oportunidades de la sociedad del cuidado en América Latina y el Caribe", en Karina Batthyány et al. (coords.), *La sociedad del cuidado y políticas de la vida*, Buenos Aires, Clacso, 2024, pp. 19-38.



do debe hacerse considerando tres acciones clave que operan de forma simultánea, es decir, una no puede suceder sin la otra:¹⁸⁰

1. *Redistribuir.* Se refiere a cómo se abordan los cuidados desde una perspectiva relacional, colectiva, y no una exclusivamente individual y familiar; ello tendría como consecuencia lograr un acceso universal a cuidados dignos.
2. *Revalorizar.* Pensar en qué significa atribuirle al cuidado su justa dimensión y valoración; considerarlo una dimensión fundamental para el bienestar.
3. *Reformular.* Se relaciona con el hecho de desvincular el tema del cuidado de su asociación inmediata con la feminidad y como tarea propia y exclusiva de las mujeres.

Brindar la atención y centralidad que merece el tema del cuidado en las políticas públicas de los países, así como su relación directa con el bienestar de las personas y su calidad de vida, corresponde con lo que ya se ha señalado: todas las personas, en todos los momentos de la vida, requieren de cuidados. Es decir, la vida de todas las personas siempre está atravesada por la posibilidad de brindar o recibir cuidados, tanto a un tercero como a sí mismas. Sobre ello, si bien existen múltiples definiciones relativas a los cuidados, para la presente Estrategia se retoma la que brinda ONU Mujeres:

Son actividades que regeneran diaria y generacionalmente el bienestar físico y emocional de las personas. Incluye las tareas cotidianas de gestión y sostenimiento de la vida y hacen referencia a un amplio conjunto de aspectos que abarcan los cuidados en salud, el cuidado de los hogares, el cuidado a las personas dependientes y a las personas que cuidan o el propio autocuidado.¹⁸¹

Al respecto de la definición anterior, vale la pena destacar aquello que mencionan Carcedo y otros en relación con la categoría de *cuidado*.¹⁸² Si bien la definición que sugieren se encuentra en consonancia con la propuesta de ONU Mujeres, suman un elemento fundamental: la dimensión subjetiva de los cuidados que se deriva de los afectos. Esto es, los cuidados entendidos no sólo como “actividades físicas”, sino también como aquellos afectos y disposiciones personales que promueven el bienestar de las personas. Esto último resalta que el bienestar y desarrollo poseen una dimensión afectiva y emocional que también requiere de cuidados a lo largo del ciclo de la vida. Lo anterior está particularmente relacionado con el cuidado de la salud mental, dimensión que requiere de la promoción de afectos y emociones que favorezcan el desarrollo psicosocial y el bienestar de las personas.

Por otro lado, al sistema que integran los diferentes actores vinculados con los cuidados (familia, mercado, organizaciones sin fines de lucro y Estado) se le conoce como *organización social de los cuidados* (osc). Cabe destacar que este sistema presenta profundas diferencias

¹⁸⁰ *Idem.*

¹⁸¹ ONU Mujeres, “Avanzando hacia la sociedad del cuidado, considerando diversas historias”, *loc. cit.*

¹⁸² Ana Carcedo et al., *Cadenas globales del futuro: El papel de las migrantes nicaragüenses en la provisión de cuidados en Costa Rica*, Santo Domingo, ONU Mujeres, 2011, pp. 11-30.



y marcadas desigualdades en virtud de las condiciones sociales, políticas y económicas del país en el que se presenta. No obstante, el objetivo de la osc siempre es el mismo: garantizar el bienestar de las personas, las familias y, en particular, el de quienes pertenecen a grupos de atención prioritaria, como es el caso de las infancias y adolescencias.¹⁸³

A pesar de los avances que han existido en esta materia, la osc en América Latina y el Caribe continúa siendo desigual. En ese contexto, la pandemia de COVID-19 tensionó y desbordó a la osc; este evento histórico reveló de manera explosiva que las posibilidades para recibir y brindar cuidados están por completo vinculadas con las intersecciones sociales de género, clase socioeconómica, etnia, raza, localización geográfica, entre otras. De acuerdo con datos del Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, incluso previo a la pandemia, a diferencia de los hombres, las mujeres disponían hasta más del triple de su tiempo para dedicarse al trabajo no remunerado, dato que muestra de forma inequívoca las desigualdades que persisten hasta la fecha.¹⁸⁴

Sin duda, la pandemia de COVID-19 permitió confirmar dos aspectos centrales en torno a esta temática: los cuidados deben ser vistos de forma colectiva, comunitaria e interdependiente, es decir, como formas de organización social; y además ser considerados en su dimensión cambiante, dinámica y compleja, la que está mayormente determinada por los momentos históricos y de crisis que enfrentan las sociedades.

Por otra parte, uno de los grandes desafíos de la osc tiene que ver con la participación del Estado, pues si bien ésta es cada vez más creciente, en muchas ocasiones ha delegado en las familias y las personas la responsabilidad de ejercer y brindar cuidados. En tal sentido, atendiendo a las diferenciaciones sociales antes mencionadas en relación con los cuidados, únicamente las personas que tienen mayores recursos económicos pueden acceder a diferentes servicios de cuidado ofrecidos en el mercado cuando el Estado no los garantiza y requieren de éstos.¹⁸⁵ Ello se observa en el caso de las mujeres que se encuentran en el ámbito laboral remunerado, quienes se ven obligadas, frente a la falta de oferta por parte del Estado de un sistema que les asegure el cuidado de sus hijas e hijos –como es el establecimiento de guarderías–, a recurrir a su red de apoyo o a buscar algún servicio de esa naturaleza en el mercado; cabe mencionar además que en ambos casos, esos cuidados también serán provistos por otras mujeres y estarán casi en todos los casos mal remunerados y no reconocidos.

Esto es, garantizar los cuidados no sólo tiene que ver con el despliegue de actividades o acciones, sino que también se relaciona con asegurar los recursos necesarios y su debida gestión para que se den en condiciones de dignidad e igualdad. Lo anterior corresponde principalmente al Estado, que a través de centros especializados debe garantizar los cuida-

¹⁸³ *Idem.*

¹⁸⁴ ONU Mujeres, “Avanzando hacia la sociedad del cuidado, considerando diversas historias”, *loc. cit.*

¹⁸⁵ Ana Carcedo et al., *Cadenas globales del futuro: El papel de las migrantes nicaragüenses en la provisión de cuidados en Costa Rica*, *op. cit.*



dos que las personas requieren, pero también a través de políticas públicas que les habiliten a brindar cuidados en condiciones de igualdad; por ejemplo, aquello que se refiere a la aprobación de licencias de maternidad o paternidad con goce de sueldo, la creación de apoyos sociales especialmente dirigidos a mujeres jefas de familia, personas que requieren cuidados específicos, como las que viven con discapacidad o con alguna enfermedad crónica, entre otros aspectos.¹⁸⁶

En ese sentido, cuando la participación del Estado es fallida o inexistente, es el mercado el que suele ofrecer múltiples opciones para solventar tal debilidad, aspecto que va en detrimento de la economía y bienestar de las familias y las personas.¹⁸⁷ Por ejemplo, el Estado debe garantizar el acceso a la salud mental de todas las personas, con énfasis añadido en aquellos grupos que se consideran de atención prioritaria, como es el caso de las infancias y adolescencias. Sobre esto, si una niña o un niño no cuenta con acceso a servicios de salud mental, ello irá en detrimento de su adecuado y sano desarrollo psicosocial; si el Estado no garantiza tal acceso, sólo si la familia cuenta con suficientes recursos económicos para atender esa situación recurrirá a la oferta de servicios en el mercado, y muy probablemente para atender esta necesidad tendrán que comprometer su economía y bienestar.

Asimismo, es importante señalar que frente a la falla en la participación del Estado para garantizar lo anterior habrá familias que no cuenten con los recursos para solventar dicha necesidad, ya que éstos se encontrarán principalmente orientados en asegurar su subsistencia, circunstancia que incidirá de manera desfavorable en quien requiere los servicios de salud mental y en el sistema familiar. No acceder a los servicios de salud en el momento pertinente detonará problemas tanto en el presente como en el futuro inmediato de las familias y las personas.

Al reconocer la existencia de una osc que puede profundizar las condiciones de desigualdad y exclusión de las personas, así como al destacar el papel central que desempeña el Estado en dicha materia es que, desde los feminismos, se comenzó a posicionar el *derecho al cuidado* como un asunto de urgencia y relevancia social. Cárdenas plantea que este derecho surge en contraposición con una osc que resultaba injusta.

Pérez Orozco es concluyente cuando argumenta que para hacer frente a las desigualdades, violencias y opresiones vinculadas con los cuidados habrá que entender primero y fundamentalmente que se trata de colocar al sistema –o sistemas– al servicio de la vida y no al revés.¹⁸⁸ En esa relación dialéctica en la que los sistemas (osc) deben operar al servicio de la sostenibilidad de la vida juega un papel prioritario el Estado y el reconocimiento que hace del cuidado como derecho humano.

¹⁸⁶ *Idem.*

¹⁸⁷ *Idem.*

¹⁸⁸ Amaia Pérez Orozco, “Feminismo anticapitalista, esa Escandalosa Cosa y otros palabros”, *op. cit.*



2. El cuidado como un derecho humano

De acuerdo con Pérez Orozco, la crisis de los cuidados implicaba una redefinición de derechos. Esto es, dentro de la agenda política no sólo debía exigirse el derecho a recibir y brindar cuidados en condiciones justas, dignas y remuneradas, sino que otros derechos aparejados al tema del cuidado debían posicionarse también; por mencionar algunos, los derechos a condiciones laborales justas, a una vida libre de violencia, entre otros.¹⁸⁹ La interrelación del derecho al cuidado con otros resultaba innegable; en razón de lo anterior, para Pérez Orozco el cuidado es un derecho multidimensional.¹⁹⁰

Garantizar el derecho al cuidado cobra especial relevancia después de los impactos generados por la pandemia de COVID-19. La emergencia sanitaria por esta enfermedad recrudeció las desigualdades estructurales sociales y de género, detonando impactos diferenciados en la vida de las mujeres –quienes mostraron mayores afectaciones en su salud física y mental–, así como en la posibilidad de cuidar y ser cuidadas. El confinamiento que obligó la pandemia de COVID-19 derivó en que las problemáticas de salud, así como otras que también se agudizaran en los espacios privados –como la violencia familiar–, se privatizaran, individualizaran y quedaran desprovistas de la participación efectiva y directa del Estado.¹⁹¹

De igual forma, la emergencia sanitaria evidenció que el cuidado sigue siendo visto como un componente externo y no como uno transversal y fundamental para el desarrollo de las personas y las sociedades. Mostró también que en América Latina no hay sistemas de cuidados consolidados; o éstos no existen o se encuentran parcializados y desarticulados.

En esa línea, el garantizar el derecho al cuidado va de la mano con el establecimiento de políticas públicas que impulsen la creación de sistemas de cuidados que partan de un enfoque intersectorial; que sean capaces de contar con su propia financiación, institucionalidad y rectoría; y que sean efectivos al brindar servicios. Incorporar un enfoque intersectorial resulta clave, ya que mantener una cooperación y coordinación estrechas en todos los niveles (salud, educación, justicia, protección social, entre otros) permite romper con la creencia de que ciertos servicios vinculados a los cuidados sólo corresponden a los ámbitos de educación, salud y seguridad social. Al considerar los cuidados como un elemento toral en el desarrollo y bienestar de las personas y sociedades, éstos deben ser materia y competencia de todos los sectores que estén relacionados de forma directa, o no, con ello.

Por su parte, Araujo menciona que los nuevos desafíos derivados por la pandemia de COVID-19 ha obligado a los Estados a dejar de mirar los cuidados como un asunto secundario y sujeto a

¹⁸⁹ *Idem.*

¹⁹⁰ *Idem.*

¹⁹¹ Catalina Arteaga y Paulina Osorio-Parraguez, “Transformaciones en la vida cotidiana de madres trabajadoras y adultas mayores en Chile”, en Karina Batthyány (coord.), *Miradas latinoamericanas a los cuidados*, op. cit., pp. 217-246.



las voluntades políticas y a los ajustes presupuestarios para posicionarlos como una obligación jurídica que sea protectora, respetuosa y garante del derecho a cuidar, a recibir cuidados y al autocuidado.¹⁹² El avanzar hacia ello no se remitiría únicamente a un asunto jurídico y de derechos, sino que también permitiría caminar hacia una transformación social, cultural, política y económica sostenida en la igualdad que combata las opresiones sistémicas, la marginación y exclusión; es decir, transitar de una sociedad mercantilista que privilegia el capital hacia una sociedad del cuidado que coloca en el centro a las personas y el sostenimiento de sus vidas en condiciones dignas.

Teniendo en cuenta lo anterior, en noviembre de 2023 la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) determinó que: “conforme al texto de la Constitución General, tratados internacionales de los que México es parte, así como otros instrumentos de *soft law*, todas las personas tienen el derecho humano a cuidar, a ser cuidadas y al autocuidado, y el Estado tiene un papel prioritario en su protección y garantía”.¹⁹³

Lo anterior es el primer pronunciamiento de la Primera Sala en torno al abordaje de los cuidados como un derecho humano. En dicho pronunciamiento se destacó el derecho al cuidado que tienen las personas que requieren de éstos de forma intensiva, continua y especializada –tal es el caso de quienes viven con alguna discapacidad, las personas mayores o quienes tienen enfermedades crónicas–, sin que esto vaya en detrimento del proyecto de vida y el bienestar de quienes les brindan los cuidados.

Otro aspecto que se debe destacar sobre este pronunciamiento es que se reconoce que ninguna persona debe ser obligada a cuidar por razones de género y que los cuidados tienen que ser redistribuidos para que no recaigan únicamente en ciertas personas, y en específico en las mujeres y niñas. Aunado a esto, se describe que la carga y demanda desproporcionada que existe sobre las mujeres es por sí misma una forma de discriminación. A la par, se enfatiza el papel que debe tomar el Estado en el ejercicio de los cuidados para que resulten dignos, de calidad, suficientes y accesibles para todas las personas.

Bajo esas circunstancias, en marzo de 2024 esta Comisión emitió un boletín a través del cual se pronunció en favor del reconocimiento constitucional del derecho al cuidado.¹⁹⁴ Se destaca además que éste es un derecho autónomo que debe ser considerado en tres vertientes: el derecho a cuidar, a ser cuidada o cuidado y al autocuidado. Aunado a ello, se destaca la ne-

¹⁹² Nadya Araujo, “Mirando hacia una sociedad del cuidado, pero viviendo bajo múltiples y desiguales formas de producir cuidados: ¿hay luz al fin de ese túnel?”, en Karina Batthyány et al. (coords.), *La sociedad del cuidado y políticas de la vida*, op. cit., pp. 63-90.

¹⁹³ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Primera Sala, Amparo directo 6/2023, disponible en <https://bj.scjn.gob.mx/doc/sentencias_pub/Mxgc-IsBTQ9SA1yhGUmH/%22guarda%20y%20custodia%22%20AND%20%22derecho%20a%20la%20igualdad%22>, página consultada el 3 de septiembre de 2024.

¹⁹⁴ Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, Boletín 28/2024, CDHCM participa en audiencia pública ante la CoIDH sobre el derecho al cuidado, 14 de marzo de 2024, disponible en <<https://cdhcm.org.mx/2024/03/cdhcm-participa-en-audiencia-publica-ante-la-coidh-sobre-el-derecho-al-cuidado/>>, página consultada el 3 de septiembre de 2024.



cesidad de establecer un sistema integral de cuidados como una vía por la cual se garantice el derecho al cuidado, circunstancia que está en consonancia con los avances que se están presentando dentro del sistema interamericano. Dicho sistema, por lo tanto, debería considerar todo aquello relacionado con el cuidado de la vida, la salud mental y el bienestar de las personas.

Es así como la CDHCM se pronuncia sobre la necesidad de que el Senado de la República apruebe la propuesta enviada el 12 de marzo de 2024 por la Cámara de Diputados, en la que se establece que el derecho al cuidado sea ejercido en condiciones de dignidad y reconocido en la Ley General de Desarrollo Social. A su vez, se refiere que tal reconocimiento constitucional, así como la creación de un sistema que lo garantice, facilitaría que se brinden servicios especializados y diferenciados, principalmente orientados hacia los grupos de atención prioritaria.¹⁹⁵

Sobre esto último, como parte de los grupos de atención prioritaria que requieren de cuidados diferenciados, se destaca el caso de las infancias. Durante esta etapa, las actividades vinculadas con el cuidado están relacionadas con asegurar de inicio su salud y seguridad, así como promover habilidades sociales, físicas, cognitivas y físicas que les habiliten un estado de bienestar integral.¹⁹⁶ Es así como Unicef y el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género destacan que, en el ámbito de los cuidados, se puede describir este periodo del desarrollo como uno que resulta *altamente demandante*.¹⁹⁷

El cuidado durante la infancia, además de contribuir al desarrollo adecuado de las niñas y los niños, posee un valor fundamental: contribuye con la prevención, y por lo tanto habilita la proyección de un futuro con mayor bienestar y posibilidades para ellas y ellos. En ese contexto, los beneficios del cuidado en relación con la salud y en específico con la salud mental de las infancias a corto, mediano y largo plazo, son incuestionables, motivo por el cual, éste debe ser un eje fundamental en las políticas públicas, proyectos y estrategias que se orienten en beneficiar la calidad de vida y el bienestar psicosocial de este grupo poblacional.

3. Cuidado y salud mental de las infancias: atender hoy para recibir los beneficios en el mañana

Partiendo de la premisa de que atender hoy permite prevenir y ampliar las alternativas de las infancias en el futuro, sobre todo de las que se encuentran en condiciones de riesgo y vulnerabilidad, remite a una consideración clave: el tema de la atención y el cuidado de la salud mental en esta etapa de la vida, si bien es todavía una agenda en construcción, por los múl-

¹⁹⁵ *Idem*.

¹⁹⁶ Paula England *et al.*, "Wages of Virtue: The Relative Pay of Care Work", en *Social Problems*, vol. 49, núm. 4, noviembre de 2002, pp. 455-473.

¹⁹⁷ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Equipo Latinoamericano de Justicia y Género, *Cuadernos para la acción. El derecho al cuidado: conciliación*, Buenos Aires, Unicef, 2020.



tiples beneficios que genera en lo inmediato y a largo plazo merece ser abordada de forma prioritaria y urgente.

Contar con una agenda prioritaria en materia de salud mental también es un asunto de igualdad. Las infancias requieren de cuidados diferenciados en virtud de las circunstancias de vida y el contexto que les rodea. De esta forma, no se trata sólo de institucionalizar los servicios de cuidado y educación que reciben las infancias, los Estados deben velar por que éstos sean de calidad y, sobre todo, que se ajusten a sus necesidades específicas; no hacerlo implica profundizar en las desigualdades y la no materialización de sus derechos.¹⁹⁸

De esta forma, considerando que los derechos están interrelacionados, son interdependientes y que, en caso de las infancias, deben actualizarse siempre buscando el máximo desarrollo posible,¹⁹⁹ toda aquella política pública, intervención o acción que tenga por objetivo contribuir con el bienestar y la salud de las infancias debe partir del interés superior de la niñez, la igualdad, la no discriminación, y el derecho a la supervivencia y al desarrollo. La aplicación de éste, que es un principio clave y orientador en materia de infancias, se traduce en que los Estados se encuentran obligados a ampliar la cobertura para este grupo de atención prioritaria en lo que se refiere a los cuidados y la educación que reciben en etapas que son consideradas críticas para el desarrollo.²⁰⁰

Como se ha señalado antes, los efectos positivos sobre la calidad de vida y el bienestar de las infancias cuando acceden a servicios institucionalizados de cuidados y educación están más que documentados. No obstante, en el caso de las infancias que viven en circunstancias de desigualdad y marginación, el asunto no sólo está relacionado con el acceso a los servicios, sino también con la calidad de éstos, ya que por los mayores vacíos estructurales que rodean a estas poblaciones no se rigen por los más altos criterios. Por lo tanto, toda política pública impulsada en este ámbito debe considerar estándares rectores que esos servicios deben cubrir, con el fin de no reproducir ni agudizar la vulnerabilidad y el riesgo en el que ya se encuentran quienes acuden a solicitarlos.

Cuando se trata de intervenciones destinadas a mejorar la calidad de vida y bienestar de las infancias, cuanto antes es mejor; además, el paso del tiempo sin acciones específicas para atender sus necesidades conspira en su contra. Bajo ese telón, aun cuando se enfrenten carencias importantes en la primera infancia –periodo crítico en el desarrollo–, las intervenciones realizadas en una etapa temprana cuentan con el potencial para atenuar y disminuir las problemáticas que puedan presentarse en la adolescencia y adultez. Es decir, invertir recursos sociales, económicos, culturales, políticos y humanos en desarrollar y ejecutar intervenciones

¹⁹⁸ Flavia Marco, *Calidad del cuidado y la educación para la primera infancia en América Latina: igualdad para hoy y mañana*, Santiago, ONU (Serie Políticas Sociales), 2014.

¹⁹⁹ Convención sobre los Derechos del Niño.

²⁰⁰ Flavia Marco, *Calidad del cuidado y la educación para la primera infancia en América Latina: igualdad para hoy y mañana*, op. cit.



y estrategias orientadas hacia las primeras etapas de vida siempre resultará rentable.²⁰¹ Esto se aplica, por supuesto, a todas las intervenciones y estrategias orientadas a la atención de la salud mental.

En ese contexto, uno de los ejes centrales de la Estrategia realizada y que se presenta en este informe es el cuidado, con razón de lo siguiente:

En primera instancia, el cuidado está vinculado con el sostenimiento de la vida, dimensión que precisamente se ve afectada cuando una persona presenta ideación, planeación suicida o comete un suicidio. En el caso de las personas que se suicidan, es precisamente la imposibilidad para sostener la vida –cuando existe dolor, sufrimiento y se está frente a condiciones adversas– lo que genera que éste aparezca como una alternativa frente a un futuro en el que ya no se dibujan otros caminos. El suicidio se encuentra fuertemente vinculado con la desesperanza y con la consideración de que no existe otro futuro posible. Si una persona no cuenta con las condiciones dignas y suficientes para asegurar su vida, integridad y bienestar, resulta poco viable que pueda sostenerla y, más aún, que esté en posibilidades de salvaguardarla y cuidarla. Ello no debiera verse como un asunto individual y familiar, como ya se ha enfatizado a lo largo de este documento, sino como una falla en el actuar de distintas entidades para asegurar la sostenibilidad de la vida: las autoridades, el mercado, las sociedades, las familias, entre otros.

Como parte del Estado, se debe destacar el papel central y decisivo que juegan los sistemas educativos en los primeros años de vida de las personas. Luego del sistema familiar, son los contextos escolares los ambientes en donde las infancias pasan la mayor parte de su tiempo, socializan, aprenden, se desarrollan y enfrentan una serie de desafíos que tienen por objetivo contribuir a su bienestar. Así, se reconoce que los contextos escolares deben constituirse como garantes, protectores y respetuosos de los derechos de las infancias, como son los derechos a la salud y a una vida libre de violencia, como ya se ha descrito.

Anteriormente, frente a la visión privatizada que se tenía del cuidado, se solía considerar a éste y la educación como aspectos distintos, divididos entre dos actores sociales: a las familias les correspondía el cuidado de las infancias y adolescencias, y a las autoridades escolares el proceso de enseñanza y aprendizaje. No obstante, actualmente se reconoce que el cuidado y la educación son dos prácticas sociales inseparables que en su conjunto tienen un peso importante y definitorio para el desarrollo de las infancias y adolescencias.²⁰²

Dentro del espacio escolar se brindan formas de cuidado institucionalizadas que en ocasiones enfrentan diversos vacíos estructurales que ponen en riesgo su calidad; por mencionar

²⁰¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estándares para los programas de prácticas de crianza y el desarrollo de la primera infancia en países de renta media y baja*, Unicef, 2018.

²⁰² Flavia Marco, *Calidad del cuidado y la educación para la primera infancia en América Latina: igualdad para hoy y mañana*, op. cit.



algunos: las fallas en la infraestructura, en la capacitación del personal y para dar respuesta a diversas problemáticas, entre otras.²⁰³ Uno de esos vacíos es el que se refiere a la formación y sensibilización del personal docente y directivo en materia de salud mental, hecho que sin duda condiciona fuertemente su capacidad de respuesta frente a problemáticas complejas como el abordaje del suicidio.

En 2023 se presentó una iniciativa con proyecto de decreto para reformar y adicionar diversas disposiciones de la Ley General de Educación, en materia de salud mental.²⁰⁴ En ésta, en consonancia con las recomendaciones de la OMS en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030, se establece la necesidad de implementar programas de atención a la salud mental que tengan como objetivo su promoción en el ámbito escolar, la prevención del suicidio, la desestigmatización de estas temáticas, entre otras. A razón de lo sugerido en la iniciativa, se propone reconocer el espacio escolar como uno determinante en la salud mental de las infancias y adolescencias.

En tal iniciativa se enfatiza que los entornos escolares deben garantizar las intervenciones tempranas en salud mental a las infancias y adolescencias, así como el acceso a servicios especializados cuando así se requiera. Un factor que anteriormente no había sido retomado en materia de salud y educación, y que se advierte como favorable en la iniciativa, es señalar la obligación que tienen las escuelas para contar con personal de apoyo psicosocial o personas promotoras de bienestar, capaces de detectar y dar seguimiento a niñas, niños y adolescentes que presenten alguna condición de salud mental. Esta sugerencia se dirige a uno de los grandes vacíos estructurales en relación con la salud mental y el contexto escolar: garantizar el acceso a servicios de salud mental desde el ámbito escolar.

En la citada iniciativa se menciona el impulso que se debe dar a programas que sensibilicen a la comunidad escolar sobre temas de salud mental; el desarrollo de actividades específicamente orientadas hacia las personas responsables de cuidado y crianza sobre la salud mental de las infancias; y se establecen las atribuciones que tienen las autoridades federales y locales del sistema educativo para promover y proteger la salud mental de las infancias y adolescencias, haciéndolo en colaboración cercana y directa con el sistema de salud. Lo anterior es otro avance observado en la iniciativa, al reconocer los temas de salud mental con un enfoque comunitario, es decir, que debe ser resultado de la articulación de múltiples agentes sociales, desde las familias y las personas, hasta los sistemas de salud y educación, por mencionar algunos.

²⁰³ *Idem.*

²⁰⁴ Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Educación, en materia de Salud Mental, disponible en <https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/65/3/2023-12-14-1/assets/documentos/Ini_Morena_Sen_Alejandro_Mier_Materia_Salud_Mental.pdf>, página consultada el 29 de agosto de 2024.



La iniciativa propone pasos clave y sólidos al vincular el cuidado y la educación como dos aspectos interdependientes que inciden directamente en la salud mental de las infancias y adolescencias y, por lo tanto, en su integridad, bienestar integral, así como en la prevención de hechos como el suicidio. El desarrollo de un marco jurídico protector y progresista, como el que aparece en la mencionada iniciativa, es fundamental, pero es más importante que se traduzca en acciones específicas que estén sujetas a revisión, seguimiento y rendición de cuentas; sólo así podrán realizarse los ajustes necesarios para atender temas que resultan complejos, cambiantes y que requieren de la articulación de múltiples recursos e instituciones, como es el caso de la salud mental y el suicidio en niñas y niños.



**v. Estrategia de prevención
y atención del suicidio en la
Escuela Primaria General Antonio
Rosales: trabajo interinstitucional
entre la CDHCM y la Ibero Ciudad
de México**



1. Metodología de la intervención

La promoción y protección de la salud mental, así como la prevención y atención del suicidio, por las implicaciones que tienen para el bienestar y calidad de vida de las personas deben ser asuntos prioritarios para las instituciones, las autoridades del Estado y para las sociedades en general, con especial énfasis en las personas que forman parte de grupos de atención prioritaria, como es el caso de niñas, niños y adolescentes. Es reconocido que en este grupo poblacional cualquier estrategia dirigida a atender temas de salud mental y prevención del suicidio muestra beneficios tanto en lo inmediato como a largo plazo. Es decir, toda estrategia en esta etapa es, sin duda, rentable.

Al tener interés por abordar temas vinculados con el bienestar integral de las infancias, la CDHCM realizó durante 2023 la consulta participativa Violencia entre pares. Opiniones de infancias y adolescencias de primarias y secundarias de la Ciudad de México.²⁰⁵ En la referida consulta, las infancias y adolescencias destacaron que la violencia entre pares es un fenómeno complejo, grave, que requiere de atención inmediata y articulada entre diferentes actores sociales, además de enfatizar que, por los impactos que se presentan en la salud mental, ésta puede derivar en ideación, planeación e intento suicida.

En la consulta se destaca que la identificación del suicidio como una consecuencia agravada de la violencia entre pares, por parte de la población participante, coloca en el centro a una problemática de salud pública que merece la atención urgente del Estado, la sociedad civil, las familias y cualquier otro agente social que se encuentre directa o indirectamente involucrado en el abordaje de fenómenos como éste. Se enfatiza, por lo tanto, la necesidad de diseñar e implementar estrategias específicas de atención, prevención y seguimiento de temas vinculados con la salud mental y el suicidio, particularmente dirigidas a infancias y adolescencias.

En el marco de lo anterior y en seguimiento a tales recomendaciones derivadas de la consulta, la DAP de la CDHCM diseñó e implementó, en colaboración con la DEEDH y la Ibero Ciudad de México, una estrategia dirigida a la atención y prevención del suicidio en infancias.

²⁰⁵ Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, *Violencia entre pares. Opiniones de infancias y adolescencias de primarias y secundarias de la Ciudad de México*, op. cit.



De esta manera, se partió del siguiente objetivo general:

Desarrollar una estrategia dirigida a la atención y prevención del suicidio en infancias, desde los enfoques comunitario, psicosocial, de género, en infancias y derechos humanos, con el fin de promover su bienestar psicosocial y favorecer su salud mental.

A la par se establecieron los siguientes objetivos específicos:

1. Que la comunidad escolar se sensibilice en relación con el tema de salud mental, haciendo especial énfasis en problemáticas específicas y de alta relevancia como el suicidio.
2. Que la comunidad escolar cuente con herramientas básicas para la detección y atención de problemáticas vinculadas con la salud mental y el suicidio.
3. Que la comunidad escolar se consolide como un entorno seguro en el que se fomenten conversaciones informadas y sensibles en relación con los temas de salud mental y suicidio.

La Estrategia contempló la participación activa de la comunidad de la Escuela Primaria General Antonio Rosales y constó de las siguientes fases: diagnóstico participativo, capacitación del personal que implementó la Estrategia, diseño y desarrollo del plan de trabajo, implementación de la Estrategia, así como supervisión y evaluación de ésta.

2. Las premisas de la investigación-acción participativa como método de intervención e investigación social

A razón del objetivo general planteado para la Estrategia, las distintas acciones que conformaron las fases antes mencionadas se realizaron bajo los supuestos de la investigación-acción participativa (IAP) como método de intervención e investigación social que facilita, además, la sistematización, el análisis y la presentación de resultados.

En primer lugar, la IAP otorga un papel protagónico a las comunidades con las que se piensa colaborar. Es decir, desde la IAP cualquier estrategia, intervención o investigación que se realice con temas que son de relevancia social, como es el caso del suicidio, debe hacerse mediante esquemas que operen de *abajo hacia arriba*, es decir, partiendo desde las voces de las personas que están directamente involucradas en la problemática que se va a abordar. Asumir esta posición permite evitar tanto intervenciones que son asistencialistas como aquellas que son realizadas para satisfacer únicamente los fines de la persona investigadora o de cualquier otra agenda que no sea la comunitaria.²⁰⁶

²⁰⁶ Paloma Bru Martín y Manuel Basagoiti, “La investigación-acción participativa como metodología de mediación e integración socio-comunitaria”, disponible en <https://pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/6/documentos_investigacion.pdf>, página consultada el 30 de agosto de 2024.



Para la IAP, es la propia comunidad misma la que funge como agente de transformación, pues es capaz de definir cuáles son los aspectos clave que deben abordarse y problematizarse con el fin de lograr un cambio efectivo que esté acorde con sus necesidades. El objetivo final de la IAP es *conocer para transformar*, pero lo primero sólo puede hacerse si se escucha de forma directa y abierta a quienes en su actuar cotidiano se ven confrontados con las consecuencias de las problemáticas sociales complejas, como es el caso de aquellas vinculadas con la salud mental y el suicidio.²⁰⁷ Como señala Ander-Egg, la comunidad es capaz de aportar conocimiento sobre la realidad que es objeto de estudio, y también facilita su comprensión.²⁰⁸

La IAP parte de los problemas o las necesidades *sentidas* y no de aquellas impuestas por algún otro agente. De esta forma, la comunidad participa de forma activa durante todo el proceso o en alguna fase de éste, según se considere necesario. Es así como las metodologías como ésta favorecen la participación ciudadana, contribuyen a la cohesión e integración comunitaria y fortalecen la articulación social.

Por otra parte, habrá que señalar que la IAP, si bien cuenta con una serie de premisas básicas, es un método de intervención social flexible que se ajusta siempre a las particularidades del objetivo que se persigue y de la comunidad con la que se está colaborando. La IAP suele preferir, por sus objetivos generales, el uso de técnicas y métodos primordialmente cualitativos antes que cuantitativos; su intención es apuntar hacia la resolución de problemas, la transformación social y la promoción del protagonismo de las comunidades sobre las situaciones que les aquejan.

Una vez descritas las premisas que sostienen el método de intervención e investigación social seleccionado para el desarrollo de la presente Estrategia, es pertinente señalar las distintas acciones que se llevaron a cabo durante cada una de las fases antes mencionadas. A continuación se muestra un cuadro que describe de manera sucinta cada una de las fases y las actividades que se realizaron en éstas; posteriormente, se destacan algunos aspectos que se consideran relevantes.

Cuadro 1. Fases y actividades de la Estrategia

Fase	Actividades	Periodo en que se realizó
Diagnóstico participativo	Realización de talleres con cada uno de los grupos conformantes de la comunidad escolar, para identificar las necesidades específicas de ésta, con el objetivo de implementar acciones pertinentes que respondan a las necesidades expresadas y sentidas por la comunidad.	Noviembre de 2023 a enero de 2024.

²⁰⁷ *Idem.*

²⁰⁸ Ezequiel Ander-Egg, *Repensando la investigación-acción participativa*, Buenos Aires, Lumen, 2001.



Cuadro 1. Fases y actividades de la Estrategia (continuación)

Fase	Actividades	Periodo en que se realizó
<p>Capacitación del personal que implementó la Estrategia</p>	<p>En función de los enfoques transversales que guiaron la intervención, con el fin de fortalecer y enriquecer las habilidades y conocimientos del equipo de trabajo que participó en el diseño y facilitación de la Estrategia, se impartieron los siguientes talleres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taller Principios de justicia restaurativa, impartido por la Ibero Ciudad de México. • Taller Principios de las prácticas narrativas en contextos comunitarios, impartido por personal de la DAP. • Conferencia Prevención y atención del suicidio en las infancias impartida por personal de Conasama. 	<p>Diciembre de 2023 a febrero de 2024.</p>
<p>Diseño y desarrollo de plan de trabajo</p>	<p>A partir de lo detectado en el diagnóstico participativo, y de la identificación de las necesidades y características específicas de la comunidad escolar, se llevó a cabo un trabajo colaborativo en el que participaron áreas de la CDHCM como la DEEDH y la DAP; además de la Ibero Ciudad de México. En función del conocimiento y expertise de cada área se diseñaron las sesiones que conformarían la fase de implementación de la Estrategia dirigida a la atención y prevención del suicidio entre las infancias.</p> <p>Esta fase requirió de un trabajo interdisciplinario e interinstitucional, así como del diálogo constante entre cada una de las áreas participantes.</p> <p>Ello permitió que, aun cuando se implementaron acciones diferenciadas en función de las características de cada uno de los grupos, éstas constituyeron una estrategia articulada capaz de dar respuesta a los objetivos planteados para la Estrategia.</p>	<p>Septiembre a noviembre de 2023.</p>
<p>Implementación de la Estrategia</p>	<p>Durante esta fase se impartió una serie de talleres presenciales con cada uno de los grupos conformantes de la comunidad escolar, los cuales respondieron a los ejes temáticos definidos con el diagnóstico participativo.</p> <p>El número de sesiones que se impartió a cada grupo se determinó con base en las necesidades detectadas y la disponibilidad de tiempo de cada uno. Asimismo, si bien los ejes temáticos que guiaron la Estrategia fueron los mismos para todos los grupos, se realizaron los ajustes pertinentes y se llevó a cabo un trabajo diferenciado a partir de las características específicas de las personas integrantes de la comunidad.</p> <p>Así, las sesiones con cada uno de los grupos estuvieron distribuidas de la siguiente manera:</p>	<p>Enero a julio de 2024.</p>



Cuadro 1. Fases y actividades de la Estrategia (continuación)

Fase	Actividades		Periodo en que se realizó
Implementación de la Estrategia	Grupo	Número de sesiones	Enero a julio de 2024.
	Infancias	7	
	Personas responsables de cuidado	5	
	Personal docente y directivo	5	
	<p>En el caso particular de las personas responsables de cuidado, además de los talleres presenciales y en seguimiento a lo directamente solicitado por ellas, se impartieron pláticas virtuales sobre temas específicos. Las personas responsables de cuidado y crianza señalaron que a pesar del interés que tenían sobre las temáticas abordadas durante la Estrategia, enfrentaban una serie de dificultades para asistir a los talleres presenciales a raíz de las actividades laborales y de cuidado y crianza que llevaban a cabo.</p> <p>En razón de lo anterior, el personal de la DAP impartió cuatro pláticas vía Zoom, las cuales se enlistan a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Violencia entre pares. • Prevención del suicidio en infancias. • Construyendo redes de cuidado para las infancias. • Discriminación hacia las infancias. <p>Es importante señalar que para tales pláticas y frente a la necesidad expresada por la comunidad escolar, la convocatoria para dichos espacios fue abierta, por lo que se contó con personas responsables de cuidado y crianza de los distintos grados de primaria. Derivado de la apertura de la convocatoria, durante las pláticas virtuales se contó con la asistencia de un total de 279 personas responsables de cuidado y crianza.</p> <p>Aunado a las sesiones implementadas con cada uno de los grupos, para dar cierre a la intervención se realizó un encuentro comunitario denominado Feria del Autocuidado y <i>Buentrato</i>, en la que participaron todos los grupos conformantes de la comunidad educativa. Durante ésta se realizaron distintas actividades lúdicas en las que se destacó la importancia del cuidado de la salud mental en las infancias, se consolidó lo realizado durante la Estrategia y se fortaleció el mensaje en torno a la trascendencia de abordar la salud mental y el suicidio desde una mirada comunitaria y colectiva.</p>		



Cuadro 1. Fases y actividades de la Estrategia (continuación)

Fase	Actividades	Periodo en que se realizó
Supervisión y evaluación de la Estrategia	<p>Con el objetivo de dar seguimiento a los avances de la Estrategia, dar y recibir retroalimentación entre cada uno de los equipos de trabajo y realizar los ajustes pertinentes a la Estrategia, se estableció un mecanismo de supervisión en el que participaban todas las personas facilitadoras.</p> <p>Dicho mecanismo consistió en reuniones mensuales o bimestrales, según la disponibilidad de tiempo con la que se contó, en las que los equipos de trabajo dieron cuenta de los hallazgos encontrados con cada uno de los grupos de la comunidad, así como de las dificultades enfrentadas durante el proceso de implementación; a partir del diálogo se proporcionaron ideas y se definieron de manera conjunta distintas líneas de acción que permitieron dar continuidad a la Estrategia, hacer frente a las dificultades encontradas y dar respuestas a las necesidades emergentes dentro de la comunidad.</p>	<p>Noviembre de 2023 a junio de 2024.</p>

En función de lo señalado en el cuadro, a continuación se describen con mayor profundidad y detalle los resultados del diagnóstico participativo; a partir de esto se definieron los ejes temáticos que guiaron la Estrategia, así como el plan de trabajo que la orientó. También se refieren de manera más extensa los mecanismos de supervisión y evaluación implementados durante ésta.

3. Sobre el diagnóstico participativo

El diagnóstico incluyó a distintos actores de la comunidad escolar, tales como personal docente y directivo, personas responsables de cuidado y crianza e infancias, contando con la participación de aproximadamente 144 personas distribuidas de la siguiente manera:

Cuadro 2. Número de personas por grupo de trabajo

Actores de la comunidad escolar	Núm. de personas
Infancias	99
Personal docente y directivo	18
Personas responsables de cuidado	27

Para la realización del diagnóstico, el personal de la CDHCM y de la Ibero Ciudad de México que colaboró en la estrategia se organizó en tres equipos, con el fin de que cada uno de éstos liderara el trabajo con un determinado grupo de la comunidad escolar, y así facilitar el desarrollo e implementación de las distintas acciones que formaron parte de la intervención. Sin



embargo, ésta no dejó de ser entendida como un trabajo integral, comunitario y colaborativo. De tal forma, la DEEDH trabajó con infancias, la Ibero Ciudad de México con personal docente y directivo, y la DAP con personas responsables de cuidado y crianza.

Así, el diagnóstico consistió en un conjunto de actividades grupales basadas en metodologías participativas, dialógico-reflexivas, vivenciales y socioafectivas.²⁰⁹

Para la realización del diagnóstico se llevaron a cabo dos sesiones de trabajo con cada uno de los grupos conformantes de la comunidad escolar, con excepción de las infancias, con quienes se trabajó en tres ocasiones, tomando en cuenta que el centro de la Estrategia giró en torno a sus percepciones y necesidades identificadas sobre la problemática planteada, por lo que se consideró importante contar con una sesión más durante esta fase.

A partir de la información obtenida durante las sesiones, se desarrolló un proceso de análisis que permitió identificar las necesidades de la comunidad escolar, especialmente las relacionadas con la salud mental de las infancias. Cabe destacar que los resultados del diagnóstico fueron socializados con los tres grupos de trabajo, con el objetivo de verificar si las necesidades detectadas eran pertinentes y de interés para la comunidad escolar.

Con base en lo anterior, se establecieron tres ejes temáticos sobre los que se construyó la Estrategia: salud mental, suicidio y cuidado. Al analizar las características específicas de cada grupo de la comunidad escolar, se identificaron, a su vez, categorías y subcategorías particulares para cada uno de ellos. En seguida, se muestra el plan de trabajo diseñado para cada grupo.

4. Plan de trabajo

Personas responsables de cuidado y crianza

A continuación se presenta de manera general las categorías y subcategorías que se generaron a partir del diagnóstico realizado a personas responsables de cuidado, las cuales dan cuenta de las ideas, concepciones y posturas que tienen las personas integrantes de este grupo sobre la salud mental, particularmente sobre el suicidio; los factores individuales y contextuales que inciden en esta problemática, y los recursos y formas de cuidado que ante ésta pueden poner en marcha.

²⁰⁹ Cécile Barbeito Thonon et al., *Buenas prácticas de evaluación en educación para la paz en contexto de conflicto armado. Evaluar proyectos de educación para la paz. Informe resumen*, Escola de Cultura de Pau, 2008, disponible en <https://ddd.uab.cat/pub/recdoc/2008/222235/avaproedupau_a2008iESP.pdf>, página consultada el 14 de octubre de 2024.



Cuadro 3. Ejes temáticos para el trabajo con personas responsables de cuidado y crianza

Eje temático: Salud mental
Categoría: Concepciones de salud mental.
Categoría: Factores que impactan la salud mental de las personas responsables de cuidado y crianza.
Subcategorías: <ul style="list-style-type: none"> • Preocupación por el bienestar de las infancias. • Incertidumbre ante los retos relacionados con la transición de la infancia a otra etapa escolar y de vida (adolescencia). • Temor ante la imposibilidad de ejercer el cuidado. • Preocupación por los contextos en que se desenvuelven las infancias y los riesgos asociados a éstos.
Categoría: Importancia del cuidado de la salud mental.
Eje temático: Suicidio
Categoría: Factores de riesgo.
Subcategorías: <ul style="list-style-type: none"> • Exposición a contextos violentos o no protectores. • Uso de redes sociales: exposición a contenido violento. • Falla en los recursos de afrontamiento y/o gestión emocional.
Categoría: Formas de prevención y atención del suicidio.
Subcategorías: <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer las posibles señales de riesgo suicida. • Habilitar espacios de diálogo y escucha. • Proporcionar información y fortalecer recursos de afrontamiento.
Eje temático: Cuidado
Categoría: Formas de cuidado hacia las infancias y adolescencias.
Subcategorías: <ul style="list-style-type: none"> • Atención activa e interés positivo. • Promover espacios seguros, sostenidos en la confianza, amor y respeto. • Dotar a las infancias de herramientas y recursos de afrontamiento.
Categoría: Formas de cuidado hacia sí mismas (personas responsables de cuidado).
Subcategorías: <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de la salud mental. • Reconocimiento y expresión de sus emociones.
Categoría: El cuidado como cuestión colectiva.

Personal docente y directivo

Como se mencionó anteriormente, el diagnóstico participativo con personal docente y directivo se llevó a cabo en dos sesiones a las que asistieron 18 personas. Derivado del trabajo realizado junto con las personas del grupo, y teniendo como estrategias un ejercicio de fotografía, voz y un mapeo participativo, se lograron identificar las siguientes categorías y subcategorías conceptuales que el personal docente y directivo tienen en relación con la noción de cuidado y cuidado para la vida, así como sobre salud mental y suicidio.



Cuadro 4. Ejes temáticos para el trabajo con personal docente y directivo

Eje temático: Cuidado
Categoría: Cuidado de la vida.
Subcategorías: <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de la persona. • Cuidado del entorno. • Cuidado del cuerpo. • Cuidado de la salud mental. • Docentes como figuras de cuidado. • Preocupación por el cuidado emocional de las infancias.
Categoría: Factores de riesgo y protección en el entorno escolar.
Subcategorías: <ul style="list-style-type: none"> • Normalización de los distintos tipos de violencias entre pares y en el ámbito familiar. • Desarrollo de factores de cuidado en el entorno escolar. • Violencias y su relación con el desarrollo de problemas de salud mental.
Eje temático: Salud mental
Categoría: Factores de riesgo y protección vinculados con la salud mental y el suicidio.
Subcategorías: <ul style="list-style-type: none"> • La influencia del entorno familiar en la salud mental de las infancias. • El papel del personal docente como factor de protección para la salud mental de las infancias. • La importancia de la salud mental propia y la relación con la figura de cuidado que representan en el entorno escolar. • Construyendo redes de cuidado.

Infancias

Acerca de las actividades efectuadas con las infancias, en el siguiente cuadro se presentan los ejes temáticos y sus respectivas categorías y subcategorías de acuerdo con el ejercicio de diagnóstico participativo realizado con niñas, niños y adolescentes de los grupos de 5° y 6° grados de la Escuela Primaria General Antonio Rosales. Esta clasificación muestra las aportaciones de las infancias respecto de los temas: derecho a la salud mental, derecho al cuidado, derecho a una vida libre de violencia y derecho a la escucha.

Cuadro 5. Ejes temáticos para el trabajo con infancias

Eje temático: Derecho a la salud mental
Categoría: Habilidades psicosociales y gestión emocional.
Subcategorías: <ul style="list-style-type: none"> • Autopercepción. • Reconocimiento, expresión y gestión emocional. • Habilidades psicosociales y empatía: desarrollo de la habilidad para compartir y entender las emociones de las otras personas. • Prácticas de riesgo.
Categoría: Psicoeducación sobre el suicidio.
Subcategorías: <ul style="list-style-type: none"> • Abordaje sobre el suicidio.



Cuadro 5. Ejes temáticos para el trabajo con infancias (*continuación*)

Eje temático: Derecho a la salud mental
Categoría: Psicoeducación sobre el suicidio.
Subcategorías: <ul style="list-style-type: none"> • Pérdidas, duelos y muerte. • Factores de riesgo. • Factores de protección.
Eje temático: Derecho al cuidado
Categoría: Autocuidado.
Subcategoría: <ul style="list-style-type: none"> • Prácticas de autocuidado.
Categoría: Recibir cuidados.
Subcategorías: <ul style="list-style-type: none"> • Responsables de crianza y de cuidado. • Espacios seguros.
Categoría: Cuidar.
Subcategoría: <ul style="list-style-type: none"> • Prácticas de cuidado colectivo.
Eje temático: Derecho a una vida libre de violencia
Categoría: Violencias.
Subcategorías: <ul style="list-style-type: none"> • Violencia entre pares. • Violencia digital. • Violencia física. • Violencia sexual. • Violencia en la familia. • Discriminación. • Violencia contra grupos de atención prioritaria.
Categoría: Tejido social.
Subcategorías: <ul style="list-style-type: none"> • Identidad grupal y promoción del sentido de pertenencia. • Diálogo y escucha.
Eje temático: Derecho a la escucha
Categoría: Participación.
Subcategorías: <ul style="list-style-type: none"> • Opinión. • Escucha activa.

5. Evaluación y supervisión de la Estrategia

Como parte de las acciones para monitorear el progreso de la intervención, se implementó un mecanismo de supervisión en el que todas las personas involucradas en el desarrollo de la Estrategia se reunían con el fin de conocer aspectos relevantes de cada una de las sesiones y para brindar retroalimentación a cada equipo de trabajo.



De igual manera, con el fin de tener insumos para evaluar y dar seguimiento a la multicitada Estrategia, se diseñaron diversos instrumentos para recopilar información, ajustados a las particularidades de cada uno de los grupos de la comunidad escolar.

En el caso de las personas responsables de cuidado y crianza se diseñaron los siguientes instrumentos:

- Cuestionario sobre los conocimientos previos de la comunidad en relación con el tema de salud mental y suicidio.
- Cuestionario de datos sociodemográficos.
- Cuestionario de evaluación para cada una de las sesiones, realizado por las personas participantes.
- Bitácoras por sesión, realizadas por las personas facilitadoras.

En el caso del personal docente:

- Cuestionario sobre datos sociodemográficos.
- Cuestionario para conocer su percepción sobre la noción de cuidado y salud mental.
- Relatoría de las sesiones realizadas por parte de las personas facilitadoras de los talleres.

En el caso de las infancias, se utilizaron dos mecanismos que permitieron conocer su percepción y emociones durante el desarrollo de todas las sesiones:

- Herramienta denominada Cofre de tesoros.
- Herramienta denominada Termómetro de las emociones.
- Bitácoras por sesión, realizadas por las personas facilitadoras de las sesiones.
- Notas informativas, realizadas por las personas facilitadoras, en las que se destacaron los aspectos más sobresalientes de las sesiones con infancias.

Aunado a estos elementos, en diversas sesiones se obtuvo material fotográfico y de audio, previo aviso y consentimiento de la comunidad escolar. Además, se guardaron registros de materiales que las personas realizaron durante las actividades, como es el caso de reflexiones, dibujos, y cualquier otro insumo que facilitó el análisis de resultados y la evaluación de la Estrategia; también previa autorización de las personas participantes.

6. Sistematización y análisis de la información

Para la sistematización y análisis de la información obtenida de la variedad de recursos antes descritos, se empleó el *software* NVivo. Dicho programa facilita el análisis y tratamiento de datos de tipo cualitativo. NVivo permite la clasificación, organización y análisis de datos cua-



litativos, mejorando la calidad de los hallazgos que son presentados.²¹⁰ Aunado a esto, NVivo habilita la presentación del análisis de resultados con diferentes estrategias visuales, como es el caso de las que aparecen en la Estrategia.

De esta manera, el análisis de los resultados implicó lo siguiente:

- Tanto las audiograbaciones como los insumos que fueron realizados por los grupos de trabajo, tales como dibujos, reflexiones en papel u otras, fueron transcritos y se sumaron a la información contenida en los instrumentos diseñados para la evaluación y el seguimiento de la Estrategia.
- Una vez que se contó con el total de la información, ésta fue cargada en NVivo para su tratamiento. El análisis siguió el método de comparación-contrastación constante, el cual derivó en un proceso de codificación de la información y, en un segundo momento, a la identificación de categorías y subcategorías. Posteriormente, las categorías y subcategorías fueron revisadas y afinadas hasta dar paso a los resultados. Cabe señalar que la revisión continua de las categorías y subcategorías asegura la verificabilidad y densidad de los hallazgos presentados.²¹¹

7. ¿Quiénes participaron en la Estrategia?

A continuación se muestran datos generales de los tres grupos de personas que participaron en la Estrategia:

- Niñas, niños y adolescentes.
- Personal docente y directivo.
- Personas responsables de cuidado y crianza.

Respecto de las niñas, los niños y las y los adolescentes, se trabajó con cuatro grupos de la primaria, dos de 5° y dos de 6°, siendo un total de 121 alumnas y alumnos que se distribuyen de la siguiente manera: de 5° fueron 57 y de 6°, 64. En cuanto a la distribución por sexo, 46% eran niñas y 54% niños. Sus edades oscilaron entre los nueve y 11 años de edad.

Acerca del personal docente y directivo, se trabajó aproximadamente con 18 personas, siendo 67% mujeres y 33% hombres.

²¹⁰ Kerry Dhakal, "NVivo. A qualitative data analysis software tool, QSR International", en *Journal of the Medical Library Association*, vol. 110, núm. 2, 1 de abril de 2022, pp. 270–272, disponible en <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35440911/>>, página consultada el 14 de octubre de 2024.

²¹¹ Yun-Hee Jeon, "The application of grounded theory and symbolic interactionism", en *Scandinavian Journal of Caring Science*, vol. 18, núm. 3, septiembre de 2004, pp. 249-256, disponible en <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15355518/>>, página consultada el 14 de octubre de 2024.



Y de las personas responsables de cuidado y crianza, participaron 86 en la Estrategia, de las cuales 88% eran mujeres y 9% hombres.²¹² La edad de los hombres osciló entre los 30 y 64 años; la de las mujeres entre los 24 y 76 años, predominando el rango de edad de 30 a 39 años, con 46 por ciento.

En cuanto al lugar de nacimiento, 86% nació en la Ciudad de México y el resto en otros estados del país como Puebla, Veracruz, Estado de México, Oaxaca, Chiapas, Michoacán, Sonora y Toluca. Asimismo, con respecto a la residencia actual, 98% refirió vivir en la Ciudad de México, específicamente en la alcaldía Álvaro Obregón.²¹³

En relación con la escolaridad, 50% cuenta con el nivel básico (primaria y secundaria), 37% con el nivel medio superior, 8% con el nivel superior y 1% tiene posgrado. Cabe mencionar que 2% refirió saber leer y escribir sin especificar algún nivel de escolaridad.²¹⁴

Acerca de la ocupación, 45% realiza actividades laborales remuneradas, porcentaje que se distribuye de la siguiente manera: 35% cuenta con un empleo formal²¹⁵ y 15% tiene un empleo informal.²¹⁶ En el mismo sentido, 6% refirió como otras ocupaciones ser persona *jubilada*, *pensionada* o *estudiante*; mientras que 41% indicó dedicarse al trabajo no remunerado en el hogar, es decir, a actividades relacionadas con labores domésticas y de cuidado. En este aspecto es importante destacar que quienes señalaron realizar dichas actividades fueron todas mujeres. Por otra parte, 3% dijo encontrarse en situación de desempleo.

Sobre las actividades específicas de cuidado no remuneradas, 25% señaló brindar dichos cuidados a personas mayores, a personas que viven con alguna enfermedad y/o con discapacidad, y a niñas, niños y adolescentes.

En cuanto al estado civil, 72% de las personas se encuentra en una relación de matrimonio o unión libre, 14% está soltera, 10% es divorciada o separada y 3% viuda.

²¹² 2% de las personas no respondió cuál era su sexo.

²¹³ 1% de las personas no respondió el lugar en el que radica actualmente.

²¹⁴ 1% de las personas no respondió el nivel de escolaridad con el que contaba.

²¹⁵ Los *empleados formales* son aquellos *trabajadores asalariados* registrados en la *seguridad social*, principalmente en empresas formales medianas y grandes. Secretaría de Trabajo y Previsión Social, “¿Quiénes son empleados formales?”, 21 de noviembre de 2013, disponible en <<https://www.gob.mx/ept/es/articulos/quienes-son-empleados-formales>>, página consultada el 30 de agosto de 2024.

²¹⁶ Incluye todo trabajo remunerado (por ejemplo, tanto autoempleo como empleo asalariado que no está registrado, regulado o protegido por marcos legales o normativos, así como también trabajo no remunerado llevado a cabo en una empresa generadora de ingresos. Los trabajadores informales no cuentan con contratos de empleo seguros, prestaciones laborales, protección social o representación de los trabajadores. Organización Internacional del Trabajo, “Empleo informal”, disponible en <<https://www.oitcinterfor.org/taxonomy/term/3366>>, página consultada el 3 de septiembre de 2024.



Frente a otras características de las personas participantes, 1% refirió pertenecer a una comunidad indígena como la mixe,²¹⁷ mientras que 6% vive con una discapacidad física o motriz.

Por otra parte, para saber de manera general si las personas responsables de cuidado y crianza tenían noción respecto de adónde recurrir en caso de que alguna persona perteneciente a su familia presentara alguna condición relacionada con la salud mental, 27% refirió conocer espacios institucionales públicos y espacios privados. En cuanto a los públicos señalaron los siguientes: la CDHCM, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, los centros de salud adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Centro Integral de Salud Mental (Cisame) y el Consejo Ciudadano para la Seguridad y Justicia de la Ciudad de México. En tanto, 76% dijo no conocer ningún lugar. Asimismo, también se exploró si las personas participantes alguna vez habían recibido atención psicológica y/o psiquiátrica, a lo que 40% respondió que sí, mencionando como motivos los siguientes: duelo por pérdida de un familiar y por separación conyugal; violencia familiar; conflictos de pareja; diagnósticos de salud mental como depresión, ansiedad y esquizofrenia; consumo de sustancias; estrés y abuso.

²¹⁷ Las personas mixes se llaman a sí mismas *ayuukjä'äy*. La lengua que hablan es ayuuk, que es el nombre con que históricamente se conoce a su grupo. La región mixe se encuentra al noreste del estado de Oaxaca. Véase Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, "Etnografía del pueblo mixe de Oaxaca (ayuukjä'äy)", 8 de mayo de 2017, disponible en <<https://www.gob.mx/inpi/articulos/etnografia-del-pueblo-mixe-ayuukja-ay>>, página consultada el 3 de septiembre de 2024.



VI. Hallazgos





Hand-drawn checkmarks and stars. Includes the word "hola" written in a cursive script.

Hand-drawn checkmarks, a heart symbol, and a smiley face. Includes the word "hola" written in a cursive script.

Hand-drawn checkmarks and a smiley face. Includes the word "hola" written in a cursive script.

A large, hand-drawn letter 'D'.

Hand-drawn checkmarks and stars.

Large, bold, white letters spelling out "BIE" on a dark background.



A continuación se presentan los resultados derivados de la implementación de la Estrategia de atención y prevención del suicidio realizada con la comunidad escolar de la Escuela Primaria General Antonio Rosales, los cuales reflejan las concepciones, percepciones y propuestas de las infancias, las personas responsables de cuidado y el personal docente y directivo en torno al cuidado de la salud mental y la prevención del suicidio. En este sentido, a partir de la sistematización de la información recabada surgieron las categorías y subcategorías de análisis que se muestran en el siguiente esquema y que serán detalladas posteriormente:

Esquema 1. Categorías y subcategorías de análisis



Como se observa en el esquema 1. Categorías y subcategorías de análisis, con el proceso de análisis de resultados se identificaron cinco categorías principales, las cuales dan cuenta de las concepciones que la comunidad escolar tiene sobre la salud mental y el suicidio, así como en torno a los factores de riesgo y protección que identifican en esta materia. A su vez, los resultados muestran los recursos que tiene la comunidad para hacer frente al suicidio en las infan-



cias, así como las formas de cuidado que ha implementado para garantizar y proteger la salud mental de las niñas y los niños, y la propia, en el caso de las personas responsables de cuidado y crianza, y del personal docente y directivo.

Las categorías propuestas permiten alcanzar una comprensión más amplia sobre aspectos vinculados con la salud mental y la prevención del suicidio en las infancias; a partir de las características y el contexto particular de una comunidad escolar determinada. Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación se describen cada una de las categorías y subcategorías.

1. ¿Qué entendemos por *salud mental*?

La comunidad escolar concibe la *salud mental* como un estado de bienestar y tranquilidad que se ve reflejado en el actuar de las personas y, particularmente, en su relación con quienes les rodean. Asimismo, reconoce que este bienestar se encuentra estrechamente vinculado con la capacidad de identificar y reconocer las propias emociones como un punto de partida para gestionarlas adecuadamente y hacerles frente a las problemáticas que puedan presentarse en las distintas áreas de su vida. Un ejemplo de ello son las siguientes apreciaciones de las personas responsables de cuidado y crianza:

Es un estado de bienestar mental y nos permite a nosotros mismos hacer frente a los problemas de estrés que nos presenta la vida y tener una mejor convivencia con la gente que nos rodea.

La salud mental es estar bien conmigo misma, estar tranquila con mi forma de ser y pensar, sentirme a gusto con mi entorno y con las personas que me rodean; saber que está bien tener días buenos y malos.

Yo entiendo que es estar bien, sentirte tranquilo.

Otro hallazgo relevante es el reconocimiento de aspectos como la autoestima y el cuidado de las propias emociones como un elemento que sostiene y protege la salud mental de las personas que integran la comunidad escolar. En este tenor, las infancias destacaron la importancia de sentir que son valoradas por sus habilidades, cualidades y/o características de su personalidad, como un factor determinante para su bienestar integral. Entre las participaciones relacionadas con este tema se encuentran las siguientes:

Me gusta que me valoren y me quieran; por ejemplo, que digan cosas bonitas sobre mí y mis cosas; que no me juzguen.

Lo más valioso es mi vida, mis talentos, como cantar, hablar ante un micrófono, bailar y echarle muchas ganas a mi escuela.

Yo aprendí que puedo ser yo misma y que no me dejaré discriminar por mis gustos.

La confianza que tengo hacia mí misma.

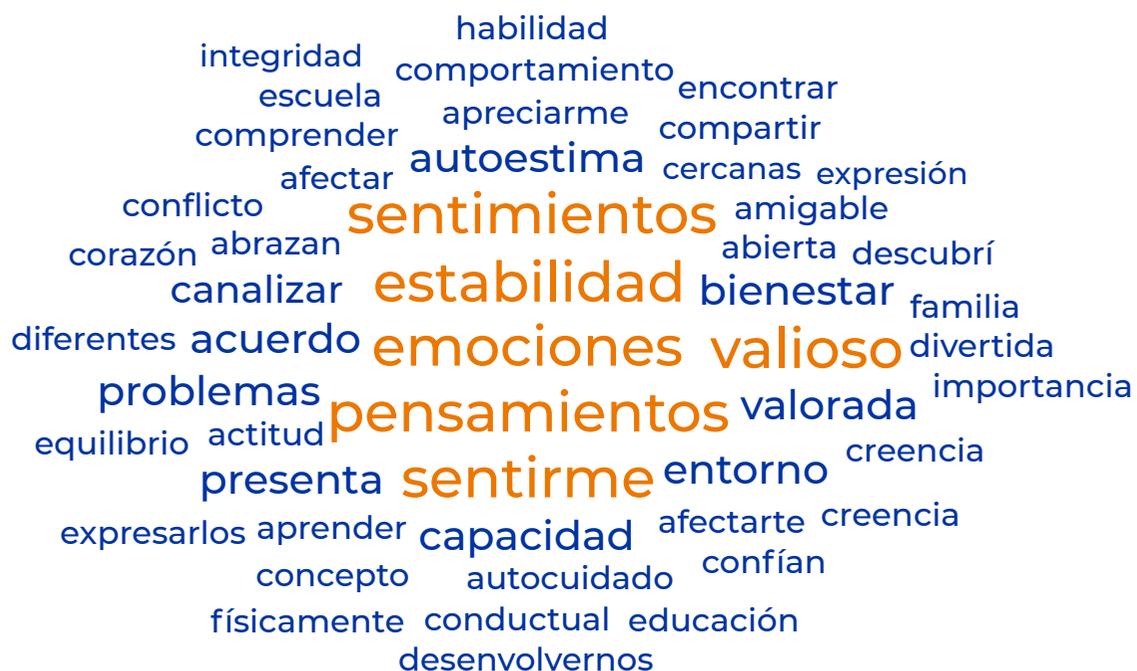


Cabe señalar que en cuanto a la percepción que tienen las personas responsables de cuidado y crianza acerca de la salud mental, sobresale el reconocimiento de que, aun cuando el cuidado de su salud mental y la de las infancias depende en cierta medida de ellas y ellos, existen momentos y situaciones en las que es necesario buscar apoyo. De manera general, la comunidad reconoce la relevancia de que se realicen acciones con el fin de atender la salud mental de sus integrantes y promover el cuidado de ésta, señalando que: “es importante porque de ella nos sostenemos; así como cuidamos el cuerpo, es importante cuidar cómo nos sentimos, y validarlo”.

La comunidad escolar participante en la Estrategia señaló la trascendencia de la salud mental para la construcción del bienestar comunitario por medio de la generación de redes de apoyo y el trabajo colectivo. Se destacó así una concepción relacional de la salud mental; lo anterior resultó clave, ya que se resaltó la necesidad de procurar la salud mental tanto de las infancias como de todas las personas integrantes de la comunidad escolar.

A partir de lo descrito, es claro que dentro de la comunidad escolar existen múltiples ideas en torno a qué es la salud mental, y éstas se configuran a partir de la experiencia particular de cada persona, así como del contexto en el que está inmersa. Además, las acepciones que cada persona construye sobre este tema no son estáticas, pues cambian constantemente en función de múltiples factores. De esta manera, en la siguiente nube de palabras se pueden apreciar las distintas ideas y concepciones que las personas pertenecientes a la comunidad tienen en relación con la salud mental.

Nube de palabras 1. ¿Qué entendemos por *salud mental*?



CONDICIONES DE SALUD MENTAL DETECTADAS POR LA COMUNIDAD

A lo largo de la implementación de la Estrategia, las personas que integran la comunidad escolar pudieron conversar acerca de situaciones relacionadas con su salud mental; expresaron sus inquietudes y preocupaciones al respecto, ya sea porque narraron experiencias personales o situaciones identificadas en sus redes cercanas, es decir, familiares, alumnas y alumnos, personal docente y personas responsables de cuidado y crianza. Entre las problemáticas de salud mental más relevantes y reconocidas por las personas de la comunidad sobresalen: elevados niveles de estrés; síntomas asociados con depresión y ansiedad; preocupación y angustia; impulsividad; baja autoestima; impactos derivados de enfrentar situaciones de violencia; conductas autolesivas y conductas asociadas al suicidio.

OBSTÁCULOS PARA EL ACCESO A LA SALUD MENTAL

Como ha sido mencionado, gran parte de las personas que integran la comunidad escolar identificaron la importancia de la salud mental como un elemento clave para el bienestar integral. Sin embargo, señalaron diferentes aspectos que les han impedido acceder a espacios de atención en este sentido; particularmente, hicieron referencia a la terapia psicológica o a la atención psiquiátrica como las principales formas de atención a la salud mental que identifican.

El primero de estos obstáculos es el relacionado con el desconocimiento y/o la desinformación respecto de los problemas de salud mental, lo que se refleja en prejuicios y estereotipos que inciden en que las personas decidan no acudir a recibir atención de profesionales de la salud, por miedo a ser juzgadas o estigmatizadas. Sobre ello, las personas responsables de cuidado y crianza señalaron lo siguiente:

Yo no sabía que había una ayuda.

Sentimos o se sienten juzgados ante los prejuicios o los estereotipos de la sociedad. Como no está normalizado, está juzgado el tema de asistir a una terapia, creo que también eso es lo que hace que la gente no vaya; cuando es algo normal.

El ir al psicólogo es un tabú que la gente tiene erróneamente.

Sabemos que socialmente está mal visto tomar terapia, pero la gente no es consciente de que lo necesitamos, y mucha gente piensa erróneamente que estás loco.

Las personas responsables de cuidado señalaron como otro de los obstáculos para buscar la orientación de profesionales de la salud mental, sobre todo en temas relativos a la crianza de sus hijas e hijos, la desaprobación de otras personas de su familia, quienes insisten en preservar formas tradicionales de ejercer la crianza y desestiman la incorporación de conocimientos actuales al respecto. Sobre ello señalaron lo siguiente:



Muchas veces las personas más cercanas (mi familia) piensan que el buscar soluciones más “actuales” o “analizadas por algún experto” no son la forma más correcta de hacerlo, por lo que resulta complejo y complicado tratar de que respeten tus opiniones o acciones para abordar muchos temas con tus hijos.

Por otra parte, para algunas personas responsables de cuidado, el hecho de acudir a recibir atención psicológica y/o psiquiátrica es una alternativa poco o nada accesible debido a la falta de recursos económicos para hacerlo o por la percepción de la carencia de servicios institucionales que les resulten asequibles. Respecto de esto, mencionaron lo siguiente:

Yo sí quería ir a un psicólogo, por mis medicamentos a mí me recomendaron que fuera a un psicólogo, pero ahorita estamos llevando a la niña y se paga mucho dinero.

Desafortunadamente, en este país no hay tanta accesibilidad a este tipo de servicios; qué bueno sería que existieran los círculos de apoyo en nuestros trabajos, en la escuela y en diferentes lugares, pero aquí no los hay.

No es fácil, es complicado. A veces no todas las personas tenemos acceso a una terapia psicológica, a un centro cercano en donde poder tomar terapia de manera gratuita. A veces son muy costosos esos procesos.

Finalmente, destaca también la experiencia negativa referida por una de las alumnas, en torno a lo que consideró un proceder inadecuado de una persona profesional de la psicología, quien compartió información a su mamá sobre algo que ella habría abordado en una de las sesiones, por lo que sintió que defraudó su confianza, motivo que en la actualidad constituye la causa por la que no tiene interés en asistir a un proceso de terapia psicológica.

De esta manera, cobra relevancia que las infancias puedan tener información clara respecto de cómo funcionan los servicios de salud mental, cuáles son sus derechos frente a éstos, así como que deben preservar la confidencialidad aunque se trate de infancias y adolescencias, salvo en excepciones vinculadas con cuestiones de riesgo, ello con el objetivo de que puedan reconocerlos como una alternativa confiable y eficaz frente a las problemáticas que viven.

2. Acercamiento de la comunidad hacia el tema del suicidio

A partir de las sesiones compartidas con las personas integrantes de la comunidad escolar, se identificó que el suicidio es un tema que no resulta ajeno a ellas, ya que la mayoría ha escuchado o conocido, incluso, de algún caso de suicidio. Se observó que uno de los elementos que mayormente influyen en cómo se configura la experiencia de las personas en torno a esta problemática depende del tipo de vínculo o nivel de cercanía que existe con la persona que se suicida. Así, entre la comunidad escolar hubo quienes habían enfrentado el suicidio de familiares, amistades o alguna persona cercana, mientras que otras personas mencionaron que únicamente habían escuchado o sabido de algún caso de suicidio dentro de su comunidad, sin que existiese un vínculo afectivo con la persona.



De esta manera, si bien el acercamiento de cada persona al fenómeno del suicidio es único en función de su experiencia personal, sus características particulares y del contexto en el que está inmersa, a través del acompañamiento otorgado durante la Estrategia se observaron similitudes en la forma en que las personas de cada grupo de la comunidad escolar entienden y se relacionan con el tema y de igual manera se identificaron diferencias entre los distintos grupos, lo que es muestra no sólo de lo complejo y amplio que resulta el tema, sino que también enfatiza las múltiples perspectivas desde las que debe ser abordado.

Así, por un lado, las niñas y los niños mostraron interés y atención en el tema y conversaron abiertamente y de forma respetuosa sobre las distintas experiencias que han tenido con el suicidio. No sólo mencionaron los casos de personas cercanas a ellas o ellos que tuvieron un intento suicida o se suicidaron, sino que también identificaron los factores que, desde su perspectiva, habrían influido para que ello ocurriera, destacando respuestas como:

Mi primo se suicidó porque tenía problemas económicos.

Se quitó la vida porque no la querían.

Mi mejor amiga se quitó la vida.

No hubo nadie que la pudiera ayudar y escuchar.

Mi mejor amiga era una persona maravillosa que sólo necesitaba ayuda.

Contrario a lo que frecuentemente se cree, el suicidio es una problemática que atraviesa a las infancias, y que resulta en algunos casos muy cercana y conocida para ellas. Además, se observa que niñas y niños perciben el suicidio como un fenómeno que tiene lugar a raíz de múltiples factores, siendo uno de éstos la falta de redes de apoyo y espacios de escucha en los que puedan expresar sus emociones y dar cuenta de las distintas situaciones que enfrentan en la vida cotidiana.

Aunado a ello, resalta también el reconocimiento de las niñas y los niños en torno a que el suicidio es un fenómeno que no ocurre de manera repentina, sino que existen señales previas sobre el estado psicoemocional de las infancias, las cuales son percibidas entre los pares, pero no siempre reciben la atención necesaria por parte de las personas adultas a cargo de ellas. En tal sentido, comentaron:

Mi amiga siempre estaba triste y no quería vivir, ya en otra ocasión había intentado cortarse las venas en el baño, pero no funcionó.

Ella se sentía mal emocionalmente.

Por otro lado, las infancias señalaron que frente a los casos de suicidio que han vivido de forma más directa, han experimentado distintas emociones, siendo la más frecuente la tristeza. Destacaron que, en ocasiones, existe mucha incertidumbre frente a estos casos, ello derivado de la forma en que las personas adultas manejan la información relacionada con el tema, toda



vez que pocas veces conversan sobre lo sucedido de manera abierta, franca y clara, manteniendo a las niñas y los niños al margen de estas situaciones.

En cuanto a las personas adultas pertenecientes a la comunidad escolar, es relevante señalar que si bien mostraron interés en el tema, fueron más reticentes para conversar de manera abierta. A pesar de que su acercamiento al tema fue un tanto más reservado, es evidente que tienen muchas dudas respecto del suicidio, particularmente relacionadas con las señales de alerta que pueden observar en las infancias, las distintas acciones por implementarse para prevenirlo y la manera adecuada de abordar el tema con las niñas y los niños:

*Todo el tiempo me pregunto ¿qué lo llevó a hacerlo?
¿Cómo podría darme cuenta de que alguien está pensando en ello?
¿Cómo se le puede ayudar?*

Siento temor a no identificar a tiempo un problema “x” que lleve a esa situación.

A pesar del interés mostrado por las personas responsables de cuidado y crianza y el personal docente hacia el tema, de las dudas expresadas y de la necesidad referida sobre contar con más información y herramientas para hacerle frente a este fenómeno, se observó que el suicidio sigue siendo un tema tabú debido a que existen diversos mitos y desinformación, lo que puede ver condicionado el actuar de las personas adultas en términos de la prevención y atención de esta problemática. Sobre ello destacaron:

También siento que el que sea un tabú hace que muchos papás no aborden la situación y no tengan esa apertura de decir: “bueno, prefiero explicártelo yo”. O sea, buscar cómo hacerlo. “Prefiero explicártelo yo a que tengas una mala información de algún amigo o de un video en TikTok, o de Facebook, YouTube o Instagram”; o “prefiero que me lo preguntes a mí y juntos investigarlo”.

Acerca de los mitos que persisten en torno al suicidio en las infancias dentro de la comunidad escolar, se destacó aquel relacionado con que las niñas y los niños no se suicidan. En este tenor, si bien se observó un mayor reconocimiento por parte de las personas adultas sobre la importancia de la salud mental de las infancias y las distintas situaciones que pueden impactarla negativamente, condicionando su bienestar psicosocial y calidad de vida, también fue claro que en algunas personas persiste la idea del suicidio como una problemática que no aqueja a las infancias, asociándola mayormente a personas adolescentes y adultas. En consonancia con esta idea, destacó el señalamiento que ciertos participantes realizaron en torno a que consideran que la infancia es el periodo en el que se deben brindar las herramientas necesarias para evitar que en la edad adulta se presenten conductas suicidas o cualquier otra que coloque en riesgo su integridad psicofísica. Sobre ello, manifestaron lo siguiente:

Yo también siento que la raíz es la infancia en todos los casos, porque cuando no te enseñan a manejar las emociones desde pequeño se vuelve una bola de nieve. Llega un punto en que, como personas adultas, justo por todos estos tabús y estas cosas



—o por herramientas que no nos brindaron nuestros papás—, las vamos acumulando. Y llega un punto en el que, aunque me viera feliz, pasa, porque no supe cómo resolverlo o tratarlo. Si nosotros no atacamos la raíz desde pequeños, como que más adelante la consecuencia es ésa.

Entre las personas adultas de la comunidad, sobre todo en las responsables de cuidado y crianza, persiste la idea de que la atención y prevención del suicidio recae mayormente en las redes de cuidado familiar, adjudicándose la obligación de implementar acciones para hacerle frente a ello e invisibilizando la responsabilidad y participación que otros agentes de la comunidad escolar tienen ante un fenómeno complejo y multicausal como el suicidio. Al respecto, mencionaron:

También siento que es importante que nosotros, desde nuestro núcleo familiar, analicemos cuál es la situación que le estamos dando a nuestros hijos, o cómo nosotros también nos comportamos con ellos, o las ideas que absorben. Aunque pareciera que están en otro rollo absorben muchas cosas, y ellos creen que son los causantes o, a lo mejor, eso va a ayudar a evitar lo que está pasando la familia.

Siento que es importante que nosotros también como papás, o como familia, seamos conscientes de lo que inconscientemente le estamos dando a nuestros hijos, no sólo en cuestión de herramientas sino también de la dinámica familiar, pues no somos conscientes de lo que hacemos y siento que también eso colateralmente les afecta.

Por otra parte, si bien existen claras diferencias entre el acercamiento de las infancias y las personas adultas hacia el suicidio, se encontraron algunas similitudes. Así, las personas responsables de cuidado y el personal docente también reconocen que el suicidio no es un evento aislado y repentino, sino que generalmente existen señales de alerta cuya identificación por su parte es fundamental para un actuar oportuno frente a esta problemática. Otra similitud que comparten con las infancias es el énfasis en la importancia que tienen las redes de apoyo y los espacios de escucha en la atención y prevención del suicidio, y cómo la carencia de éstos resulta un factor de riesgo importante:

Siento que el que alguien llegue a suicidarse es porque siente que tiene una carencia de una red de apoyo, porque al final es como, literal, un final para él, porque no ve la opción de apoyarse en alguien más...

Siento que también son como señales para nosotros el decir, “bueno, a ver, si yo la estoy apoyando...”, o sea, cómo le doy esa fuerza, esas herramientas de que no está sola y que puede resistir todas las adversidades que, al final, en la vida va a tener. Entonces, yo como familia qué herramientas le estoy dando y qué es lo que yo le estoy aportando para que ella tenga de donde agarrarse.

Todas las personas sentimos cuando hay algo mal o cuando pasa algo, como una alerta, porque el cuerpo te lo dice. Sientes una adrenalina de que algo está pasando; entonces, qué pasa si no tienes la apertura de contarle, aunque sea a alguien que esté incondicionalmente o que te brinde esa seguridad.



Finalmente, al igual que las infancias, las personas adultas pertenecientes a la comunidad escolar reconocieron que el suicidio es un fenómeno que impacta al núcleo familiar y a la comunidad, generando diversas experiencias emocionales, según las características de cada persona y el tipo de vínculo existente. Al respecto, enfatizaron en la presencia de tristeza y una sensación de sinsentido ante la dificultad para entender las razones que llevan a una persona a suicidarse, sobre todo en aquellos casos en que en apariencia dicha persona no tiene motivos para hacerlo. Las personas participantes comentaron:

Un familiar hace tiempo se veía feliz y todo; tenía a sus hijos. Su familia dice que era una persona feliz. No se veía como alguien deprimido o que tuviera vicios. Entonces, ¿por qué tomó la decisión?

A veces nos vemos felices por fuera, con la sonrisa, pero por dentro a lo mejor traemos problemas, tristezas, hasta llegar al suicidio, ¿no?

Se queda esa incógnita para las familias y amigos: ¿qué fue lo que pasó si se veía feliz?

Lo anterior pone de relieve un elemento importante: en las comunidades escolares, al hablar de manera abierta, libre e informada sobre el suicidio, se detectan casos de personas de los tres grupos que forman parte de la Estrategia, que lo han enfrentado de manera directa o no, y que posiblemente, por sus narraciones, no contaron con algún apoyo en particular para hacerle frente a una experiencia como ésta. Dicho aspecto debe considerarse en la planeación y ejecución de estrategias relacionadas con el suicidio; esto parece ser una problemática mucho más cercana y menos ajena a la experiencia de las personas y, en particular, de las infancias.

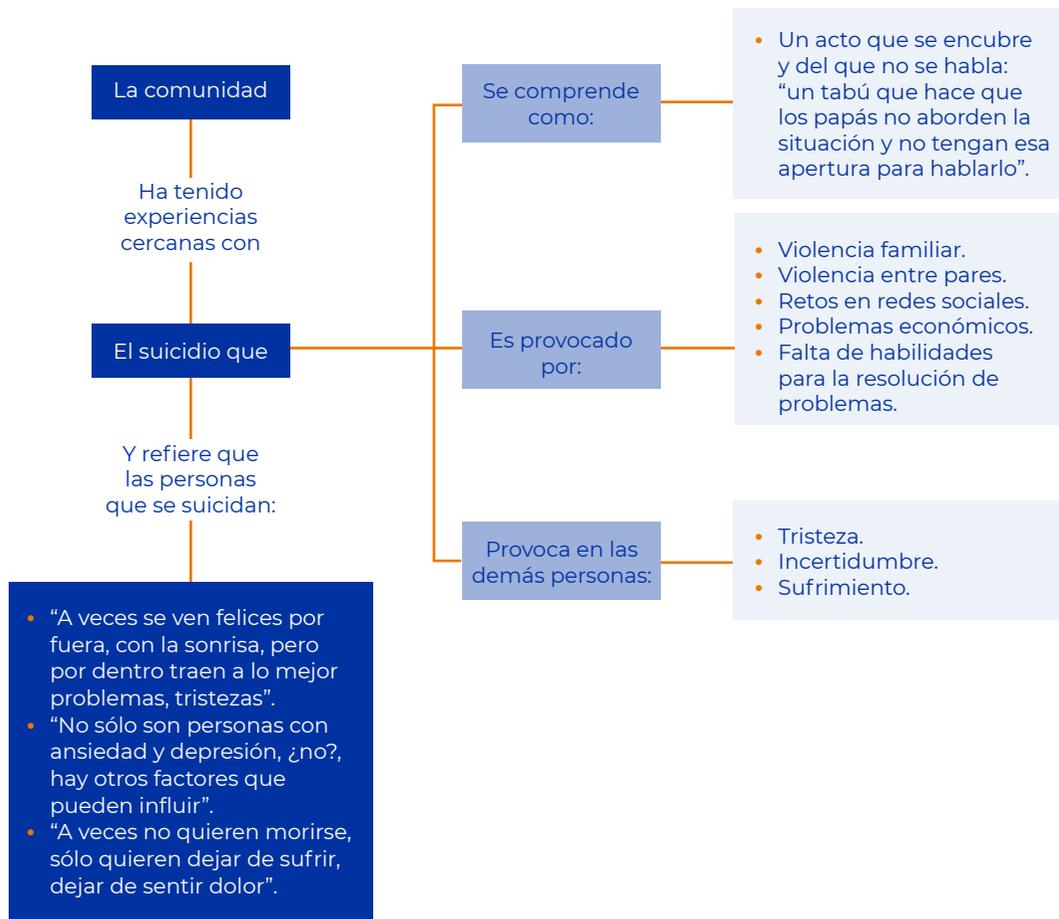
En síntesis, la renuencia a conversar sobre el suicidio muestra que aún persiste una cultura del silenciamiento y estigmatización en torno a esta problemática. La falta de conversación y visibilidad sobre el tema no sólo perpetúa la desinformación sino que también puede aumentar el aislamiento y el sufrimiento de aquellas personas que están en riesgo. No obstante, durante la Estrategia se enfatizó en la importancia de abrir el diálogo sobre la salud mental y el suicidio, con información adecuada, sensible y respetuosa, como una acción que contribuya significativamente a la reducción del estigma y riesgo frente a hechos de esta naturaleza. El mensaje constantemente mencionado fue que hablar sobre suicidio lo previene.

Como se destacó, las infancias mostraron una mayor apertura para hablar acerca del tema, a diferencia de las personas adultas, quienes incluso tuvieron dificultades para nombrar explícitamente la palabra *suicidio*; ello sugiere que tal cultura del silenciamiento y mitificación en torno a este tema prevalece de manera más arraigada en las personas adultas. Lo anterior destaca que al trabajar temas de prevención del suicidio es fundamental hacerlo incorporando a la totalidad de la comunidad escolar con el fin de que cuenten, todas y todos, con información veraz, homologada, sensible y basada en evidencia que les permita tanto brindarse apoyo mutuo como habilitarles para una correcta e informada toma de decisiones, si es que se enfrentan a situaciones como ésta.



A partir de lo señalado hasta este punto sobre el acercamiento que la comunidad escolar tiene con el suicidio, a continuación se presenta el esquema 2. Acercamiento de la comunidad con el tema de suicidio, que condensa de manera gráfica las ideas compartidas por las personas integrantes de la comunidad escolar en torno al suicidio. También da cuenta de que a pesar de los esfuerzos que se han realizado en el último tiempo, aún existen mitos, desinformación y silenciamiento sobre esta problemática.

Esquema 2. Acercamiento de la comunidad con el tema de suicidio



3. Factores de riesgo asociados a la salud mental y el suicidio

A lo largo de las sesiones que constituyeron la Estrategia, los distintos grupos conformantes de la comunidad escolar identificaron diversos factores cuya presencia condiciona negativamente la salud mental de las infancias y las coloca en un nivel de vulnerabilidad mayor, aumentando la probabilidad de presentar alguna condición de salud mental o, en los casos más graves, alguna conducta suicida. A continuación, se observa una nube de palabras que da cuenta de estos factores:



Nube de palabras 2. Factores de riesgo



Los factores identificados en la nube anterior representan sólo algunos de los muchos que pueden estar presentes e incidir en la experiencia de las personas; sin embargo, su identificación por parte de la comunidad es esencial, ya que es a partir de ésta que se pueden implementar acciones pertinentes y específicas para reducir el riesgo de suicidio entre las infancias. Enseguida se describen con detalle los factores de riesgo mayormente reconocidos dentro de la comunidad escolar con el fin de entender de manera más amplia la forma en que inciden en la salud mental de las infancias.

EXPERIENCIAS INDIVIDUALES QUE PUEDEN CONSTITUIRSE COMO FACTORES DE RIESGO

Las infancias hacen frente a situaciones diversas a lo largo de su vida, algunas pueden considerarse parte inherente y esperada de su desarrollo; y otras, que no son normativas, tienen el potencial de desestructurar su vida y causar impactos en las diferentes esferas que la conforman, siendo la esfera psicoemocional una de las más afectadas.

Así, algunas de las experiencias más referidas por niñas y niños y que provocan una fuerte experiencia emocional caracterizada por la tristeza y, en ocasiones, por el desconcierto son todas aquellas relacionadas con las pérdidas, sobre todo las derivadas de la muerte de una persona y/o mascota con quien las infancias sostuvieron algún vínculo afectivo importante. En este sentido, las niñas y los niños de la comunidad escolar manifestaron haber atravesado por diversas pérdidas, destacando algunas como:



Cuando se muere alguien de mi familia.

Cuando falleció mi abuelito.

Cuando se murió mi prima.

Cuando falleció mi tía por COVID-19.

Cuando falleció mi hermana mayor.

Me puse triste cuando falleció un familiar o alguna persona cercana a mí.

Cuando falleció mi papá.

Como ya se indicó, las pérdidas son una parte inherente e inevitable en la vida de las personas; sin embargo, la manera en que éstas pueden configurarse como factores de riesgo depende de múltiples aspectos, tales como el tipo de vínculo existente con la persona fallecida, el contexto en el que se gestó la pérdida, la disponibilidad de redes de apoyo, y la posibilidad de contar con espacios para la expresión y gestión emocional, así como para la elaboración del proceso de duelo.

Teniendo en cuenta esto, resulta esencial que las niñas y los niños dispongan de espacios en los que se valide y normalice su experiencia emocional asociada a la pérdida. Asimismo, es importante no dejar de reconocer que toda pérdida tiene el potencial de generar impactos negativos en la salud mental de las infancias y, en consecuencia, condicionar su calidad de vida, llegando incluso a poner en riesgo su integridad psicofísica.

Por otra parte, las infancias participantes también reconocieron otras experiencias individuales (como la falta de atención, la sensación de abandono por parte de sus principales redes de cuidado, procesos de aislamiento social y dificultad para establecer vínculos entre pares) como situaciones que les generan tristeza, una fuerte sensación de soledad e incluso enojo. Al respecto, las y los participantes mencionaron las siguientes experiencias:

Me sentí triste porque nunca me pusieron atención.

Cuando no juegan conmigo, no me hacen caso.

Se siente feo porque no nos hacen caso y nos hacen a un lado.

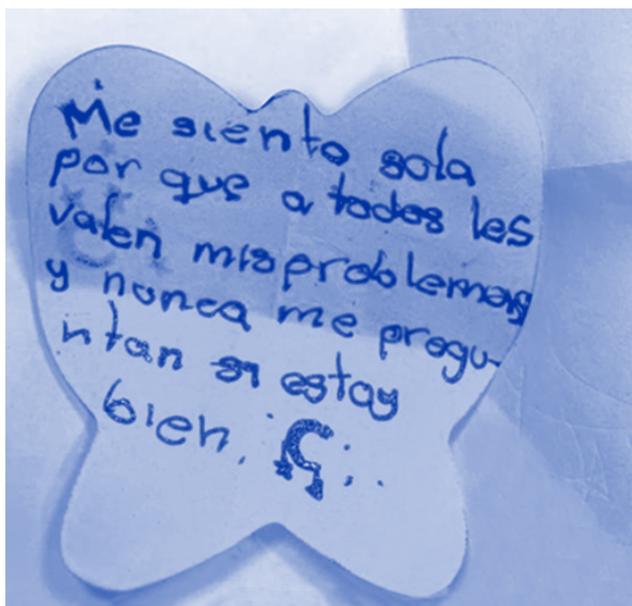
Se siente feo que las personas no te incluyan.

Cuando llegas a un grupo nuevo se siente feo que no te incluyan.

Yo sí me he sentido como un bicho raro.

Asimismo, la siguiente imagen muestra el testimonio de una niña o un niño que da cuenta de la sensación de abandono que experimenta, así como de la necesidad de que las personas responsables de su cuidado y crianza muestren interés por cómo se encuentra:



Fotografía 1. Testimonio

A partir de lo anterior, se observa que si bien las situaciones descritas por niñas y niños generan en ellas y ellos una experiencia emocional individual, la mayoría de éstas se relaciona con otras personas, dando cuenta del fuerte componente social y comunitario presente en la vida, la salud mental y el bienestar psicosocial de las infancias. Destacan las referencias relacionadas con la falta de sentido de pertenencia a un grupo social o comunidad, así como los señalamientos alusivos al percibirse aislados y excluidos, aspectos que conforman los factores de riesgo más destacados y asociados al suicidio en las infancias.

VIOLENCIA FAMILIAR

Otro de los factores de riesgo identificados tanto por las infancias como por las personas responsables de cuidado son las distintas formas de violencia que se dan en el ámbito familiar. Al respecto, las niñas y los niños pertenecientes a la comunidad escolar refirieron algunas de las formas de violencia a las que han estado expuestos dentro de su núcleo familiar, destacando incluso formas graves de violencia como la mención sobre un posible feminicidio:

Cuando mi papá le pegó a mi mamá.

Cuando mi mamá se pelea con mi papá y se desquita conmigo.

Cuando le pegaron a mi hermano.

Cuando mis papás o mi hermana mayor me insultan.

Cuando apuñalaron a mi abuela y tía.

Mi tío mató a mi tía porque no se llevaban bien.

Maltrato psicológico (cosas sobre tu físico, te dicen gorda, fea).

Que me digan que no sirvo para nada.



En una de las actividades en las que se solicitó a las infancias que identificaran elementos que les provocaban malestar emocional e impactaban negativamente en su salud mental, una niña o un niño identificó la violencia ejercida en casa y la falta de escucha:

Fotografía 2. Testimonio



La violencia en el ámbito familiar impacta la vida y la salud mental de las infancias de manera diferenciada, ello en función de factores como el tipo de violencia al que se ven expuestas, la magnitud y frecuencia de ésta, si dicha exposición es o no sostenida, o directa o indirecta. En este sentido, si bien ser víctima directa de violencia provoca impactos que puede ser más evidentes –como es el caso de las lesiones físicas–, no se puede dejar de considerar que crecer en un contexto familiar donde existen diversas formas de violencia que las infancias atestiguan también condiciona fuertemente su salud mental y bienestar psicosocial, toda vez que se ven sometidas a altos grados de estrés, miedo e incertidumbre, al percibirse constantemente en riesgo.

Asimismo, es importante reconocer la existencia de la violencia psicoemocional como una forma de violencia que transgrede fuertemente la vida de las infancias. Lo anterior es fundamental, ya que en muchas ocasiones ésta se minimiza y no se da la importancia debida a los impactos que genera; ello limita la capacidad de los distintos actores de la comunidad escolar para darle una respuesta adecuada.

Con respecto a este factor de riesgo, las personas responsables de cuidado también reconocen la violencia familiar como un fenómeno que impacta negativamente en la vida de las infancias, haciendo hincapié en que un contexto familiar violento y no protector priva a las infancias de una red de apoyo sólida, que además resulta esencial o la más importante, sobre todo en la etapa de desarrollo en la que se encuentran. Acerca de ello refirieron:



En la actualidad hay muchas familias ya desintegradas y todo eso lo ven los niños, y les empieza a afectar de alguna manera. Que golpeen a las mamás, que se emborrachen, se droguen, les peguen... Ellos se forman una mentalidad errónea, y si no tienen el apoyo de nadie se empiezan a bajonear ellos mismos y a ver soluciones ante tanto ataque.

VIOLENCIA ESCOLAR

En consonancia con los resultados de la consulta Opiniones sobre la violencia entre pares en primaria y secundaria, realizada por la CDHCM, surgió la necesidad de desarrollar la presente Estrategia. Las personas pertenecientes a la comunidad participante reconocieron la violencia escolar como otro de los factores de riesgo que incide mayormente en la salud mental de las niñas y los niños.

En este caso, la violencia en el espacio escolar incluye aquella que se da entre pares, así como la que, de acuerdo principalmente con las personas responsables de cuidado, puede tener lugar por parte del personal docente hacia las infancias. Hacer esa distinción es importante debido a que las características de cada forma de violencia son distintas en función de cómo se configuran las relaciones de poder presentes en cada una de éstas. Por lo tanto, los impactos que de ellas se derivan y el nivel de detrimento que causan en la salud mental de las infancias también son diferenciados.

Tomando lo anterior en consideración, las infancias participantes destacaron la existencia de distintas formas de violencia entre pares, reconociendo en esta problemática un factor que provoca un fuerte malestar emocional y afecta su salud mental; el espacio escolar, en el que pasan gran parte de su día a día, no puede ser percibido como seguro, lo que impacta también en su desempeño académico y en su aprendizaje. Entre las formas de violencia entre pares que las infancias identificaron se encuentran:

Un niño se la pasa peleando a palabras conmigo.

Me dicen como no me gusta.

Criticar mi forma de vestir/peinar.

No me dejan ser como soy.

Rechazo: no te me acerques, no te quiero.

Discriminar, decir groserías.

Me jalar de las greñas.

Palabras hirientes.

Es así que las personas responsables de cuidado también reconocen la violencia entre pares como una de las problemáticas que aqueja mayormente a la comunidad escolar, señalando que aun cuando ésta “siempre se ha vivido”, actualmente la perciben como “más agresiva”. De esta manera, las personas participantes reconocen como formas de violencia entre pares las siguientes: *agresión, discriminación, intolerancia, insultos y rechazo.*



Asimismo, algunas personas responsables de cuidado refirieron posibles situaciones de violencia escolar ejercida por parte del personal docente hacia el alumnado. Resaltaron sobre todo cuestiones de omisión frente a las agresiones entre pares, así como acciones que consideraron inadecuadas para abordar situaciones de esta naturaleza, lo que incluso en un caso provocó un conflicto directo entre las personas responsables de cuidado y crianza. Cabe mencionar que frente a las manifestaciones realizadas, en particular por parte de las personas responsables de cuidado y crianza, se exploraron las acciones implementadas para atender lo anterior y se les consultó si éstas les habían resultado satisfactorias. En ese contexto, para atender a lo anterior, se mantuvo una comunicación permanente con el personal directivo con el objetivo de dar seguimiento a lo que, en su momento, se compartía durante los talleres, esto en el caso de que alguna persona responsable de cuidado y crianza señalara alguna inconformidad o situación que debía atenderse para que ello se realizara de manera inmediata.

USO INADECUADO DE REDES SOCIALES

Tanto las infancias como las personas responsables de cuidado identificaron el uso de redes sociales como un factor de riesgo que puede exponer a las infancias a situaciones que van en detrimento de su salud mental y llevarlas a tener alguna conducta suicida. Al respecto, las infancias señalaron que entre las problemáticas que se pueden presentar a consecuencia del uso inadecuado de redes sociales están:

La facilidad de perder datos personales.

Que te roban información.

Puedes hacer o recibir un comentario que le puede hacer daño a alguien o a ti.

En redes sociales puede haber mucha gente grosera, mensajes subliminales, contenido para adultos.

En TikTok a veces aparecen cosas violentas no aptas para niños.

Respecto de lo señalado por las infancias, resalta la exposición a contenido inadecuado dirigido a personas adultas y el ciberacoso, este último consistente sobre todo en la recepción de mensajes a través de redes sociales con el objetivo de intimidar, burlarse o humillar a una persona. Así, los riesgos asociados al uso inadecuado de redes sociales son mayores debido a la masividad y rapidez de difusión que les caracteriza y que resulta más difícil tener control sobre quién accede a información determinada, así como sobre el contenido que se difunde a través de este medio.

Como parte del contenido no apto al que las infancias tienen acceso, las niñas y los niños hicieron énfasis en la existencia de retos, específicamente difundidos a través de la red social TikTok, en los que se les incita a llevar a cabo conductas que ponen en riesgo su integridad psicofísica. Al respecto, las personas facilitadoras que trabajaron con este grupo de la comunidad, en función de lo señalado por las infancias, refirieron en sus bitácoras:



Las niñas y los niños mencionaron cuatro retos que lastiman y matan:

El Abecedario, con una navaja o goma tallar el dorso de la mano, mientras se dice el nombre de un animal en orden alfabético.

Blackout challenge, consiste en aguantar la respiración hasta desmayarse y después recuperarse.

Del cuchillo y la mano, que consiste en poner la mano en una superficie plana abrir los dedos y pasar un cuchillo entre los dedos al ritmo de una canción que irá aumentando su velocidad.

La ballena azul es una serie de retos durante varios días que invitan al cutting, formando la silueta de una ballena y otras acciones que ponen en riesgo y después piden que la persona se suicide.

Aunado a lo anterior, las infancias mencionaron la existencia de videos gore y videojuegos en los que se hace uso explícito de armas, a través de los cuales interactúan con personas desconocidas. Según lo expresado por las personas facilitadoras, las infancias describieron este contenido como *mal* e indicaron sentir temor ante los riesgos identificados en estas redes. Sobre ello destacaron:

Todo el grupo coincidió en que esos retos son malos, y pueden diferenciar perfectamente unos de otros.

Todo el grupo coincidió en que prefieren evitar los retos que les ponen en riesgo.

Hubo niños que confirmaron jugar con amigos y personas a las cuales no conocen.

El grupo comentó que también les preocupa el acoso a las mujeres por medios electrónicos.

En cuanto a las personas adultas de la comunidad escolar, también reconocieron el uso inadecuado de las redes sociales y la exposición a contenido no apto para las infancias como uno de los factores de riesgo más importantes. Al respecto, indicaron que aunque es muy complejo tener control sobre el contenido al que están expuestas las niñas y los niños, sí pueden mantenerse atentas y dispuestas a habilitar espacios de diálogo a través de los cuales las infancias tengan la confianza de externar las dudas que puedan llegar a tener sobre el contenido que consumen. En este mismo tenor resaltaron la importancia de contar con más información sobre el uso adecuado de las redes sociales con el fin de implementar acciones que contribuyan en algún modo a minimizar los riesgos a los que las infancias se exponen en dichos espacios. Al respecto, refirieron:

Generalmente hay desinformación sobre la misma red social; algunas personas no saben completamente qué redes están usando, y si es que tiene algún control sobre la información privada. Ahora la mayoría de los videojuegos son en línea y no sabes qué tipo de persona te puedes topa, los competidores son de todo el mundo.

Como los retos que salen en internet. Como ese del suicidio que comentaban, hay retos de "haz esto y vas a ser mi amigo". O sea, ¿por qué hacer eso? Yo a mis hijas también se los pregunto.



Ahorita TikTok nos está ganando prácticamente, porque por más que se les diga “apaga esto”, ya te das la vuelta y “¿otra vez?”. Porque es eso, según lo suben, y casi por lo regular todos son iguales: que retos, que violencia, que malas palabras...

Evitar en este tipo de cosas lo más que se pueda (el uso de redes sociales) mientras uno está en casa con ellos, porque también las redes están muy peligrosas ahorita para todos, como adultos que no las sabemos utilizar y mucho más para los niños.

VIOLENCIA COMUNITARIA

La violencia comunitaria es aquella que tiene lugar en los espacios públicos e incluye una amplia variedad de actos de violencia. De acuerdo con las personas que conforman la comunidad escolar, los actos violentos que se identifican en el espacio comunitario configuran un contexto social particular que impacta negativamente en la salud mental de las infancias, toda vez que existe una sensación de riesgo sostenida.

Sobre esto, las infancias hicieron hincapié en la inseguridad que perciben en su entorno social inmediato y los distintos espacios públicos que conforman su comunidad; señalan que *hay rateros y asaltan*, y aseguran que la sensación de inseguridad y riesgo se agrava ante la posible inacción y omisión de las autoridades, pues expresan que *la policía no hace nada*.

Las niñas y los niños también destacaron que una de las formas de violencia más comunes en su comunidad es la física, refiriendo así que es común que se presenten peleas y golpes entre las distintas personas de la comunidad en la que está situada la escuela, lo que les genera temor al percibirse frecuentemente en entornos inseguros. Al respecto comentaron:

No me gusta que son bien rateros.

Te pueden agarrar la cara y con un palo de madera te pegan en la cabeza.

Te pegan.

Pegando a cada rato a la gente.

En concordancia con lo referido por las infancias, las personas responsables de cuidado y crianza y el personal docente de la comunidad escolar reconocen la existencia de distintas problemáticas y formas de violencia comunitaria, y expresaron su preocupación sobre lo que esto les genera, en particular al percibir que las niñas y los niños se desenvuelven en un entorno inseguro en el que la violencia se ha normalizado.

Asimismo, las personas responsables de cuidado y crianza y el personal docente reconocieron que existen otras problemáticas, como la venta de sustancias psicoactivas y el consumo de éstas en el entorno social:



No los dejamos salir a la calle porque hay mucha inseguridad y ahora sí que no sabemos.

Hay mucha inseguridad.

Ha sido desde siempre [la inseguridad], pero ahora ya es más constante.

Como que ya ves normal que alguien esté violentando a alguien, estén robando algo y no actúas; antes a lo mejor era como un secreto a voces, o no era tan visual, y ahora ya da igual si lo saben o no lo saben.

Me preocupa el lugar donde nos desarrollamos, hay mucha inseguridad.

A mí me preocupa la seguridad de mi hijo, sobre todo cuando no estoy con él, cuando tengo que salir de viaje, o no estoy cerca de la casa; es cuando me preocupo más por él, que no le vaya a pasar algo... sobre todo por el lugar, que es un lugar donde venden mucha droga y roban; eso es lo que siempre está en mi cabeza.

A partir de lo referido por las personas de la comunidad, es claro que la salud mental de las infancias y las distintas estrategias que se implementen para su cuidado no pueden ser entendidas sin considerar el contexto que les rodea, ya que éste juega un papel fundamental en su adecuado desarrollo e incide directamente en su salud mental y bienestar psicosocial.

4. Factores de protección asociados a la salud mental y el suicidio

A la par de los factores de riesgo que se enunciaron con anterioridad, la comunidad también compartió distintos factores de protección que consideran que les permiten procurar y cuidar su salud mental y contribuyen a la prevención del suicidio.

En la siguiente nube de palabras se aprecian los distintos elementos que las personas de la comunidad escolar reconocen como factores de protección asociados a la salud mental y el suicidio. Así, destacan las palabras *familia, maestras/maestros, directora y comunidad*, lo que da cuenta de las figuras que las infancias reconocen como parte importante de su red de apoyo, dando un lugar preponderante a las personas adultas del centro escolar, como es el personal docente y directivo. Asimismo, se observan palabras como *vínculo, convivir, cuidado y dialogar*, lo que sugiere la alta importancia que tiene contar con una comunidad sólida y un espacio de sostén y cuidado colectivo, aspectos que serán descritos más adelante.



Para mí lo más valioso es estar con mi familia, y que está unida. No me importa lo material, mi familia es algo muy valioso para mí y es algo súper especial, no la cambiaría por nada.

Mi mamá y mi hermano son mis tesoros.

Algo valioso que tengo es mi mamá, mi hermana y mi familia.

Las niñas y los niños describieron dinámicas internas de sus propias familias, donde señalan algunos rasgos que muestran la importancia que tiene su núcleo familiar como red de cuidado y sostenimiento. Derivado de tales descripciones, se destacan diversos mensajes fundamentales, como la necesidad de que las personas integrantes de la familia compartan tiempo de calidad, la importancia de vínculos que sostengan la confianza, la seguridad, el amor, la comunicación efectiva y la unión:

Me siento segura cuando estoy en casa con mi familia.

Entendí que es importante hablar con nuestros familiares para sentirnos mejor.

Mi familia es muy importante para mí porque siempre me va apoyar, siempre va a estar conmigo en las buenas y en las malas.

Por su parte, las personas responsables de cuidado y crianza reconocen su deber como agentes clave dentro de la familia para favorecer ambientes y dinámicas protectoras a partir del *buentrato*, la enseñanza de valores, la confianza, la comunicación, la escucha y el acompañamiento comprometido y sincero:

Nosotros vivimos en una casa familiar, entonces somos como un complemento: “no estás tú, pero estoy yo”.

Entonces cuando la veo triste, enojada, con los sentimientos así..., empiezas a platicar y es cuando se van ellos tranquilizando, vas hablando con ellos, los abrazas y les haces ver que son especiales y que realmente son importantes. A mí eso me ha funcionado, estar en el momento en que ellos lo requieren.

Generar confianza en mi hijo. Sobre todo que tenga la seguridad y la certeza de acercarse y contarme todo lo que pasa en la escuela, cómo se siente; generar la confianza y sepa que lo que él me diga es algo muy importante, y buscar la forma en cómo le puedo ayudar.

Aunado a lo anterior, se identificó el papel que tienen las personas mayores y otras personas que conforman la familia extensa como responsables de cuidado de las infancias, resaltando el caso particular de las *abuelas* y *abuelos*. Esto, además de ser evidente en la diversidad de personas que asistieron a las reuniones con este grupo de la comunidad, también se observa en algunas de las respuestas que proporcionaron las infancias:

También mi familia me apoya mucho; mi abuelita, que es como mi segunda mamá, y la quiero mucho por todo el apoyo que me ha dado.



Las personas que nos deben apoyar para resolver problemas son: papás, abuelas. Ellos nos pueden ayudar a resolverlos sin peleas ni groserías, tal vez con un consejo para mejorar cada día.

SER Y HACER COMUNIDAD

Las personas responsables de cuidado reconocieron la necesidad de la existencia de una red de apoyo que abarque a toda la comunidad escolar. Destacaron la importancia de que dicha red cuente con el acompañamiento de organismos e instituciones, con el fin de generar y fortalecer acciones en favor de la salud mental de las infancias.

En tanto, las personas responsables de cuidado y crianza describieron que percibirse en una comunidad segura y confiable facilitó el reconocimiento de prácticas de crianza que posiblemente no eran favorables para las infancias y, a partir de ello, éstas se modificaron. Asimismo, se destacó la importancia de reconocerse en los miedos y preocupaciones de otras personas responsables de cuidado como una forma de reducir la sensación de aislamiento al ejercer sus labores de crianza, normalizando así su experiencia. También se destacó la trascendencia de las figuras clave que sostienen a la comunidad a través de acciones puntuales y, por último, la relevancia de la comunidad en sí misma para impactar de forma positiva a las infancias.

La comunidad es un elemento fundamental para el cuidado de la salud mental y el cuidado de las niñas y los niños en general, porque es en ésta donde se desarrollan y establecen los vínculos más cercanos y donde, al final, encuentran también el desarrollo de sus capacidades físicas, cognitivas y emocionales.

Siento tranquilidad al saber que hay un acompañamiento por parte de ustedes, porque ella me ha platicado cómo se ha sentido en las sesiones. Ha llorado y ha compartido con otros compañeros, y sabe que no es la única: “eso también dicen ellos”. A veces creemos que somos los únicos que vivimos ciertas situaciones y no es así, hay más personas que incluso están hasta peor. Sabes que no estás solo, que te pueden acompañar en esos procesos.

Hay cosas que podemos identificar, pero hay otras que no, y que probablemente no las pasamos, pero otra persona sí, y cuando llega ese momento, digo: “claro, me sirve”, y ya sabes para qué.

DOCENTES COMO FACILITADORES DE LA SALUD MENTAL

Este apartado surge a partir del reconocimiento que le otorgan las infancias y personas responsables de cuidado al personal docente y directivo como agentes facilitadores de la salud mental. La convivencia cotidiana y próxima que tiene el personal docente con las niñas y los niños que se encuentran en las escuelas les coloca en una posición privilegiada para que, a través de acciones concretas, su presencia y acompañamiento sea un factor de protección. A partir de lo mencionado, se identificó que la escucha, la confianza, el apoyo empático y la co-



municación son reconocidos en el personal docente como elementos que inciden de manera directa en el bienestar psicológico y en la salud mental de las infancias.

Los maestros deben escuchar, platicar con él o ella. Actuar, dialogar y dar atención.

Yo creo que los maestros deberían apoyar al niño o la niña para que no se sientan mal.

Directora, adultos, conserjes, vocales y maestros que nos pueden ayudar en las situaciones de la escuela.

El maestro nos puede ayudar dándonos un buen consejo.

Si una persona se siente mal, los maestros deben actuar (escuchar, platicar con la persona y consolar).

Si bien el personal docente es quien tiene mayor proximidad con las infancias debido a la cotidianidad de su interacción, se detectó también que la directora del plantel resulta una figura cercana para las infancias, pues es reconocida como parte de su red de apoyo y la identifican como una autoridad a la que pueden acudir si presentan algún problema, ya que la perciben como alguien que puede contribuir a la solución de éste. Las infancias manifestaron:

Cuando un niño se siente solo, le contaría a su maestra y a la directora para que hablen con sus papás para que le presten más atención.

Las personas que pueden ayudar a que no ocurra un suicidio son: familia, vecinos, directora y primos, dando apoyo emocional y escuchando.

Por su parte, el personal docente y directivo reconoció su papel preponderante en el cuidado de la salud mental de las infancias; no obstante, subraya la necesidad de contar con mayores apoyos de índole institucional, tales como capacitaciones o espacios para su propia atención psicológica, que favorezcan su bienestar integral y permitan diversificar y robustecer los recursos con los que cuentan para el cuidado y el acompañamiento de las infancias y adolescencias desde una perspectiva sensible y empática.

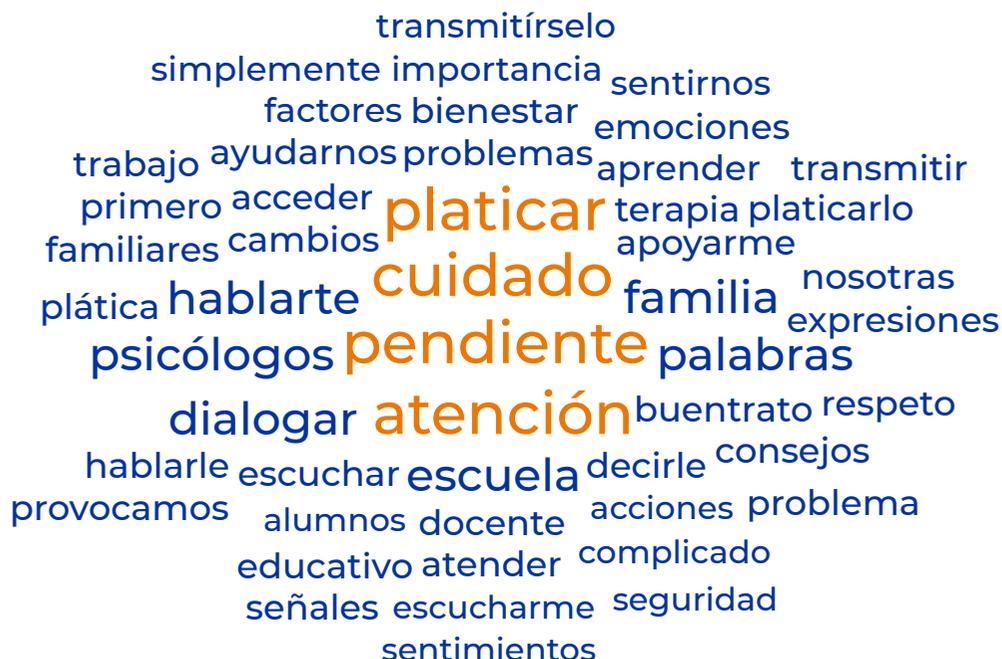
5. ¿Qué podemos hacer para cuidar la salud mental?

Las personas integrantes de la comunidad escolar identificaron distintas acciones a partir de las que pueden promover el cuidado de la salud mental. Primeramente, se promovió el reconocimiento de aquellas acciones que ya llevan a cabo, con el objetivo de que las sigan implementando y fortalecer el sentido de agencia de la comunidad. Además, se incentivó la identificación de otras acciones que pueden ser implementadas, así como el reconocimiento de la comunidad como un agente de cambio que en sí mismo puede impulsar acciones y fomentar el cuidado de la salud mental y la prevención del suicidio.

La siguiente nube de palabras muestra aquellos elementos que la comunidad escolar reconoce como importantes para promover y garantizar el cuidado de la salud mental:



Nube de palabras 4. ¿Qué podemos hacer para cuidar la salud mental?



CUIDARSE PARA CUIDAR

Las personas responsables de cuidado y el personal docente con quienes se trabajó se comprenden como figuras de gran importancia durante el proceso de desarrollo de las infancias; en razón de lo anterior, consideran que su propio bienestar y el cuidado de su salud mental puede tener un impacto positivo en éstas:

Es estar bien con uno mismo. Es entendernos a nosotros para poder estar bien con la gente que nos rodea, en especial con nuestros hijos.

Las consecuencias son que ni uno está estable, ni les puedes demostrar algo a ellos para llevar una estabilidad completa. Si yo no estoy bien, ¿qué le puedo transmitir a la familia, o transmitir a los que conviven con uno en casa?

Aunado a lo anterior, ambos grupos reconocen que su propia historia de vida puede impactar en el acompañamiento que brindan a las infancias. A continuación se comparten algunas frases referentes a ello:

Sanar primero nuestras heridas interiores, porque yo, hace como unos cuatro meses, pasé por una experiencia muy fea con mi esposo que no me la esperaba, y mis hijos vieron todo eso. Precisamente por eso, después ya dije: “no, tengo que poner un alto conmigo”.

Yo creo que si nosotros como mamás no sanamos todo eso, pues a ellos también les va a afectar en su vida. Y, así igual, ellos al rato pues van a crecer y van a decirse: “¡Ah!, pues mi mamá arregló esto así, pues a lo mejor ese es el camino”.



Pide ayuda si algo te afecta o te afectó en algún punto de tu vida. Trata de sanar las heridas de niño para darle una mejor vida a tu hijo. No quedarte callado por algo que te acompleja; sacarlo y sanar.

A veces sentirme insuficiente, no ser buena madre, me hace sentir triste, ausente, dispersa. Se me olvidan las cosas –incluso alimentarme–, y eso afecta a mis hijos, pues no me encuentro bien para ellos. Hay veces que descargo estos sentimientos contra ellos; sé que está mal y por las noches suelo pensar en qué hacer para controlarlo.

De acuerdo con lo anterior, ambos grupos señalaron la necesidad de contar con apoyos de índole institucional para favorecer su bienestar general –incluyendo su salud mental– y, de esta manera, tener recursos para cuidar y acompañar a las infancias y adolescencias desde una perspectiva sensible y empática. En relación con esto, señalaron diversas cuestiones que obstaculizan el cuidado de su salud mental y bienestar: la falta de una red estructurada de apoyo institucional, la sobrecarga de roles, las problemáticas económicas, la falta de un sistema integral de cuidados, entre otras. En particular, las personas responsables de cuidado describieron que, frente a la carga relacionada con los cuidados que ejercen con sus hijas e hijos, en ocasiones esto se traduce en el descuido de sí mismas:

No es que no le demos la importancia, sino que no tenemos el tiempo para dársela. Faltan más espacios y más talleres para nosotras.

Muchas veces como mamás nos enfocamos mucho más en el bienestar de nuestros hijos que en el propio.

A pesar de las dificultades señaladas respecto de acceder a servicios de salud, también se detectó que varias personas participantes realizan diversas acciones de cuidado –tales como seguimiento médico y psicológico– o incluso buscan otro tipo de apoyos como es el caso de las redes comunitarias:

Pues me cuido. Trato de hacerme mis chequeos, de una como mujer, revisarme, porque me digo: “si pasa algo van a decir que no te cuidaste”. Entonces, me cuido, por mis hijas, principalmente.

Yo también voy a terapia a partir de la separación del papá de mi hija. Sí fue algo muy complicado, tanto para mí como para ellos. Es importante saber cómo se sienten nuestros hijos a raíz de todo eso, más cuando hubo mucha violencia.

Voy a una iglesia y ahí nos dan pláticas de psicología, ejercicios y todo eso.

➤ Género y cuidado

Las sesiones llevadas a cabo como parte de la implementación de la Estrategia con las personas responsables de cuidado y crianza contaron con una asistencia mayoritaria de mujeres de distintas edades; es decir, madres, abuelas, tías y hermanas de las infancias de la comunidad escolar, quienes de manera directa o indirecta tienen un papel preponderante en las actividades relacionadas con los cuidados hacia esta población. A continuación se muestran los prin-



cipales hallazgos relacionados con sus experiencias en el ejercicio de esta labor, toda vez que se considera que ello tiene un impacto directo en la salud mental de las infancias.

Un importante número de mujeres participantes señalaron ser las principales responsables de las tareas de cuidados para las infancias, significando esto un peso difícil de sostener, debido a la multiplicidad de actividades que ello implica. Aunado a esto, el hecho de realizar trabajo no remunerado en el hogar y, en muchos casos, de ser las únicas proveedoras económicas en sus hogares representa una sobrecarga de roles y actividades que se refleja en una sensación de cansancio y soledad, así como en la falta de tiempo destinado para el autocuidado, debido a que priorizan el de las infancias y, en muchos casos, el de otras personas de la familia. Las participantes mencionaron lo siguiente:

El sentirme sola con la crianza de mis hijos, el tener encima el peso de estar sola para ellos. No es fácil ser mamá y papá al mismo tiempo.

El ver que al papá de mis hijos sólo le importa él me lastima demasiado.

En estos momentos tengo la preocupación de la salud de mi esposo y me siento preocupada porque tengo a mi cargo la responsabilidad de mis hijos, negocio y casa. Siento que no estoy completamente con mi hija.

La carencia de redes de cuidado y la sensación de estar realizando dichas tareas sin el apoyo de otras personas o instituciones genera que muchas de las participantes sientan que no están ejerciendo la crianza de forma *correcta*, situación que propicia emociones de temor y de culpabilidad relacionadas con cometer errores o con no hacer lo *suficiente* para el bienestar y la salud mental de las infancias bajo su cuidado:

Algo que no me deja estar en paz es que todos los días me hago la misma pregunta: "¿qué estoy haciendo mal con mi hijo de seis años que siempre peleo demasiado con él?". A veces ya no me siento capaz de sacar adelante a mis hijos y eso me da mucho miedo, el que mis hijos me vean derrotada.

Me atormenta pensar que no soy una buena madre y estar transmitiéndole a mi hijo todos mis miedos y traumas de niña; el repetir el patrón de educación de mis padres; el no saber demostrarle a mi hijo mis sentimientos; el lastimarlo emocionalmente sin darme cuenta; el no poder ayudarlo si lo necesita; el que no me lo diga por miedo a mi reacción; el no darle una vida digna a mi familia.

Finalmente, sobresale también la influencia de una serie de mandatos y discursos de poder relacionados con la maternidad, particularmente aquellos asociados a lo que significa ser una *buena madre*. Al respecto, la mayoría de las participantes resaltaron la complejidad que conlleva su cumplimiento, esto dadas las condiciones relativas al contexto en el que ejercen las labores de cuidado y crianza hacia las infancias (falta de redes de apoyo y de cuidado, sobrecarga de roles y actividades, además de soledad), surgiendo así un proceso de reflexión y cuestionamiento de estas ideas. A continuación se presentan algunos ejemplos de dichas reflexiones:



Ser mamá implica sacrificarte, yo sí lo veo así, o para mí ha sido así. Te tienes que sacrificar a ti misma, a muchos de tus gustos y otras cosas para criar un niño bien, porque tienes que estar con él, porque se despierta en la noche...

A las mamás se nos tiene como muy señaladas. Una como mamá no puede decir: “¡Estoy harta de ser mamá!”, porque está mal visto, “es una mala mamá”, ¿no es cierto? ¿Y el papá?, ¿y los demás? O sea, ¿qué rol juegan en esto?

Ese trabajo que cuesta decir: “soy mamá y hoy no quiero” y “hoy estoy harta de tener hijos”, aunque se escuche mal, ¿no? Sí, la verdad es que a veces una quiere gritar, y yo sí lo expreso y lo digo. Hasta a mi suegra luego le digo que ya me harté, y me dice: “pues así es la vida que nos tocó”, o sea, la de ser mamá.

CONTAR CON APOYO DE PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Tanto las personas responsables de cuidado, personal docente y directivo, así como las infancias, identificaron la importancia de que exista el acompañamiento de personas profesionales en esta materia con la finalidad de mejorar la salud mental de la comunidad. Por un lado, las niñas, los niños y las y los adolescentes se centraron en su experiencia dentro de la escuela y refirieron la necesidad de que exista un mayor número de psicólogas y psicólogos como parte del personal institucional. Asimismo, reconocieron las situaciones en las que profesionales de la salud mental podrían incidir de manera favorable, tales como en los casos de violencia entre pares, la consejería o el acompañamiento durante procesos de duelo:

Que la directora contrate más psicólogos para hablar con los niños que tengan problemas.

Los psicólogos deberían hablar con los que sufran bullying o pérdidas; o también para hablar con los padres del niño para saber si pasa algo.

Pueden llamar a especialistas o a psicólogos para darnos pláticas o consejos para mejorar.

Las personas responsables de cuidado, por su parte, comparten la necesidad expresada por las infancias y adolescencias en relación con que haya más especialistas en salud mental dentro de la escuela; sin embargo, hicieron énfasis en la importancia de que exista apoyo psicológico accesible para ellas y que, en concordancia con lo señalado en el apartado “Cuidarse para cuidar”, sea de apoyo para su bienestar general y, por lo tanto, que incida positivamente en sus tareas de cuidado.

Existe una diversidad de formas en las que podemos cuidar de la salud mental; a veces la terapia se posiciona como la manera principal, pero el acceder a atención psicológica está atravesado por múltiples factores que, en ocasiones, no se toman en cuenta. A veces es complicado acceder a este tipo de atención.



Los psicólogos sí nos sirven mucho, porque luego nosotros nos guardamos las cosas y nos es muy difícil expresarlas a otras personas. Igual con un psicólogo es muy bueno porque ayuda, y ya a raíz de eso podemos tomar una decisión; entendemos mejor a nuestros hijos.

CONVERSAR DE FORMA ABIERTA, INFORMADA Y HONESTA SOBRE LA SALUD MENTAL Y EL SUICIDIO

Entre las diversas alternativas que la comunidad escolar identifica como propicias para cuidar la salud mental se destaca la importancia de generar espacios donde se pueda conversar de manera abierta, informada y honesta sobre esta temática, como una forma de prevenir y actuar oportunamente ante problemáticas como el suicidio. De acuerdo con las reflexiones de las infancias, el contar con un lugar de escucha y acompañamiento ante situaciones que afectan su salud mental es de especial relevancia; cabe señalar que las niñas y los niños relacionan estos espacios de confianza con personas cercanas a su contexto escolar o familiar. Sobre ello mencionaron:

Nos pueden ayudar hablando con el personal de la escuela para que tenga más atención con ese tipo de situaciones.

Platicarlo con papá o mamá para que nos ayuden.

No quedarnos callados y platicarlo para que nos apoyen.

Preguntar por el tema.

Platicar con nosotros sobre estas cosas porque todavía tenemos caminos.

En esa misma línea, las personas responsables de cuidado manifestaron la necesidad y la pertinencia de contar con espacios de intercambio y escucha en los que se aborden temáticas relacionadas con su salud mental y la de las infancias. En diversos momentos enfatizaron que acciones como las realizadas en el marco de la presente Estrategia fueron de gran pertinencia, por lo que consideran que efectuar más pláticas y habilitar estos espacios de conversación resultaría de gran utilidad.

MOSTRAR ATENCIÓN E INTERÉS POSITIVO

Otra de las acciones que la comunidad identifica para contribuir al cuidado de la salud mental –y que concuerda con lo encontrado en la consulta sobre violencia entre pares que precedió al desarrollo de esta Estrategia– es mostrar atención e interés positivo hacia las infancias. Al respecto, las niñas y los niños describieron la atención de las personas responsables de su cuidado, tanto en el entorno escolar como en el familiar, como un elemento clave. En este sentido, señalaron que dicha atención e interés positivo puede traducirse en distintas acciones como las siguientes:

Apoyarme, quererme, hacerme caso.

Pasar tiempo con los hijos para que no estén tristes.



Apoyarme, quererme.

Que de verdad les interese lo que me pasa.

Que estén al pendiente de mi forma de actuar.

De lo expresado por las infancias se destaca que para éstas es esencial sentirse acompañadas, apoyadas y respaldadas por las personas adultas responsables de su cuidado, sobre todo frente a situaciones adversas y ante las que se perciben en riesgo. Resalta también que el interés y la atención que las infancias reciben de las personas responsables de su cuidado fortalecen su sentido de seguridad y valía, lo que les permite desenvolverse mejor en los distintos espacios en los que participan, así como poner en marcha los recursos de afrontamiento con los que cuentan ante alguna situación en particular, aspecto que contribuye a su salud mental.

Además de lo anterior, las infancias hicieron especial hincapié en el diálogo y la escucha como elementos esenciales para el cuidado de su salud mental, refiriendo que, a través de éstos, las personas responsables de su cuidado podrían no sólo estar al tanto de cómo se encuentran, sino que también estarían en condiciones de implementar acciones oportunas de protección y defensa en caso de enfrentar situaciones de riesgo y adversas. De acuerdo con lo señalado por las infancias, *habilitar espacios de diálogo* les permitiría tener información proveniente de un referente de confianza para ellas, acceder a temas de su interés o saber sobre las distintas problemáticas que experimentan en su vida cotidiana con el fin de afrontar diversas situaciones de manera más efectiva, sabiendo que tienen el apoyo y respaldo de las personas responsables de su cuidado.

Yo creo que nos deberían escuchar más a menudo por cualquier cosa.

Dar consejos, apoyar y escuchar.

Me ayudarían dialogando o apoyándome.

Apoyarme, escucharme.

Platicar sobre los problemas de los niños.

Dialogar sobre situaciones difíciles.

Ser escuchado.

Platicar con nosotros; que nos den pláticas.

Es importante hablar con nuestros familiares para sentirnos mejor.

En consonancia con lo referido por las infancias, las personas responsables de cuidado y el personal docente reconocieron también que mostrar atención e interés positivo hacia las niñas y los niños es una de las acciones fundamentales para el cuidado de su salud mental, sobre todo porque de esta manera es posible detectar los factores de riesgo a los que las infancias están expuestas, así como las manifestaciones o señales de alerta asociadas con alguna condición de salud mental o una conducta suicida. Así, la atención e interés positivo juegan un papel fundamental en la prevención y atención del suicidio, toda vez que la detección oportuna de dichas señales posibilita la implementación de acciones específicas dirigidas a garantizar la



salud mental de las infancias y la protección de su integridad psicofísica. Al respecto, comentaron:

Cuidar de todo, observar y apoyar tus sentimientos.

Estar al pendiente de mis hijas.

Estar al pendiente de sus cambios, no dejarlos.

Estar al pendiente de cómo van en la escuela, qué hacen, quiénes son sus amigos.

Estar al pendiente de todo. Para mí los cambios que los niños o las personas generan de un momento a otro son muy importantes porque algo indican, algo te dicen..., ¿por qué está cambiando su forma de actuar, su forma de retraerse?; el no hablar, no estar presente en un mismo lugar que otra persona.

Poder identificar las señales; echar ojo si está triste, ansioso o enojado.

Que tenemos que estar atentos a más factores de riesgo y porque no solamente dependen de la persona.

Finalmente, en relación con esta categoría, las personas responsables de cuidado enfatizaron la importancia de compartir tiempo de calidad con las niñas y los niños, señalando que si bien a consecuencia de sus obligaciones laborales y su ritmo de vida no siempre pueden hacerlo como les gustaría; consideran que esto es fundamental. Al respecto, manifestaron lo siguiente:

A veces como papá se me conflictúan muchas cosas, pero cuando estoy con mi hijo trato de que esos 10, 15, 20 minutos o media hora sean de calidad. No está el celular, no está la tele, nada. Y digo: "¿De qué quieres platicar?, ¿quieres platicar del dulce? De lo que quieras platicamos". Y si se acaba el tiempo, digo: "Ahorita en un rato nos damos otro tiempo, porque tengo cosas que hacer". Pero sabe que te está importando.

Yo trabajo, soy madre soltera; a mí me tocó todo el paquete, pero trato de estar pendiente de mis niños. Y por más que llegue cansada me tomo el tiempo de estar con ellos.

FOMENTAR EL BUENTRATO HACIA LAS INFANCIAS

El *buentrato* y el cuidado están vinculados con todas aquellas acciones que permiten garantizar la sostenibilidad de la vida, el bienestar físico y emocional, así como la defensa de los derechos de las infancias. Desde este lugar, el *buentrato* posibilita el acceso de las infancias a una vida libre de violencia y contribuye al fortalecimiento de su sentido de agencia y confianza básica.

En este sentido, promover una cultura del *buentrato* es esencial para la atención y prevención del suicidio entre las infancias, ya que es a partir de ésta que se pueden generar espacios que las niñas y los niños perciban como seguros, protectores y garantes de sus derechos e integridad. Asimismo, la promoción de dicha cultura contribuirá al fortalecimiento de la confianza entre las infancias y la consolidación de referentes dentro de su comunidad, para que en caso



de necesitarlo, puedan acudir con la certeza de que recibirán el acompañamiento y apoyo que requieren frente a una situación adversa.

Así, las infancias que participaron en la Estrategia reconocieron las siguientes acciones como aquellas que muestran un *buentrato* hacia ellas:

No decirles cosas feas y respetarles.

No hacerles bullying.

No hacerles sentir mal.

Que no digan comentarios de mi físico.

Que no me peguen, que no me digan groserías, que no me dejen solo.

Que no nos peguen y que no nos hagan sentir mal y tristes.

Que te traten bien, que te escuchen, que te respeten a ti y tu opinión.

No discriminar.

Hablarnos bien y con respeto.

Que no nos maltraten verbalmente.

Decir cosas buenas.

Además de las frases anteriores, la siguiente imagen muestra el testimonio de una niña o un niño en relación con lo que le representa el *buentrato*, identifica éste con la atención e interés positivo descrito previamente, lo cual también es referido de manera recurrente por las infancias:

Fotografía 4. Testimonio

ami me gusta que me traten con amor y cariño y que me hagan caso y no me ignoren.

A partir de lo anterior, se observa que las infancias relacionan el *buentrato* con acciones vinculadas con el respeto, el amor y la escucha, y sobre todo con la procuración de vínculos e interacciones *no violentas*. De esta manera, es claro que el fomento de una cultura de *buentrato* hacia las infancias es esencial para la atención y prevención del suicidio y, en general, para procurar la salud mental, sobre todo tomando en cuenta que la exposición a diferentes formas de violencia representa un importante factor de riesgo.

Sobre dicho respecto, las personas responsables de cuidado igualmente identificaron el *buentrato* como un elemento clave para el cuidado y la protección de la salud mental de las infan-



cias, y lo relacionaron con acciones tales como: utilizar palabras de afirmación hacia las niñas y los niños, con las que se les reconozcan sus capacidades y su valía; que se muestre confianza hacia ellas, permitiéndoles desarrollar su autonomía sin que ello signifique dejar de cuidarles; y evitar hacer comparaciones entre ellas y ellos para posibilitar así el libre desarrollo de su identidad. Sobre ello manifestaron:

El hablarle hace que su salud mental esté más sana. El hablarle siempre en positivo, siempre con palabras lindas, el motivarle, el decirle todos los días a tu hijo: "¡ay, mi amor! Te amo ¡Qué bonito!, ¡qué inteligente, ¡qué guapo!"

Yo creo que algo muy importante son las etiquetas que les ponemos a los hijos, las etiquetas y las comparaciones. Porque hay mucha gente que dice: "es que fulanito es esto" y es que "tú no eres como fulanito" o "tú no tienes que ser así". Eso de las etiquetas es muchísimo peor porque es como si les dijéramos que no tienen la capacidad de hacer algo, y nosotros mismos les restamos el valor a nuestros propios hijos porque no llegan a alcanzar lo que otros niños sí; entonces debemos quitarles esas etiquetas.



VII. Otras acciones implementadas en función de las necesidades detectadas en la Estrategia





Durante la implementación de la Estrategia y en razón del mecanismo de supervisión y seguimiento establecido para ésta, se detectaron otras necesidades explícitamente manifestadas por la comunidad escolar.

En primera instancia, el personal docente y directivo expresó la necesidad de contar con espacios de capacitación sobre dos temáticas en particular, las cuales comenzaron a aparecer como urgentes para ellas y ellos debido a lo que se estaba trabajando durante la Estrategia:

- Atención de las violencias escolares conforme al protocolo de prevención y atención vigente y
- Primeros auxilios psicológicos (PAP).

Para ello se implementaron talleres de forma presencial que estuvieron diseñados con base en metodologías reflexivas y participativas. Respecto de la atención de situaciones de violencia en el ámbito escolar, la DAP buscó la colaboración de la Dirección de Atención y Orientación (DAO), adscrita a la DGQAI de la Comisión, instancia que a través de su personal brindó el taller que más adelante se describe, así como el de PAP.

Por otra parte, en virtud de lo señalado por las personas responsables de cuidado y crianza y el personal docente y directivo, así como de lo realizado con las infancias, la DAP mantuvo reuniones con personal de la Conasama con el objetivo de definir las vías institucionales que podrían apoyar a la Estrategia, además de la capacitación que para ese momento ya se había brindado al personal que formó parte de ésta. Sobre el particular, la Conasama ofreció que, con el fin de vincular de forma directa a la Escuela Primaria General Antonio Rosales con servicios de atención en salud mental accesibles y asequibles, las partes que impulsaron la Estrategia establecieran contacto directo con la Uneme-Cecosama San Mateo, que es la más cercana a la escuela. Lo anterior se realizó a través de Soledad Sánchez Marín, responsable del área administrativa de la mencionada unidad. Así, Sánchez Marín, en representación de la Uneme-Cecosama San Mateo, el personal directivo de la escuela primaria y el personal de la DAP de la CDHCM sostuvieron una reunión para definir el tipo de apoyo que podía brindarse con el fin de solventar las necesidades detectadas y expresadas por la comunidad escolar.

En esa línea, la Uneme-Cecosama ofreció la realización de un tamizaje que permitiera identificar posibles casos en situación de riesgo de presentar condiciones de salud mental. El tamizaje sería realizado con la población de infancias con las que se estaba trabajando y pos-



terior a la obtención de resultados se llevaría a cabo la canalización directa a los servicios de la Uneme-Cecosama. Cabe destacar que, previa autorización de las personas responsables de cuidado y crianza para la aplicación de los instrumentos, los resultados del tamizaje les fueron devueltos y explicados de manera amplia por personal de la referida unidad y de la DAP. Además, ambas instancias se aseguraron de compartir la información de forma clara y accesible a las infancias previo a la implementación del tamizaje, acordando que su participación era voluntaria y colocando la aplicación en el marco de lo que hasta ese momento se había realizado en la Estrategia. En ese tenor, a continuación se describen de manera general las acciones implementadas y señaladas en este apartado:

➤ Tamizaje realizado por la Uneme-Cecosama San Mateo

De acuerdo con la OMS, el *tamizaje* es “el uso de una prueba sencilla en una población saludable, para identificar a aquellos individuos que tienen alguna patología pero que todavía no presentan síntomas”.²¹⁸ Asimismo, las pruebas diagnósticas de tamizaje son aquellas capaces de identificar factores de riesgo que predicen el inicio de alguna enfermedad, además muestran alteraciones de la enfermedad antes de que ésta progrese y sea sintomática.²¹⁹ Así, se puede inferir que el tamizaje consiste en la aplicación de pruebas a determinadas poblaciones para la identificación anticipada de la presencia de alguna condición de salud y/o enfermedad.

Acorde a lo anterior, el tamizaje que se aplicó a niñas y niños fue para identificar los niveles de ansiedad y depresión, debido a que durante la implementación de la Estrategia se identificó que algunas y algunos expresaron situaciones posiblemente relacionadas con tales condiciones. Ante ello, en colaboración con la Uneme-Cecosama San Mateo, el 24 de abril del presente año se aplicaron dos pruebas:

- Escala CES-DC “Depression Scale for Children”.²²⁰
- Autorreporte de Ansiedad para Adolescentes (AAA) (adaptación del SCARED por Francisco de la Peña Olvera, adoles@imp.edu.mx).²²¹

²¹⁸ Luis Gerardo Cano Villate et al., “Orientaciones para el desarrollo de las actividades de tamizaje en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas-PIC”, en *Revista de Salud Pública*, vol. 15, núm. 2, Bogotá, noviembre de 2015, pp. 1-7, disponible en <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-tamizaje-pic.pdf>>, página consultada el 3 de septiembre de 2024.

²¹⁹ Eduardo de Jesús Torregroza-Díazgranados y Juan Pablo Torregroza-Castilla, “Pruebas diagnósticas de tamizaje”, en *Revista Colombiana de Cirugía*, vol. 15, núm. 4, Bogotá, junio de 2022, pp. 673-683, disponible en <<https://doi.org/10.30944/20117582.2105>>, página consultada el 3 de septiembre de 2024.

²²⁰ La escala CES-DC es uno de los instrumentos más utilizados para detectar síntomas depresivos en niñas, niños y adolescentes de seis a 17 años. Los 20 temas que la forman fueron seleccionados del conjunto de ítems de la escala Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Adults (CES-D) de Radloff (1977). Véase Banco de Instrumentos y Metodologías en Salud Mental, “Ficha técnica del instrumento”, disponible en <<https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=203>>, página consultada el 4 de septiembre de 2024.

²²¹ La escala de evaluación llamada SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders) ha sido diseñada como una herramienta de tamizaje de los trastornos de ansiedad en las niñas y los niños. Véase Eva Marcela Cárdenas et al., *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*, op. cit.



Del tamizaje aplicado, la Uneme-Cecosama refirió, el 19 de junio, los siguientes resultados, que fueron socializados con el personal directivo de la escuela primaria y las personas responsables de cuidado y crianza de las infancias que, en la semaforización de resultados, mostraron indicadores de riesgo medio y elevado para ansiedad y/o depresión:

- El tamizaje fue aplicado a un total de 106 niñas y niños de 5° y 6° grado de la Escuela Primaria General Antonio Rosales.
- Se validó un total de 212 tamizajes, de los cuales 106 correspondieron a ansiedad y 106 a depresión.
- Se encontró que 5% de niñas y niños presentaba alta posibilidad de enfrentar un episodio elevado de ansiedad, por lo que fue identificado como *alumnado de alto riesgo*; en tanto, 36% se encontró en *riesgo medio*, lo cual puede disminuir con la aplicación de técnicas para la ansiedad.
- Se halló que 4% de la población presenta niveles significativos de síntomas de depresión, siendo identificado como *alumnado en riesgo alto*; 25% se encontró en un *riesgo medio*, lo que puede llegar a disminuir mediante la impartición de talleres para la vida, priorizando cuatro aspectos: autoestima, resolución de conflictos, expresión de emociones y comunicación asertiva.
- De la población que se identificó en *alto riesgo*, 89% corresponde al género femenino y 11% al masculino.

Como parte de la atención a la población identificada en situación de riesgo, la Uneme-Cecosama señaló las siguientes alternativas:

- La consejería individual.
- Los talleres de solución de problemas y de habilidades para la vida.
- El brindar información general sobre sustancias psicoactivas, sus causas y efectos.
- En caso de detectarse un riesgo severo, la canalización a un centro especializado. De acuerdo con los resultados del tamizaje, se canalizó a un total de nueve niñas y niños a la Uneme-Cecosama debido a que fueron ubicados en tal gravedad.

➤ Talleres realizados por la DAP y la DAO con personal docente y directivo

Como ya se refirió, los talleres fueron dirigidos al personal docente y directivo debido a la preocupación que expresó dicha población en torno a la atención de casos de violencia en el ámbito escolar, poner interés de contar con habilidades básicas para facilitar la salud mental de las infancias con las que trabajan día a día. Enseguida se describen brevemente ambas acciones:



Cuadro 6. Taller Atención de las violencias escolares conforme al protocolo de prevención y atención vigente

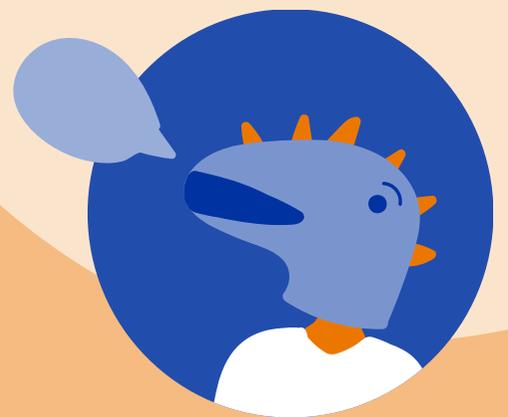
Facilitador:	Personal de la DAO.
Duración:	Dos horas.
Fecha de implementación:	26 de abril de 2024.
Objetivo general:	
Favorecer el conocimiento de las personas asistentes para la identificación de los distintos tipos de violencia que se pueden presentar o conocer dentro del ámbito escolar en los niveles de educación básica, así como los pasos por seguir y mecanismos de actuación conforme al Protocolo de Prevención y Atención de las Violencias en la Escuela vigente para la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México.	

Cuadro 7. Taller Primeros auxilios psicológicos para personal docente de la Escuela Primaria General Antonio Rosales

Facilitador:	Personal de la DAP.
Duración:	Seis horas (tres sesiones de dos horas cada una).
Fechas de implementación:	17, 18 y 19 de julio de 2024.
Objetivo general:	
Identificar los componentes estratégicos de los primeros auxilios psicológicos (PAP) y su aplicación procedimental para su incorporación como primera respuesta de atención a niñas, niños y adolescentes en estado de crisis por parte de la comunidad docente de la Escuela Primaria General Antonio Rosales.	



VIII. Alcances y limitaciones de la Estrategia





COMISIÓN
ESTADÍSTICA DE
MICHUACÁN DE OCHOQUIRI

AYUDO

Te2

MADON

Te2

Te2

Te2

Te2

Te2

Te2

Te2

A partir de la implementación de la presente Estrategia se identificaron los alcances y limitaciones que ésta tiene.

Así, sobre los alcances de la intervención se destaca la posibilidad de trabajar con las personas integrantes de la comunidad durante casi un ciclo escolar completo, ya que esto permite la implementación de acciones articuladas, así como el seguimiento y acompañamiento sostenido a la comunidad escolar. Esto también posibilita generar un vínculo con la comunidad que facilita el abordaje de situaciones difíciles –no sólo relacionadas con la prevención del suicidio–, a través de espacios que se tornan seguros y confiables para ellas y ellos.

La Estrategia propició que las personas integrantes de la comunidad escolar reconocieran a la CDHCM como un referente de la garantía y defensa de sus derechos humanos, fortaleciendo así la confianza en la Comisión por parte de las personas participantes.

Los alcances importantes hallados se relacionan con la identificación de otras problemáticas graves que se presentan en la comunidad, tales como el uso y consumo problemático de sustancias psicoactivas, la violencia sexual y la violencia familiar. Dicha identificación dio pauta para la implementación de acciones, tanto por parte de los actores involucrados dentro de la comunidad como del personal de este organismo, con el propósito de proteger la integridad de las infancias y de garantizar sus derechos fundamentales.

A raíz de la identificación de dichas problemáticas y de la movilización de la comunidad para dar respuesta a las necesidades de las infancias, se propició el reconocimiento del personal docente y directivo en torno a la corresponsabilidad que tienen sobre el cuidado y la protección de las infancias que están a su cargo en el espacio escolar.

Sobre este punto, otro alcance a destacar es el relativo a la capacitación impartida al personal docente y directivo sobre temas que son esenciales para guiar su actuar de manera ética, informada y oportuna dentro del ámbito escolar, siempre con el propósito de procurar el bienestar de las infancias e incluso el propio. Ambas formaciones, de acuerdo con lo expresado por el personal docente y directivo, mejoraron la capacidad de respuesta de la comunidad escolar frente a problemáticas de salud mental y otras, como las violencias.



Por otro lado, como parte de las acciones implementadas durante el desarrollo de la Estrategia resaltan las canalizaciones realizadas por la DAP a distintos servicios de salud mental a partir de la petición expresa de las personas responsables de cuidado, para que tanto ellas como las infancias pudieran contar con un acompañamiento psicoterapéutico y/o psiquiátrico frente a una problemática determinada.

De esta manera, la DAP realizó las gestiones necesarias con las autoridades competentes y brindó a las personas responsables de cuidado la información pertinente sobre la canalización a espacios acordes a sus necesidades específicas y contextos particulares.

A largo de la implementación de la Estrategia se canalizaron nueve casos, de los cuales seis se trataban de niñas de entre seis y 12 años y tres de personas adultas de entre 19 y 50 años.

Respecto de las problemáticas que propiciaron la canalización de las infancias, de manera general fueron referidas las siguientes: trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH); ideación suicida; malestar emocional (tristeza, enojo y desesperanza); autoestima y casos relacionados con violencia (entre pares y sexual fuera del entorno escolar). Mientras que las canalizaciones de las personas adultas estuvieron motivadas por cuestiones como el uso y consumo problemático de sustancias psicoactivas y con dificultades de lectoescritura. Cabe mencionar que en torno al caso de posible violencia sexual detectado fuera del entorno escolar, éste fue abordado de manera conjunta con el personal directivo de la escuela y personal de la DAP y DAO de la CDHCM, con el fin de orientar la ruta que debía seguirse, situación que derivó en que la persona responsable de cuidado y crianza fuera informada de lo sucedido y se implementaran las acciones conducentes.

En cuanto a las instituciones a las que fueron canalizadas las personas, éstas fueron diversas e incluyen al Instituto Nacional de Pediatría, la Uneme-Cecosama San Mateo, el Centro Comunitario Santa Fe, el Consejo Ciudadano para la Seguridad y Justicia, y el Centro de Integración Juvenil. Cabe destacar que, una vez realizadas las canalizaciones, el personal de la DAP se mantuvo en comunicación con las personas interesadas con el fin de dar seguimiento a la referencia y atención recibida. En este tenor, es importante mencionar la vinculación interinstitucional que la CDHCM impulsó con otras instancias cercanas a la comunidad; una de ellas es la Uneme-Cecosama San Mateo, así como el Centro Comunitario Santa Fe.

Por otro lado, uno de los mayores alcances de la Estrategia fue la realización del encuentro comunitario denominado Feria del Autocuidado y *Buentrato*, que representó el cierre de la Estrategia y dio cuenta de la importancia de la transversalización del enfoque comunitario como eje rector para la implementación de estrategias orientadas a la atención de la salud mental y la prevención del suicidio. Las intervenciones centradas en la comunidad que promueven su participación activa en el abordaje de las distintas problemáticas que les aquejan suelen ser las más pertinentes y efectivas, ya que parten del conocimiento local, a la vez que fortalecen el sentido de agencia, el tejido social y mejoran la capacidad de respuesta.



Así, la Feria consistió en un evento en el que se reunieron los distintos grupos de la comunidad educativa y durante el cual se llevó a cabo una serie de actividades lúdicas en las que se destacó la importancia del cuidado de la salud mental y la prevención del suicidio. Entre las actividades que formaron parte de la Feria destacan: la lotería de emociones, el memorama de cualidades, la sopa de letras, los abrazos musicales, el *post* del recuerdo, modelando tu dignidad, entre otras. Cada una de estas actividades enfatizaron algún aspecto de la salud mental y propiciaron en todo momento la reflexión de las personas en torno al tema, destacando la importancia del involucramiento de todas y todos en el abordaje de la salud mental y la prevención del suicidio. Finalmente, a través de este evento se fomentó el trabajo en equipo y el estrechamiento de lazos al reconocerse como parte de una misma comunidad que persigue un objetivo común, consistente en la procuración del bienestar de las infancias y la salvaguarda de su integridad psicofísica. Por lo tanto, la comunidad escolar manifestó la intención de contar con más espacios de esta naturaleza. De igual manera, en este último encuentro se hizo una síntesis del trabajo realizado durante la Estrategia; las personas participantes enfatizaron la relevancia y pertinencia de acciones como ésta, señalando que hasta ese momento no habían contado con una intervención de este tipo.

En otro orden de ideas, respecto de las limitaciones detectadas, está la relacionada con la coordinación del trabajo interinstitucional, toda vez que las agendas de cada equipo de trabajo, en ocasiones fue complejo realizar la supervisión y evaluación de la Estrategia con la periodicidad deseada. Si bien ante estas dificultades se buscaron alternativas para dar seguimiento y retroalimentación, no siempre fue posible que participaran todos los equipos de trabajo, por lo que esto es un área de oportunidad que debe ser considerada dentro de los planes de trabajo.

Las limitaciones del tiempo se hicieron extensivas a las personas pertenecientes a la comunidad. Así, en el caso de las personas responsables de cuidado, los talleres impartidos y las actividades que se realizaban durante éstos fueron frecuentemente ajustados y modificados en función de la disponibilidad de su tiempo y asistencia, las cuales eran limitadas por sus actividades laborales y las labores de cuidado y crianza que ejercen. En cuanto al personal docente y directivo, debido a sus actividades dentro de la escuela y que únicamente se disponía de un tiempo determinado durante la Junta de Consejo Técnico, en ocasiones la periodicidad de los encuentros fue más espaciada de lo esperado, lo que a veces impidió dar la continuidad acordada a los temas abordados durante las sesiones.

Finalmente, a pesar de los esfuerzos realizados, de las distintas acciones implementadas y de los múltiples recursos destinados a la aplicación de la Estrategia, es claro que la puesta en marcha de un mecanismo como éste, además de atender la problemática para la que fue diseñado, visibiliza otras más dentro de la comunidad; lo anterior reveló que al entrar a una comunidad escolar se requiere de la activación de una amplia red institucional para hacer frente a todas las necesidades manifestadas. Esto resalta, una vez más, la importancia de las alianzas y el trabajo interinstitucional para que estrategias como ésta se materialicen, conso-



liden y afecten de forma positiva a las comunidades escolares. Cabe destacar que frente a la valoración positiva que tuvo la comunidad escolar de la Estrategia, se solicitó la implementación de acciones de acompañamiento a lo ya realizado; en ese tenor, la CDHCM estableció el compromiso de llevar a cabo esto, partiendo de los resultados de la Estrategia.



IX. Conclusiones





#Expresarme
#Imaginar

#Sentirme
Bien
Siuu

#Cuidados
FYP

#Jugar
Sin
Limar

#El buentrato
Es Chido

A partir de los hallazgos derivados de la implementación de la Estrategia de prevención del suicidio en las infancias se desprenden las siguientes conclusiones.

Utilizar una perspectiva cualitativa para hacer el análisis de los resultados obtenidos a partir de la Estrategia permite colocar en el centro los significados construidos por parte de la comunidad en torno a la salud mental y el suicidio. La intención fue dar cuenta de la forma en la que una comunidad escolar se acerca hacia temas que resultan prioritarios, más cuando se trata de infancias y adolescencias. Esto permitió detectar que para la comunidad escolar los temas de la salud mental y el suicidio, si bien son un asunto urgente por atender, aún se perciben como una agenda pendiente debido a que se identificó una serie de factores –principalmente estructurales, sociales, económicos e institucionales– que obstaculizan su acceso a servicios de salud mental. Es decir, la percepción generalizada de la comunidad es que no tiene garantizado su derecho a la salud mental.

En relación con lo anterior, las percepciones recogidas en la presente Estrategia muestran que, a pesar de los avances sustantivos que se han establecido en la reforma de 2022 a la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones, éstos aún no se han consolidado en la vida cotidiana de las personas. Como se describió en los resultados, quienes forman parte de la comunidad escolar que participó en esta Estrategia señalaron que si bien han tenido la intención de procurar su salud mental, así como de cuidar la de las infancias y adolescencias que les rodean, ello les ha resultado difícil debido a que, entre otros aspectos, al no contar con acceso a servicios de salud mental públicos y gratuitos e intentar recurrir a los ofrecidos por el mercado, se han percatado de que esto resulta inviable económicamente y poco accesible para sus familias, aspecto que incluso en algunos casos les impidió contar con apoyos especializados para hacer frente a situaciones de riesgo detectadas en las infancias, como es el caso de las autolesiones y los síntomas asociados a la depresión y ansiedad. A lo anterior se suman otros obstáculos, tales como el desconocimiento y/o la desinformación en torno a los problemas de salud mental y a la existencia de prejuicios y estereotipos asociados a la atención de ésta, lo que complejiza acceder a dicho tipo de servicios.

Por otra parte, con respecto del trabajo realizado en la presente Estrategia y en atención a las sugerencias planteadas por la ops en *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del*



suicidio en los países,²²² acerca de los elementos básicos que deben abordarse cuando se pretende sensibilizar a una comunidad en torno a la prevención del suicidio, para los tres grupos de trabajo se plantearon los mensajes que, como se observa en los resultados, posteriormente fueron incorporados por las propias personas de la comunidad: 1) se reconoció que el suicidio es un problema grave de salud pública que siempre merece atención; 2) se habló sobre la estigmatización de las personas que buscan ayuda en temas de salud mental y también se cuestionaron diversos mitos en torno al suicidio; 3) se enfatizó el papel de apoyo que puede jugar cualquier persona cuando alguien más presenta riesgo suicida; 4) se conversó de manera reiterada sobre la importancia de buscar ayuda si se presenta una situación de ese tipo, y 5) se brindó información sobre los espacios a los cuales acudir si surge alguna necesidad al respecto. En particular, con el personal docente-directivo, y con las personas responsables de crianza se habló acerca del mito extendido en la sociedad en cuanto a que las niñas y los niños no cometen suicidio. En esa línea, se destacó que si bien es menos común que estas conductas se presenten –en comparación con otras etapas del desarrollo como la adolescencia– cualquier manifestación y cualquier etapa debe tomarse en serio; sobre ello, además de colocar el acento en la no estigmatización de las personas que viven alguna situación de esa naturaleza, también se buscó la no normalización del riesgo suicida, haciendo énfasis en que cualquier señal detectada en ese sentido debe ser inmediatamente atendida.

En relación con los factores de riesgo identificados por la comunidad escolar, es evidente la presencia de distintos tipos de violencias en los diferentes contextos en donde las infancias interactúan (familiar, escolar, virtual, social y comunitario), representando un elemento que condiciona su bienestar de forma considerable y las coloca en una situación de especial vulnerabilidad, lo que aumenta la probabilidad de que presenten una condición de salud mental y, en casos más graves, alguna conducta, ideación o planeación suicida. En ese tenor, se siguen detectando importantes fallas y deficiencias en la consolidación de espacios seguros y favorecedores del bienestar y la integridad de las infancias, desde el ámbito familiar hasta el escolar, por mencionar algunos. Sobre lo anterior, debe destacarse la obligación reforzada que tiene el Estado para garantizar que infancias y adolescencias se desarrollen en entornos protectores, garantes, promotores y respetuosos de sus derechos humanos; en el caso que motiva la presente Estrategia, el derecho a la salud mental, a la educación y a una vida libre de violencia, entre otros.

A lo anteriormente expresado se suman experiencias que niñas y niños han enfrentado a lo largo de sus vidas, como la muerte de seres queridos –principalmente de personas integrantes de su familia–, situaciones que les ha representado una experiencia emocional intensa y caracterizada por tristeza y desconcierto; incluso hubo referencias sobre pérdidas recientes provocadas por la COVID-19. Este aspecto coloca en el centro la necesidad de que las políticas públicas en materia de salud mental cuenten con programas específicos dirigidos a las infan-

²²² Organización Panamericana de la Salud, *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*, op. cit.



cias y adolescencias, y que aborden los impactos psicoemocionales generados o agravados a partir de la pandemia, sugerencia que está en consonancia con lo propuesto por la NASMA y lo que en su momento ha reconocido la Conasama. La emergencia sanitaria afectó de forma sustantiva los servicios de salud mental, agudizó las brechas en la atención y detonó el aumento de condiciones de salud mental tales como la depresión y la ansiedad. A partir de lo realizado en la Estrategia, parece que tales consecuencias no sólo se encuentran vigentes, sino que también se reflejan en la cotidianidad y la experiencia de las personas integrantes de la comunidad acerca de la salud mental y su cuidado posterior a la COVID-19.

Por otra parte, se destaca la mirada de las infancias y las personas responsables de cuidado sobre la forma en que consideran el núcleo familiar como un espacio fundamental para la protección, el *buentrato* y el cuidado; a la par, reconocen el papel fundamental de una red de soporte comunitario que se articule de manera coordinada y se integre por instituciones y personas de la comunidad, capaces de brindar apoyos continuos e integrales. En torno a lo expresado por las niñas y los niños que participaron en la Estrategia, ellas y ellos colocan los vínculos entre pares como una de sus principales redes de apoyo y enfatizan la importancia de que tales relaciones se sostengan en la escucha, la empatía y el cariño. Este último aspecto coloca en el centro la necesidad de contar con estrategias dirigidas al fortalecimiento de los vínculos entre pares y que éstos se formen como redes de apoyo y acompañamiento para situaciones graves como es el caso del suicidio, sin que la responsabilidad de su prevención y atención recaiga sobre dicho grupo, pues lo anterior continúa siendo materia del Estado, de las personas responsables de cuidado, de las autoridades escolares y cualquier otro sector conformado por personas adultas que esté relacionado con esta problemática.

En ese tenor, las infancias también destacaron al personal docente y directivo como un referente para ellas y ellos, ubicándolos como redes de apoyo. Lo anterior destaca la necesidad de diseñar e implementar acciones que permitan a dicho personal fungir como facilitador de la salud mental y de red de apoyo para la comunidad escolar. La formación de vínculos sólidos, cercanos y de confianza entre el personal docente y directivo es un elemento clave para la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio, aspecto que a su vez enfatiza la urgencia de brindarles las habilidades y herramientas básicas para que puedan realmente atender una responsabilidad como ésta.

Por otra parte, un aspecto clave que resalta lo realizado durante la Estrategia es la necesaria transversalización del enfoque de género para atender estas problemáticas. En ese sentido, las personas participantes pusieron de manifiesto las múltiples dificultades que enfrentan para ejercer el autocuidado, esto debido a la persistencia de roles de género que inciden en una marcada desigualdad en la distribución de los cuidados. Siguiendo ese orden de ideas, es posible afirmar que esta pérdida de lo comunitario y colectivo para hacer frente a lo cotidiano genera en las mujeres una sensación de soledad frente al cuidado y la crianza de sus hijas e hijos, aspecto que les coloca en una situación de especial vulnerabilidad.



Sobre ello, la NASMA insiste en la necesidad de adoptar un enfoque transformador frente a las cuestiones de género en favor de la salud mental. Particularmente, en lo que se refiere a la distribución del trabajo de cuidados no remunerado realizado por las mujeres, este organismo insta a que los gobiernos tomen medidas para que sea reconocido, reducido y redistribuido por medio de programas de protección social, así como en la inversión de infraestructura y tecnología destinada a reducir el tiempo empleado y las desigualdades sociales y económicas que enfrentan las mujeres.

Tomando en cuenta lo anterior, es posible afirmar que los hallazgos derivados de la implementación de la Estrategia dejan de manifiesto la necesidad imprescindible de revisar la agenda pública actual en torno al cuidado para posicionarla en el ámbito público, haciendo énfasis en las obligaciones de los Estados frente a una crisis que subraya la urgencia de implementar un sistema integral de cuidados que esté articulado por los diferentes sectores que impulsan los derechos de las infancias a la educación, a la salud, a la vida libre de violencia, entre otros. Lo anterior, partiendo de un enfoque diferenciado y especializado en la atención de poblaciones sujetas a protección especial, como es el caso de las infancias; así, las políticas públicas creadas en este rubro deben partir del reconocimiento del papel fundamental que tienen los cuidados para el desarrollo físico, emocional, social y cognitivo de niñas y niños, en especial para quienes viven en condiciones de mayor riesgo y vulnerabilidad.

Por otra parte, las personas integrantes de la comunidad identificaron la necesidad de contar con el acompañamiento de profesionales en salud mental en la comunidad; para las infancias, dicho acompañamiento es relevante debido a que su intervención podría incidir en situaciones particulares como la violencia entre pares, consejería y procesos de duelo. En tanto, para las personas responsables de cuidado, la accesibilidad y el acercamiento con dicho personal aporta a su bienestar general, además de que incide positivamente en los cuidados que brindan a las infancias; se destacó, por ejemplo, la necesidad de contar con información, talleres o acciones dirigidas a la promoción de prácticas de crianza respetuosa y positiva. En razón de lo anterior, el Estado debe implementar acciones y políticas públicas que habiliten una mayor distribución de recursos para la atención de la salud mental en contextos escolares. Éstos no pueden seguirse viendo como dos sectores separados o como prácticas sociales que no se afectan entre sí; debe apuntarse hacia la consolidación, como se ha señalado anteriormente, de políticas con enfoques multi e intersectoriales. Es necesario que las infancias y adolescencias encuentren en los entornos escolares condiciones que favorezcan no sólo su derecho a la educación por medio de actividades de enseñanza y aprendizaje, sino también que cuenten con recursos específicos destinados a garantizar el acceso a servicios para el cuidado de la salud mental, que impulsen su desarrollo integral y mejoren su calidad de vida.

Por otra parte, uno de los aspectos que distingue a los enfoques comunitarios y participativos es que éstos tienen por objetivo que las comunidades identifiquen sus propios recursos, se fortalezcan y, en función de ello, estén en posibilidades de contar con una mejor capacidad de respuesta frente a las problemáticas que les aquejan. En ese tenor, entre las actividades que las propias comunidades escolares pueden realizar para hacerle frente al suicidio y a otras



condiciones de salud mental está la realización de un mapeo de recursos disponibles a su alrededor, así como apuntar hacia la vinculación institucional con esos servicios. Esto debe involucrar al personal docente y directivo, líderes comunitarios y personas responsables de cuidado y crianza, quienes de esta forma pueden impulsar mecanismos coordinados para la canalización de casos. En el referido mapeo se sugiere identificar por lo menos los siguientes servicios, así como verificar si son espacios viables para dicho fin:

- Servicios de atención primaria a la salud.
- Servicios de salud mental.
- Servicios sociales.
- Servicios accesibles para personas con discapacidad.
- Servicios de protección de la infancia, y de atención a la violencia sexual y de género.²²³

Con respecto a lo anterior, se destaca que, en el marco de la presente Estrategia, el personal directivo de la escuela primaria –a la par de los mecanismos de vinculación que se impulsaron desde esta Comisión con otras instituciones como Conasama– se dio a la tarea de establecer colaboraciones con diversas fundaciones situadas cerca de la comunidad que ofrecían diversos servicios de salud, entre ellos atención psicológica individual, de pareja y en grupo, y otros servicios médicos generales. De esta forma, la comunidad escolar impulsó su propio mapeo de servicios en salud –en particular de salud mental–, que se destaca como una buena práctica que puede realizarse de manera sencilla e inmediata, a la vez que dota a la comunidad de una mayor capacidad de respuesta frente a situaciones como el cuidado de la salud mental y la prevención del suicidio.

Cabe destacar que los servicios mencionados son sólo algunos de los que pueden cartografiar dentro del mapeo; sin embargo, cada comunidad puede ajustarlos con base en las necesidades que identifica y los recursos con los que cuenta. Esto muestra que más allá de las cuestiones estructurales que deben resolverse en este campo, es necesario promover que las comunidades tengan la posibilidad de asumir una posición activa y resolutiva frente a dichas problemáticas.²²⁴

Por lo ya señalado, vale la pena hacer énfasis en el desarrollo de mecanismos de prevención y apoyo dentro de la comunidad escolar que resulten en formas efectivas de autogestión. En ese sentido, si bien el trabajo colaborativo entre múltiples sectores gubernamentales contribuye al fortalecimiento de las redes de protección alrededor de las infancias y adolescencias, dichas redes de apoyo no deben depender únicamente de agentes externos sino que deben ser generadas desde la propia comunidad, tales como grupos de acompañamiento o creación de programas liderados incluso por las infancias, las personas responsables de cuidado y crianza y el personal docente y directivo; ello contribuirá al fortalecimiento de lazos y favorece-

²²³ IFRC Reference Centre for Psychosocial Support, *Suicide prevention*, Copenhagen, 2021.

²²⁴ *Idem*.



rá la apropiación de soluciones y acciones promovidas y situadas desde la propia comunidad escolar. El cuidado hacia las infancias, entendido desde una visión colectiva, comunitaria e interdependiente, es fundamental no sólo para incidir de forma positiva en la salud mental de las personas y las familias, y en la prevención del suicidio, sino para el desarrollo social y cultural de la comunidad en general.

En ese contexto, y partiendo del enfoque comunitario, constantemente se enfatizó con las personas participantes de esta Estrategia que acercarse a los problemas que presenta la comunidad, sean éstos vinculados con temas de salud mental o no, desde una mirada que privilegia lo colectivo permite transformaciones en su entorno, fortalece al tejido social y posibilita una mejor capacidad de respuesta de la comunidad frente a diversas situaciones.

En otro orden de ideas, en seguimiento a las directrices propuestas por la OPS y OMS (2021), más que abordar el suicidio de manera general, esta Estrategia detectó como un factor clave para la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio en las infancias y la comunidad en general que participó de ella, el poner en contacto directo a las personas con distintos servicios institucionales, entre los cuales se destacaron los de salud mental y otros que fueron requeridos, como atención y orientación jurídica que fue brindadas por personal de la CDHCM. De esta manera, si bien la sensibilización sobre dichas temáticas resultó importante, la vinculación directa con servicios de salud mental y otros es indispensable, por lo que debe considerarse como un elemento central en las estrategias cuyo objetivo sea abordar la salud mental y la prevención del suicidio.

Finalmente, el trabajo realizado con infancias, adolescencias y personas responsables de cuidado y crianza tuvo como eje central el abordaje de la salud mental desde una mirada colectiva e integral, y promovió una percepción de responsabilidad compartida en relación con el bienestar psicosocial. Ello resultó particularmente importante debido a que durante la fase de diagnóstico inicial de la Estrategia se encontró que, si bien existía una comunidad solidaria, hasta ese momento no se habían considerado como un equipo de trabajo que debía actuar en conjunto frente a las situaciones que a toda la comunidad le interesan y afectan. La comunidad comenzó así a comprender y hacer propio el principio de corresponsabilidad que se requiere para hacer frente a situaciones graves como el suicidio, la violencia entre pares y otras formas de violencias que viven las infancias. Este principio refiere que todas las personas están en posibilidades de apoyar a alguien que esté experimentando dolor y sufrimiento psicológico, si es que están dispuestas a escuchar y, a partir de ello, identificar alternativas encaminadas a reducir el riesgo suicida. De esta manera, se asume que la prevención del suicidio implica la transición de una cultura del silenciamiento, tabú y estigma hacia una de apertura, comprensión y apoyo. A la par de ello, debe virarse del abordaje del suicidio como un asunto individual, máxime familiar, a uno que es relacional, comunitario y que implica los esfuerzos de toda la sociedad y el Estado.



X. Recomendaciones





Entre las recomendaciones derivadas de la Estrategia destacan:

- **Fortalecer el enfoque intersectorial para la atención y prevención del suicidio y combinarlo con el enfoque de múltiples personas interesadas directas**

El suicidio es una problemática compleja que no sólo concierne al sector salud. Como ya se ha mencionado a lo largo del informe y en virtud de los hallazgos de la presente Estrategia, se necesita fortalecer y fomentar la estrecha cooperación y coordinación entre los diferentes sectores que están involucrados en la prevención de éste, por mencionar algunos: salud, educación y bienestar social. Esta vinculación debe propiciar la elaboración de programas que operen en conjunto el intercambio de saberes, estadísticas y cualquier otra información que sea relevante y que habilite el abordaje desde una perspectiva intersectorial, no parcializada, además de que promueva el trazado de rutas de acción específicas, sobre todo para los grupos de atención prioritaria, como son las infancias y adolescencias. De esta manera, los sistemas de salud, bienestar social y educación deben articularse para brindar cuidados institucionalizados que contribuyan de forma efectiva al sostenimiento de la vida.

El mencionado enfoque intersectorial debe cruzarse también con aquel que se conoce como el de *múltiples interesados(as) directos(as) o de toda la sociedad*; es decir, se debe propiciar, a su vez, la incorporación y el diálogo directo con organismos no gubernamentales, cualquier persona que esté directamente interesada o afectada por la temática u otros sectores que puedan incidir en la prevención del suicidio, como es el caso de los medios de comunicación. Generar espacios para que esa colaboración suceda obedece al reconocimiento del suicidio como una problemática sistémica y relacional que requiere de la actuación inmediata y continua de distintos sectores y actores sociales. Además, lo anterior está en consonancia con las directrices mundiales que han sido propuestas por la OPS denominadas *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*,²²⁵ para el desarrollo de estrategias de prevención del suicidio, en las cuales se coloca el acento en la necesaria colaboración intersectorial y de múltiples actores interesados en abordar esta problemática.

²²⁵ Organización Panamericana de la Salud, *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*, op. cit.



- **Contar con manuales, protocolos o guías en las que se plasmen redes de canalización y referencia claramente estructuradas y que garanticen el acceso a la salud de las infancias**

Debido a los resultados de la presente Estrategia, se considera fundamental que las autoridades educativas centrales de cada entidad federativa desarrollen protocolos, manuales o diagramas de flujo que señalen las acciones de respuesta específicas y la canalización adecuada de las infancias y adolescencias a servicios de salud mental en los tres niveles de atención y desde los contextos escolares. No basta con la creación de directorios que aparecen como anexos dentro de otros protocolos; deben establecerse directrices específicas que indiquen tanto las rutas de acción que se deben tomar cuando se detectan casos, las instancias que cuentan con servicios para su atención, así como las autoridades escolares encargadas de la canalización y seguimiento de lo anterior. Es importante que en las referidas guías se establezca un enlace específico o medio de contacto por el cual las escuelas pueden hacer tal canalización de forma directa. Por ello es fundamental que dicho directorio y designación de enlaces provenga de las autoridades centrales educativas y de salud, tanto federales como estatales, y no quede bajo responsabilidad del personal directivo de cada escuela, pues ello permitirá garantizar de forma homogénea los servicios de atención adecuada en cada uno de los centros escolares.

De lo contrario, la canalización y referencia de las infancias a espacios en los que se les garantice el acceso a la salud mental continúa dependiendo casi de forma exclusiva de la iniciativa y proactividad que tenga el personal docente y directivo para atender lo anterior, así como de los recursos con los que en lo inmediato cuente la comunidad escolar.

- **Fomentar la capacitación del personal docente, directivo y de las autoridades escolares en la prevención del suicidio y temas de salud mental, a través de una estrategia coordinada a nivel nacional, adaptada a los contextos específicos de cada región**

A lo largo del documento se habló acerca del papel fundamental que pueden desempeñar docentes y directivos al estar en estrecho contacto con las y los estudiantes. En la Estrategia se detectó la necesidad urgente de capacitarse en temas de salud mental y suicidio, por lo que contar con las habilidades básicas para facilitar la salud mental de las infancias y adolescencias debe considerarse un paso clave en la prevención del suicidio y otras condiciones de salud mental. Por lo tanto, se propone la realización de una estrategia coordinada de capacitación a nivel nacional para que las autoridades que forman parte del sistema escolar cuenten con las habilidades y los conocimientos básicos para hacer frente tanto al suicidio como a otras problemáticas que aparecen actualmente como relevantes, como son las autolesiones.

Cabe señalar que dichas estrategias deberán estar ajustadas a las necesidades específicas de la población y considerar cuestiones como el género, el contexto sociocultural en el que se



encuentran, la pertenencia a algún grupo de atención prioritaria, entre otras más. Esta sugerencia también se encuentra alineada con las directrices propuestas por la OPS.²²⁶

- **Orientar los esfuerzos hacia la consolidación de los entornos escolares como contextos seguros y óptimos para el desarrollo de las infancias y adolescencias**

El suicidio se vincula con otras situaciones graves que suceden en el espacio escolar, como es la violencia entre pares. Por lo tanto, las iniciativas vinculadas con salud mental, suicidio y autolésiones deben incorporar ejes que aborden de forma específica esas otras problemáticas. En la presente Estrategia la comunidad escolar reconoció la violencia entre pares como un factor de riesgo para la salud mental de las infancias, por lo que, además de la capacitación del personal docente y directivo en ese sentido, se tienen que establecer protocolos de actuación claros y específicos que permitan tanto el reconocimiento de la violencia entre pares como la detección de riesgo suicida que puede derivarse de ella.

- **Generar campañas de sensibilización sobre salud mental y suicidio en las escuelas, que cuenten con un enfoque comunitario, de derechos humanos e infancias**

La prevención del suicidio debe incluir, además de los sectores gubernamentales encargados de la salud pública ya mencionados, a las comunidades. En lo que se refiere a las infancias y adolescencias en contextos escolares, las intervenciones deben promover la participación de las personas responsables de cuidado y crianza, así como del personal directivo y docente, público o privado, y a las autoridades educativas. Las intervenciones que presentan mejor eficacia en este campo lo hacen promoviendo la articulación de los diferentes actores sociales que pueden incidir en la prevención del suicidio, como es la comunidad escolar.

En el caso de la Estrategia se manifestó de forma explícita, por parte de la comunidad, la necesidad de contar con programas, campañas y talleres de difusión sobre salud mental y prevención del suicidio.

En ese tenor, las campañas de sensibilización deben estar enfocadas en lo siguiente: la prevención del suicidio, sus factores de riesgo y protección; las señales de alerta e identificación del riesgo suicida; los mitos en torno al suicidio; las estrategias de afrontamiento ante condiciones de salud mental diversas y suicidio; las estrategias de acompañamiento a personas que presentan riesgo suicida; la información sobre los diferentes servicios de salud mental y líneas de apoyo psicológico en caso de crisis, y cualquier otra información que sea relevante en este ámbito.²²⁷ Otros temas que se apuntaron de interés fueron la ansiedad, la depresión,

²²⁶ *Idem.*

²²⁷ Inter-Agency Standing Committee, *Abordar el suicidio en contextos humanitarios. Directrices*, IASC, Ginebra, 2022, p. 44, disponible en <<https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2023-01/IASC%20Guidance%2C%20Addressing%20Suicide%20in%20Humanitarian%20Settings%20%28Spanish%29.pdf>>, página consultada el 14 de octubre de 2024.



la violencia entre pares y las conductas autolesivas. Lo anterior, transversalizando el enfoque de derechos humanos y de infancias. Las personas deben conocer los derechos que tienen en temas de salud mental, saber cómo exigirlos, así como contar con información veraz, situada en su contexto específico e integral que las habilite para el cuidado de la salud mental de sí mismas y de quienes les rodean.

- **Diseñar estrategias orientadas hacia la prevención del suicidio transversalizando los enfoques: participativos, de derechos humanos, de género, diferenciado y especializado, así como comunitario**

Dotar a la comunidad escolar –personas responsables de cuidado y crianza, alumnado, personal docente y directivo– de un papel protagónico en relación con la prevención del suicidio y otras condiciones de salud mental resulta clave. Como se ha señalado, uno de los factores de protección más importantes que tienen que ver con el suicidio y la salud mental son las redes de apoyo sociales, familiares e institucionales a las que una persona puede acudir si se encuentra cursando por una experiencia de dolor y sufrimiento psicológico.

Las estrategias que promueven la participación comunitaria para abordar temas como el suicidio y la salud mental suelen ser eficaces si son ejecutadas de manera adecuada. La promoción de la participación comunitaria tiene los siguientes beneficios: reduce el estigma y la discriminación que enfrentan las personas con riesgo suicida y que viven con alguna condición de salud mental; además, favorece la cohesión comunitaria, el sentido de pertenencia, el apoyo social y el sentirse conectada con una comunidad. Todos estos elementos funcionan como factores protectores frente al riesgo y conducta suicida.

Al respecto, existen materiales –como el diseñado por la OPS– que brindan orientaciones para que las comunidades definan actividades de prevención en este ámbito, detecten sus recursos y hagan uso de ellos, fortalezcan aquellos con los que ya cuentan, entre otros aspectos. El documento *Prevención del suicidio. Herramientas para la participación comunitaria*²²⁸ brinda claridad sobre cómo puede involucrarse de forma activa y efectiva a la comunidad.

Es necesario señalar que tales estrategias, además de contar con enfoque de derechos humanos, deben diseñarse y ejecutarse en función de las diferencias de cada comunidad escolar: género, edad, localización geográfica, condición socioeconómica, entre otras más; de ahí el señalamiento en torno a la incorporación de los enfoques diferenciado y especializado y de género.

²²⁸ Organización Panamericana de la Salud, *Prevención del suicidio. Herramientas para la participación comunitaria*, op. cit.



- **Implementar estrategias de intervención psicosocial dirigidas a la etapa de transición entre la infancia y adolescencia, que cuenten con un enfoque positivo de la salud mental, así como favorezcan el desarrollo de aptitudes socioemocionales**

Una de las preocupaciones constantemente referidas por las personas responsables de cuidado y crianza estuvo vinculada con la transición de la infancia a la adolescencia de sus hijas e hijos y los desafíos que ello conlleva. Al respecto, la OMS destaca que la mitad de los problemas de salud mental se detectan antes de los 14 años, y que en esta etapa se pueden detonar una serie de comportamientos de riesgo y experiencias adversas que afectan la salud mental de las personas. En virtud de ello, la OMS destaca que la adolescencia es una etapa idónea para generar estrategias de promoción de la salud mental, prevenir distintas problemáticas, así como asegurar que los beneficios de ello se materialicen a corto y largo plazo.

En consideración de lo anterior, la OMS diseñó las *Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: Estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar*, las cuales orientan el diseño de intervenciones psicosociales basadas en evidencia científica y buscan contribuir a la mejora de la salud mental, la prevención de dificultades en este ámbito, las conductas autolesivas, así como la disminución de cualquier otro comportamiento de riesgo.²²⁹

Para la aplicación de tales directrices, y atendiendo al amplio objetivo que pretenden abarcar, se sugiere la inclusión de un enfoque positivo en salud; la formación de aptitudes específicas en las adolescencias tales como la solución de problemas y gestión de estrés; los cursos de sensibilización sobre temáticas de salud mental, regulación emocional, asertividad y desarrollo de aptitudes interpersonales, entre otros aspectos considerados esenciales para esta etapa de la vida.

La aplicación de programas orientados al desarrollo de habilidades socioemocionales para la vida en contextos escolares va de la mano de acciones que anteriormente se han señalado como fundamentales: la formación del personal docente y directivo en materia de salud mental y detección del riesgo suicida; el involucramiento y sensibilización de las personas responsables de cuidado y crianza, y la atención de factores de riesgo vinculados al suicidio. Tales programas deben partir de la desmitificación de ideas en torno al suicidio que perjudican y obstaculizan su prevención, por mencionar una de las más importantes: que el personal docente y directivo converse sobre este tema, no significa que lo promueve; por el contrario, lo previene. Hablar de suicidio abiertamente y de temas de salud mental lo único que provoca es que las infancias y adolescencias se perciban más seguras y capaces de acercarse a ellas y ellos para buscar algún tipo de apoyo.

²²⁹ Organización Mundial de la Salud, *Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: Estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar. Resumen ejecutivo*, Ginebra, OMS, 2021.



Las mencionadas directrices también pueden tomarse como punto de partida para la prevención del suicidio, específicamente considerando la etapa de transición entre la infancia y la adolescencia, haciendo los ajustes pertinentes para situarlas de manera adecuada en esa etapa del desarrollo psicosocial que, como se ha mencionado, presenta desafíos muy particulares.

- **Realizar encuestas, censos o cualquier otro instrumento que permita estimar la prevalencia de condiciones de salud mental en infancias, así como la identificación de riesgo suicida en esta etapa primaria del desarrollo**

Contar con evidencia científica que informe sobre la toma de decisiones y el establecimiento de políticas públicas y acciones dirigidas a la salud mental y prevención del suicidio en infancias es una agenda clave y urgente por abordar. En ese tenor, la vigilancia epidemiológica de condiciones de salud mental presenta importantes desafíos en el país, principalmente en consideración de los posibles impactos que en este ámbito se han presentado por la COVID-19. Si bien existen importantes esfuerzos en esta materia –como la reciente aplicación de la Encuesta Nacional de Salud Mental y Adicciones 2023-2024, realizada por la Conasama en colaboración con el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías a la población mexicana de entre 12 y 17 años, así como personas adultas de 18 a 75 años–, se deben impulsar ejercicios como éstos, específicamente dirigidos y adaptados a las primeras etapas del desarrollo.

Así, ejercicios de este tipo, además de brindar un panorama amplio acerca de las condiciones de salud mental que prevalecen en las infancias mexicanas, facilitan la detección temprana de casos y su adecuada canalización; una muestra de ello es lo realizado en el tamizaje durante la implementación de la Estrategia. Finalmente, orientar los esfuerzos en tal sentido parte del supuesto que se ha estado reiterando: en el caso de las infancias, atender en el presente garantiza beneficios en el futuro.



Referencias

- Acevedo Alemán, Jesús, "El suicidio infantil, retos de una sociedad global. Tópicos del Trabajo Social", en *AZARBE. Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, núm. 8, 2019, pp. 49-59.
- Administración Nacional de Educación Pública, *Guía de promoción de salud y prevención de conductas suicidas. Orientaciones para las instituciones educativas*, ANEP, 2021.
- American Psychiatric Association, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 5ª ed., Arlington, Editorial Médica Panamericana, 2014, 948 pp.
- American Psychological Association, *Diccionario conciso de psicología*, México, Manual Moderno, 2010, 587 pp.
- Ander-Egg, Ezequiel, *Repensando la investigación-acción participativa*, Buenos Aires, Lumen, 2001, 160 pp.
- Araujo, Nadya, "Mirando hacia una sociedad del cuidado, pero viviendo bajo múltiples y desiguales formas de producir cuidados: ¿hay luz al fin de ese túnel?", en Batthyány, Karina et al. (coords.), *La sociedad del cuidado y políticas de la vida*, Buenos Aires, Clacso, 2024, pp. 63-90.
- Arcos Sánchez, Jennifer Andrea, *Inclusión educativa: una mirada desde el enfoque diferencial de género*, Pereira, Universidad Católica de Pereira, 2021.
- Armero Paula, et al., "Acoso escolar", en *Pediatría Atención Primaria*, vol. 13, núm. 52, octubre-diciembre de 2011, pp. 661-670.
- Arteaga, Catalina, y Paulina Osorio-Parraguez, "Transformaciones en la vida cotidiana de madres trabajadoras y adultas mayores en Chile", en Batthyány, Karina (coord.), *Miradas latinoamericanas a los cuidados*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2020, pp. 217-246.
- Association for Women's Rights in Development, "Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica", agosto de 2004, disponible en <https://www.awid.org/sites/default/files/atoms/files/interseccionalidad_-_una_herramienta_para_la_justicia_de_genero_y_la_justicia_economica.pdf>, página consultada el 11 de octubre de 2024.
- Baader, Tomas, et al., "Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento", en *Revista Médica Clínica Las Condes*, vol. 22, núm. 3, mayo de 2011, pp. 303-309.
- Banco de Instrumentos y Metodologías en Salud Mental, "Ficha técnica del instrumento", disponible en <<https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=203>>, página consultada el 4 de septiembre de 2024.
- Barbeito Thonon, Cécile, et al., *Buenas prácticas de evaluación en educación para la paz en contexto de conflicto armado. Evaluar proyectos de educación para la paz. Informe resumen*, Escola de Cultura de Pau, 2008, disponible en <https://ddd.uab.cat/pub/recdoc/2008/222235/avaproedupau_a2008iESP.pdf>, página consultada el 14 de octubre de 2024.
- Barroso Martínez, Alejandro Arnaldo, "Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica", en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 39, núm. 135, enero-junio de 2019, pp. 51-66.
- Batthyány, Karina, "Miradas latinoamericanas al cuidado", en Batthyány, Karina (coord.), *Miradas latinoamericanas a los cuidados*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2020, pp. 11-52.
- , "Desafíos y oportunidades de la sociedad del cuidado en América Latina y el Caribe", en Batthyány, Karina, et al., (coords.), *La sociedad del cuidado y políticas de la vida*, Buenos Aires, Clacso, 2024, pp. 19-38.



- Bru Martín, Paloma, y Manuel Basagoiti, “La investigación-acción participativa como metodología de mediación e integración socio-comunitaria”, disponible en <https://pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/6/documentos_investigacion.pdf>, página consultada el 30 de agosto de 2024.
- Burns, Richard, “Psychosocial Well-Being”, en *Encyclopedia of Geropsychology*, 2017, pp. 1977-1984, disponible en <https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-981-287-080-3_251-1>, página consultada el 10 de octubre de 2024.
- Cano Villate, Luis Gerardo, et al., “Orientaciones para el desarrollo de las actividades de tamizaje en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas-PIIC”, en *Revista de Salud Pública*, vol. 15, núm. 2, Bogotá, noviembre de 2015, pp. 1-7, disponible en <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-tamizaje-pic.pdf>>, página consultada el 3 de septiembre de 2024.
- Carcedo, Ana María, et al., *Cadenas globales del futuro: El papel de las migrantes nicaragüenses en la provisión de cuidados en Costa Rica*, Santo Domingo, ONU Mujeres, 2011, pp. 11-30.
- Cárdenas, Eva Marcela, et al., *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2010, 44 pp.
- Castellanos Lemus, Víctor Hugo, “El derecho humano a la salud mental, la prevención y atención de la depresión y el suicidio de personas jóvenes en la Ciudad de México”, en *Dfensor*, núm. 9, 2017, pp. 4-9, disponible en <https://piensadh.cdhcm.org.mx/images/2017_dfensor09_saludmental.pdf>, página consultada el 25 de julio de 2024.
- Castellvi-Obiols, Pere, y José A. Píqueras, “El suicidio en la adolescencia, un problema de salud que se puede y debe prevenir”, en *Revista de Estudios de Juventud*, núm. 121, 2018, pp. 45-59.
- Cervantes, Wendy, y Emilia Melo, “El suicidio en los adolescentes: un problema en crecimiento”, en *Duazary*, vol. 5, núm. 2, julio-diciembre de 2008, pp. 148-154.
- Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, Boletín 28/2024, CDHCM participa en audiencia pública ante la COIDH sobre el derecho al cuidado, 14 de marzo de 2024, disponible en <<https://cdhcm.org.mx/2024/03/cdhcm-participa-en-audiencia-publica-ante-la-coidh-sobre-el-derecho-al-cuidado/>>, página consultada el 3 de septiembre de 2024.
- , *Derechos de las personas LGBTQTTIQA+*, México, CDHCM, 2024.
- , “Lo que debes saber sobre... La salud mental es un derecho”, en *Ciudad Defensora*, año. 2, núm. 13, 2021, pp. 8-11, disponible en <https://piensadh.cdhcm.org.mx/images/2021_ciudaddefensora13_saludmentalycovid.pdf>, página consultada el 21 de octubre de 2024.
- , *Violencia entre pares. Opiniones de infancias y adolescencias de primarias y secundarias de la Ciudad de México*, México, CDHCM, 2023, 103 pp., disponible en <https://piensadh.cdhcm.org.mx/images/2023_reporte_violenciapares.pdf>, página consultada el 18 de octubre de 2024.
- Comisión de Salud Mental y Adicciones, “Editorial”, en *El Cambio*, núm. 1, julio-diciembre de 2023, pp. 4-5.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Hacia la garantía efectiva de los derechos de niñas, niños y adolescentes: Sistemas Nacionales de Protección*, OEA/Ser.L/V/II.166 Doc. 206/17, OEA, 2017.
- Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, *Cuadernillo básico para la prevención de suicidio*, Secretaría de Salud del Gobierno Federal/Conasama, septiembre de 2023, 52 pp., disponible en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/858277/Cuadernillo_basico_para_la_prevenccion_del_suicidio.pdf>, página consultada el 11 de octubre de 2024.
- Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos, *Manual para la transversalización del enfoque de derechos humanos con equidad*, Guatemala, COPREDEH, 2012, 31 pp.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General núm. 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, E/C.12/2000/4, aprobada en el 22º periodo de sesiones, 11 de agosto de 2000.



- Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 4 (2003). La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada en el 33° periodo de sesiones, 6 de junio de 2003.
- , Observación General núm. 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), CRC/C/GC/15, aprobada en el 62° periodo de sesiones, 17 de abril de 2013.
- , Observación General núm. 20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, CRC/C/GC/20, 6 de diciembre de 2016.
- Constitución Política de la Ciudad de México, publicada en la *Gaceta Oficial de la Ciudad de México* el 5 de febrero de 2017; última reforma publicada el 11 de septiembre de 2024, disponible en <https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/images/leyes/estatutos/CONSTITUCION_POLITICA_DE_LA_CDMX_13.pdf>, página consultada el 21 de octubre de 2024.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 5 de febrero de 1917; última reforma publicada el 30 de septiembre de 2024, disponible en <<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>>, página consultada el 10 de octubre de 2024.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José, adoptada y suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, San José, 22 de noviembre de 1969, disponible en <https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convencion%20Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf>, página consultada el 30 de agosto de 2024.
- Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 44/25 del 20 de noviembre de 1989, disponible en <<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>>, página consultada el 10 de octubre de 2024.
- Cornwell, Stephani, “Depresión a diferentes edades”, en Child Mind Institute, 17 de julio de 2024, disponible en <<https://childmind.org/es/articulo/depresion-a-diferentes-edades/>>, página consultada el 18 de octubre de 2024.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Guzmán Albarracín y otras vs. Ecuador (Fondo, Reparaciones y Costas)*, Sentencia del 24 de junio de 2020, serie C, núm. 405.
- Cortés Miguel, José Luis, “Género, interseccionalidad y el enfoque diferencial y especializado en la atención a víctimas”, en *Revista Digital Universitaria*, vol. 21, núm. 4, julio-agosto de 2020, pp. 1-9, disponible en <https://www.revista.unam.mx/wp-content/uploads/a8_v21n4.pdf>, página consultada el 2 de septiembre de 2024.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948, disponible en <https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf>, página consultada el 29 de agosto de 2024.
- Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 29 de mayo de 2023, disponible en <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690283&fecha=29/05/2023#gsc.tab=0>, página consultada el 30 de agosto de 2024.
- Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 16 de mayo de 2022.
- Dhokal, Kerry, “NVivo. A qualitative data analysis software tool, QSR International”, en *Journal of the Medical Library Association*, vol. 110, núm. 2, 1 de abril de 2022, pp. 270-272, disponible en <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35440911/>>, página consultada el 14 de octubre de 2024.
- England, Paula, Michelle Budig y Nancy Folbre, “Wages of Virtue: The Relative Pay of Care Work”, en *Social Problems*, vol. 49, núm. 4, noviembre de 2002, pp. 455-473.



- Equipo Editorial Etecé, “Neoliberalismo”, 23 de enero de 2023, disponible en <<https://humanidades.com/neoliberalismo/#ixzz8MYN05rw6>>, página consultada el 30 de agosto de 2024.
- Facultad de Medicina-UNAM, “Foro de preguntas y respuestas: Hablemos ClaraMENTE. Sesión 3. Salud mental en las infancias”, 26 de abril de 2022, disponible en <<https://www.youtube.com/watch?v=kUdoTv8vb04>>, página consultada el 29 de agosto de 2024.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Abordaje integral del suicidio en las adolescencias. Lineamientos para equipos de salud*, Buenos Aires, Unicef, 2021.
- , *Bullying en el ambiente escolar: qué es y cómo afrontarlo*, Panamá, Unicef, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2019, 30 pp.
- , *Cinco pilares esenciales para promover y proteger la salud mental y el bienestar psicosocial en las escuelas y entornos de aprendizaje. Nota informativa para gobiernos locales*, Nueva York, Unicef, 2022, 10 pp.
- , *Derecho a la participación de niños, niñas y adolescentes*, Santiago, Unicef, 2022, 24 pp.
- , *Derechos, salud mental y educación: un enfoque para promover la salud mental y psicosocial desde los centros educativos*, Madrid, Unicef, 2021, 33 pp.
- , *El enfoque basado en los derechos de la niñez*, Santiago, 2022, 32 pp.
- , *Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*, Nueva York, Unicef, 2022, 21 pp.
- , *Estándares para los programas de prácticas de crianza y el desarrollo de la primera infancia en países de renta media y baja*, Unicef, 2018, 28 pp.
- , *Guía de abordaje frente al riesgo suicida en adolescentes para profesionales de la salud del primer nivel de atención*, Montevideo, 2023, 39 pp.
- , *La infancia y la adolescencia en el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2021: consideraciones para tomadores de decisión*, México, Unicef, 2022, 45 pp.
- , “Más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales”, Nueva York/Ginebra/Florenia, 5 de noviembre de 2019, disponible en <<https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/m%C3%A1s-del-20-de-los-adolescentes-de-todo-el-mundo-sufren-trastornos-mentales>>, página consultada el 30 de agosto de 2024.
- , *Operational Guidelines on community-based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: The three-tiered support for children and families (field test versión)*, Nueva York, Unicef, 2018, 90 pp.
- , *Policy Brief 2: Child and adolescent mental health*, Unicef, 2024, 7 pp.
- , “¿Qué es la depresión y cómo reconocerla en niñas, niños y adolescentes?”, 4 de abril de 2024, disponible en <<https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/qu%C3%A9-es-la-depresi%C3%B3n-y-como-reconocerla-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes>>, página consultada el 18 de octubre de 2024.
- , y Equipo Latinoamericano de Justicia y Género, *Cuadernos para la acción. El derecho al cuidado: conciliación*, Buenos Aires, Unicef, 2020, 127 pp.
- García, Lourdes, y Beatriz Cerda, *Bullying o acoso escolar*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente Muñiz, 2011, 4 pp.
- Gobierno de México, et al., *Guía de prevención del suicidio 2022*, México, Segob, 2022, 30 pp.
- González Benítez, Norma, et al., *¿Por razón necesaria? Violaciones a los derechos humanos en los servicios de atención a la salud mental en México*, México, Documenta, A. C., 2020, 227 pp.
- González Contró, Mónica, “Los derechos de niñas y niños frente al acoso escolar o *bullying*. Comentario a la sentencia de amparo directo 35/2014”, en Salazar-Ugarte, Pedro, et al., (coords.), *Diez sentencias emblemáticas de la Suprema Corte*, México, UNAM/IJ, 2019, disponible en <<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/12/5539/13.pdf>>, página consultada el 11 de octubre de 2024.
- , “Presentación”, en Rubén Fernando Cano Valle (ed.), *Reconstrucción del sistema nacional de salud en México*, México, IJ-UNAM, 2024, 240 pp.



- , *Propuesta teórico-metodológica para la armonización legislativa desde el enfoque de derechos de niños, niñas y adolescentes*, México, IJ-UNAM/DIF, 2012, 233 pp.
- Grattidge, Laura, et al., “Exploring community-based suicide prevention in the context of rural Australia: a qualitative study”, en *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 20, núm. 3, 1 de febrero de 2023, pp. 1-18, disponible en <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36768008/>>, página consultada el 23 de julio de 2024.
- Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia, *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización*, España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018.
- Hernández, María de los Ángeles, e Isabel Solano, “Ciberbullying, un problema de acoso escolar”, en RIED. *Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, vol. 10, núm. 1, 2007, pp. 17-36.
- Humanium, “Suicidio infantil: un fenómeno complejo y difícil de explicar”, disponible en <<https://www.humanium.org/es/enfoques-tematicos/salud/suicidio-infantil/>>, página consultada el 30 de agosto de 2024.
- IFRC Reference Centre for Psychosocial Support, *Suicide prevention*, Copenhagen, 2021.
- Iguaz de Miguel, Emilio, et al., *La gestión democrática de los centros educativos. Guía para la participación en los consejos escolares*, Sevilla, Junta de Andalucía/Consejería de Educación y Ciencia, 2002.
- Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Educación, en materia de salud mental, 2023, disponible en <https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/65/3/2023-12-14-1/assets/documentos/Ini_Morena_Sen_Alejandro_Mier_Materia_Salud_Mental.pdf>, página consultada el 29 de agosto de 2024.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Comunicado de prensa núm. 485/22, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2022, 20 de agosto de 2022, disponible en <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/endireh/Endireh2021_Nal.pdf>, página consultada el 10 de octubre de 2024.
- , Comunicado de prensa núm. 542/23, Día mundial para la prevención del suicidio (Datos nacionales), 8 de septiembre de 2023, disponible en <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_Suicidio23.pdf>, página consultada el 20 de agosto de 2024.
- , Comunicado de prensa núm. 478/24, Estadísticas de defunciones registradas (EDR) 2023 (preliminar), 8 de agosto de 2024, disponible en <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/EDR/EDR2023_ene-dic.pdf>, página consultada el 30 de agosto de 2024.
- Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, “Etnografía del pueblo mixe de Oaxaca (ayuukjä'äy)”, 8 de mayo de 2017, disponible en <<https://www.gob.mx/inpi/articulos/etnografia-del-pueblo-mixe-ayuukja-ay>>, página consultada el 30 de agosto de 2024.
- Instituto Nacional de Salud Pública, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023*, México, INSP, 2023.
- Inter-Agency Standing Committee, *Abordar el suicidio en contextos humanitarios. Directrices*, IASC, Ginebra, 2022, 44 pp., disponible en <<https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2023-01/IASC%20Guidance%2C%20Addressing%20Suicide%20in%20Humanitarian%20Settings%20%28Spanish%29.pdf>>, página consultada el 14 de octubre de 2024.
- , *Community-based approaches to MHPSS programmes: a guidance note*, 17 de enero de 2019, disponible en <<https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2021-10/Community-Based%20Approaches%20to%20MHPSS%20Programmes-%20A%20Guidance%20Note.pdf>>, página consultada el 11 de octubre de 2024.
- International Organization for Migration, *Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement*, Suiza, IOM, 2019, 231 pp, disponible en <<https://www.iom.int/mhpsed>>, página consultada el 11 de octubre de 2024.



- Jeon, Yun-Hee, "The application of grounded theory and symbolic interactionism", en *Scandinavian Journal of Caring Science*, vol. 18, núm. 3, septiembre de 2004, pp. 249-256, disponible en <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15355518/>>, página consultada el 14 de octubre de 2024.
- Lagarde, Marcela, *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*, 2ª ed., Madrid, Horas y horas, 1996.
- Lamas, Marta, "Diferencias de sexo, género y diferencia sexual", en *Cuicuilco*, vol. 7, núm. 18, enero-abril de 2000, pp. 1-24, disponible en <<https://www.redalyc.org/pdf/351/35101807.pdf>>, página consultada el 2 de septiembre de 2024.
- Lázaro García, Luisa, "Retos y oportunidades para la salud mental en la infancia y la adolescencia en el siglo XXI", en *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, vol. 40, núm. 3, julio-septiembre de 2023, pp. 1-3, disponible en <<https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/1085/1069>>, página consultada el 10 de octubre de 2024.
- Leñero Llaca, Martha, *Equidad de género y prevención de la violencia en preescolar*, México, SEP/PUEG-UNAM, 2009, 149 pp.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada en *Diario Oficial de la Federación* el 1 de febrero de 2007; última reforma el 26 de enero de 2024, disponible en <<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>>, página consultada el 2 de septiembre de 2024.
- Ley General de Salud, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984; última reforma publicada el 7 de junio de 2024, disponible en <<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>>, página consultada el 30 de agosto de 2024.
- Ley General de Víctimas, publicada en *Diario Oficial de la Federación* el 9 de enero de 2013; última reforma el 1 de marzo de 2024, disponible en <<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV.pdf>>, página consultada el 27 de julio de 2024.
- López Carrión, Edna María, et al., *Sostener la vida: las redes de cuidados en México*, México, Oxfam México, 2022.
- Macaya Sandoval, Ximena Cecilia, et al., "Servicios de salud mental en contexto escolar", en *Revista Humanidades Médicas*, vol. 19, núm. 1, 2019, pp. 47-64, disponible en <<http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v19n1/1727-8120-hmc-19-01-47.pdf>>, página consultada el 22 de agosto de 2024.
- Mancha, Gloria, y Arun Kumar, "Adolescentes víctimas de *bullying* y *ciberbullying* en el Área Metropolitana de Monterrey (AMM)", en *Diálogos sobre educación. Temas actuales en investigación educativa*, vol. 13, núm. 24, enero-junio de 2022.
- Marco, Flavia, *Calidad del cuidado y la educación para la primera infancia en América Latina: igualdad para hoy y mañana*, Santiago, ONU (Serie Políticas Sociales), 2014.
- Maroto Vargas, Adriana, "El suicidio en el ámbito comunitario: lineamientos para su abordaje", en *Revista Reflexiones*, vol. 96, núm. 1, junio de 2017, pp. 27-39, disponible en <https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-28592017000100027>, página consultada el 30 de agosto de 2024.
- Martín Beristain, Carlos, *Manual sobre perspectiva psicosocial en la investigación de derechos humanos*, Bilbao, Hegoa, 2010, 239 pp.
- , et al., *Metodologías de investigación, búsqueda y atención a las víctimas. Del caso Ayotzinapa a nuevos mecanismos de lucha contra la impunidad*, México, Temis, 2017, 181 pp.
- Marzec, Izabela, et al., "Suicide attempts in children and adolescents-risk factors, methods and management of suicidal patient", en *Pediatrica Polska*, vol. 96, núm. 3, julio de 2021, pp. 190-197.
- Mental Health Europe, *Promoting understanding of the Psychosocial Model of Mental Health*, 2023, 32 pp.
- Nerio Monroy, Ana Luisa, *ABC de la perspectiva de género*, México, CNDH, 2019, 55 pp.
- Nizama Valladolid, Martín, "Suicidio", en *Revista Peruana de Epidemiología*, vol. 15, núm. 2, abril de 2011, pp. 81-85.



- ONU Mujeres, “Avanzando hacia la sociedad del cuidado, considerando diversas historias”, 9 de noviembre de 2022, disponible en <<https://lac.unwomen.org/es/stories/noticia/2022/11/avanzando-hacia-la-sociedad-del-cuidado-considerando-diversas-historias>>, página consultada el 2 de septiembre de 2024.
- Organización Internacional del Trabajo, “Empleo informal”, disponible en <<https://www.oitinterfor.org/taxonomy/term/3366>>, página consultada el 3 de septiembre de 2024.
- Organización Mundial de la Salud, *Informe mundial sobre salud mental. Transformar la salud mental para todos. Panorama general*, Ginebra, OMS, 2022, 14 pp.
- , *National suicide prevention strategies Progress, examples and indicators*, Ginebra, OMS, 2018.
- , *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*, Ginebra, OMS, 2013.
- , *Prevención del suicidio: un imperativo global*, Washington D. C., OPS, 2014.
- , “Salud mental de los adolescentes”, 10 de octubre de 2024, disponible en <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>>, página consultada el 29 de agosto de 2024.
- Organización Panamericana de la Salud, *Herramientas del mhGAP para usar en la comunidad. Versión de prueba sobre el terreno*, Washington D. C., OPS/OMS, 2021.
- , “México presenta avances alineados a la Nueva Agenda de Salud Mental para las Américas”, 2 de noviembre de 2023, disponible en <<https://www.paho.org/es/noticias/2-11-2023-mexico-presenta-avances-alineados-nueva-agenda-salud-mental-para-americas>>, página consultada el 30 de agosto de 2024.
- , *Prevención del suicidio. Herramientas para la participación comunitaria*, Washington, D. C., OPS, 2021.
- , *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud*, Washington, D. C., OPS, 2023, 135 pp.
- , *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*, OPS/OMS, 2021.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 2200 A (xxi) del 16 de diciembre de 1966, disponible en <https://www.ohchr.org/sites/default/files/cescr_SP.pdf>, página consultada el 30 de agosto de 2024.
- Palacio-Chavarriaga, Catalina, et al., “Sentimientos y pensamientos de jóvenes frente al acoso escolar: el suicidio como una alternativa”, en *Eleuthera*, vol. 21, julio-diciembre de 2019, pp. 34-47.
- Páramo Castillo, Daniel, y Ana-María Chávez-Hernández, “Maltrato y suicidio infantil en el estado de Guanajuato”, en *Salud Mental*, vol. 30, núm. 3, mayo-junio de 2007, pp. 59-67.
- Pérez, María de Monserrat, “Violencia y Maltrato Infantil en la familia”, en Macías Vázquez, Ma. Carmen, et al., (coords.), *Marco teórico conceptual: violencia contra niños, niñas y adolescentes*, IJ-UNAM, México, 2013, pp. 1-16.
- Pérez Orozco, Amaia, “Feminismo anticapitalista, esa Escandalosa Cosa y otros palabros”, en *30 años después: aquí y ahora. Jornadas Feministas estatales*, Madrid, Belviarte, 2010, pp. 573-581.
- Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991, disponible en <<http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/OTROS%2014.pdf>>, página consultada el 30 de agosto de 2024.
- Programa Sectorial de Salud 2020-2024, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 17 de agosto de 2020, disponible en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/570535/PROGRAMA_Sectorial_de_Salud_2020-2024.pdf>, página consultada el 30 de agosto de 2024.



- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador, adoptado el 17 de noviembre de 1988, disponible en <<https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>>, página consultada el 30 de agosto de 2024.
- Ramírez, Cynthia, e Ivonne Salas, *Construcción de identidad en adolescentes con intento de suicidio*, tesis de licenciatura, Santiago, Universidad de Chile, 2013.
- Rebollo-Catalán, Ángeles, et al., “La equidad de género en educación: análisis y descripción de buenas prácticas educativas”, en *Revista de Educación*, vol. 358, 1 de agosto de 2012, pp. 129-152, disponible en <https://www.researchgate.net/publication/236003108_La_equidad_de_genero_en_educacion_analisis_y_descripcion_de_buenas_practicas_educativas>, página consultada el 2 de septiembre de 2024.
- Rivera Pascual, Sonsoles, *¿Es la prevención del suicidio un imperativo global?*, Valladolid, Universidad de Valladolid, 2023, 50 pp.
- Rocamora Bonilla, Alejandro, *Intervención en crisis en las conductas suicidas*, Bilbao, Desclée de Bouwer, 2013, 289 pp.
- Sánchez Mascaraque, Petra, y Daniel Cohen, “Ansiedad y depresión en niños y adolescentes”, en *ADOLESCERE. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, vol. 8, núm. 1, enero-febrero de 2020, pp. 16-28.
- Secretaría de Educación Pública, “Planeación para el Desarrollo con Enfoque de Agenda 2030”, disponible en <<https://planeacion.sep.gob.mx/ODS4/planeacionygestion.aspx>>, página consultada el 30 de agosto de 2024.
- Secretaría de Trabajo y Prevención Social, “¿Quiénes son empleados formales?”, 21 de noviembre de 2013, disponible en <<https://www.gob.mx/epn/es/articulos/quienes-son-empleados-formales>>, página consultada el 30 de agosto de 2024.
- Secretaría de Salud, “Autoridades presentan Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones 2023-2024”, 4 de julio de 2023, disponible en <<https://www.gob.mx/salud/prensa/autoridades-presentan-plan-sectorial-de-salud-mental-y-adicciones-2023-2024>>, página consultada el 30 de agosto de 2024.
- , “Programa Nacional para la Prevención del Suicidio PRONAPS”, disponible en <<http://www.consame.salud.gob.mx/pronaps.html>>, página consultada el 30 de agosto de 2024.
- , y Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, *Informe sobre la situación de salud mental y el consumo de sustancias en México 2024*, México, Conasama, 2024, 41 pp.
- Serrano, Sandra, y Daniel Vázquez, *Los derechos en acción. Obligaciones y principios de derechos humanos*, México, Flacso México, 2013, 45 pp.
- Suárez, Karla, y Alán E. Kazdin, “Salud mental infantil y la brecha de tratamiento en México”, en *Psicología y Salud*, vol. 33, núm. 1, enero-junio de 2023, pp. 5-18, disponible en <<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2768/4627>>, página consultada el 29 de agosto de 2024.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación, Primera Sala, Amparo directo 6/2023, disponible en <https://bj.scjn.gob.mx/doc/sentencias_pub/Mxgc-IsBTQ9SA1yhGUmH/%22guarda%20y%20custodia%22%20AND%20%22derecho%20a%20la%20igualdad%22>, página consultada el 3 de septiembre de 2024.
- Torregroza Diazgranados, Eduardo de Jesús, y Juan Pablo Torregroza-Castilla, “Pruebas diagnósticas de tamizaje”, en *Revista Colombiana de Cirugía*, vol. 15, núm. 4, Bogotá, junio de 2022, pp. 673-683, disponible en <<https://doi.org/10.30944/20117582.2105>>, página consultada el 3 de septiembre de 2024.
- Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, Resolución 70/1 aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, 25 de septiembre de 2015.
- Valdez-Santiago, Rosario, et al., “Conducta suicida en México: análisis comparativo entre población adolescente y adulta”, en *Salud Pública de México*, vol. 65, núm. 1, 2023, pp. 110-116, disponible en



- <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/doctos/analiticos/15-Conducta-suicida-ENSANUT2022-14815-72580-2-10-20230619.pdf>, página consultada el 29 de agosto de 2024.
- Vásquez López, Paula, et al., "Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado", en *Anales de Pediatría*, vol. 98, núm. 3, marzo de 2023, pp. 204-212.
- Vásquez-Rojas, Rafael, y Margarita Quijano-Serrano, "Cuando el intento de suicidio es cosa de niños", en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 42, núm. 1, diciembre de 2013, pp. 36-46.
- Vázquez, Alejandro, et al., "Estructura del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio en México", en *Acta Pediátrica de México*, vol. 45, núm. 1S, enero de 2024, pp. S89-S99, disponible en <https://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/2756>, página consultada el 11 de octubre de 2024.



Estrategia de prevención y atención del suicidio en las infancias
se terminó de editar en octubre de 2024.
Para su composición se utilizaron los tipos Montserrat y DIN Pro.

Comprometida con la ecología y el cuidado del planeta,
la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México edita
este material en versión electrónica para reducir el consumo de recursos
naturales, la generación de residuos y los problemas de contaminación.

Delegaciones de la CDHCM en alcaldías

ÁLVARO OBREGÓN

Canario s/n,
col. Tolteca,
01150 Ciudad de México.
Tels.: 55 5515 9451 y 55 5276 6880.

AZCAPOTZALCO

Av. Camarones 494,
col. Del Recreo,
02070 Ciudad de México.
Tels.: 55 7155 5771, 55 7095 2143 y 55 4883 0875.

BENITO JUÁREZ

Av. Cuauhtémoc 1240, planta baja,
col. Santa Cruz Atoyac,
03310 Ciudad de México.
Tel.: 55 5604 5201.

COYOACÁN

Av. Río Churubusco s/n,
esq. Prol. Xicoténcatl, primer piso,
col. San Diego Churubusco,
04120 Ciudad de México.
Tels.: 55 7163 9332 y 55 7163 9533.

CUAJIMALPA DE MORELOS

Av. Juárez s/n, esq. av. México,
edificio Benito Juárez, planta baja,
col. Cuajimalpa,
05000 Ciudad de México.
Tels.: 55 9155 7883 y 55 8917 7235.

CUAUHTÉMOC

Río Danubio 126,
esq. Río Lerma, primer piso,
col. Cuauhtémoc,
06500 Ciudad de México.
Tels.: 55 8848 0688 y 55 7095 3965.

GUSTAVO A. MADERO

Calzada de Guadalupe s/n,
esq. La Fortuna, planta baja,
col. Tepeyac Insurgentes,
07020 Ciudad de México.
Tels.: 56 1152 4454 y 55 9130 5213.

IZTACALCO

Av. Río Churubusco, esq. av. Té s/n,
edificio B, primer piso,
col. Gabriel Ramos Millán,
08000 Ciudad de México.
Tels.: 55 5925 3232 y 55 6140 7711.

IZTAPALAPA

Aldama 63,
col. Barrio San Lucas,
09000 Ciudad de México.
Tels.: 55 5910 4101 y 55 9002 7696.

LA MAGDALENA CONTRERAS

José Moreno Salido s/n,
col. Barranca Seca,
10580 Ciudad de México.
Tel.: 55 5449 6188.

MIGUEL HIDALGO

Parque Lira 94,
planta baja,
col. Observatorio,
11860 Ciudad de México.
Tel.: 55 5276 7700, ext. 4001.

MILPA ALTA

Av. México s/n,
esq. Guanajuato Poniente,
col. Villa Milpa Alta,
barrio Los Ángeles,
12000 Ciudad de México.
Tel.: 55 2580 7819.

TLÁHUAC

José Ignacio Cuéllar 22,
col. El Triángulo,
13460 Ciudad de México.
Tels.: 55 7689 1954, 55 8939 1320 y 55 8939 1315.

TLALPAN

Moneda 64, Deportivo Vivanco,
col. Tlalpan Centro I,
14000 Ciudad de México.
Tel.: 55 5087 8428.

VENUSTIANO CARRANZA

Prol. Lucas Alamán 11, esq. Sur 89, planta baja,
col. El Parque,
15960 Ciudad de México.
Tels.: 55 9216 2271 y 55 9216 1477.

XOCHIMILCO

Francisco I. Madero 11,
col. Barrio El Rosario,
16070 Ciudad de México.
Tels.: 55 7155 1002 y 55 7155 8233.



Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México

Sede

Av. Universidad 1449, col. Pueblo Axotla,
demarcación territorial Álvaro Obregón,
01030 Ciudad de México. **Teléfono:** 55 5229 5600.

Delegaciones de la CDHCM en las alcaldías

Consulta el directorio en <https://piensadh.cdhcm.org.mx/index.php/folletoser/2024-delegaciones>

Horarios de atención en sede las 24 horas de los 365 días del año.
Servicios gratuitos.

Página web

<https://cdhcm.org.mx>

Correo electrónico

cdhcm@cdhcm.org.mx

Consulta las publicaciones de la CDHCM

<https://piensadh.cdhcm.org.mx>

