

# DUELO, DEPRESIÓN Y SUICIDIO EN JÓVENES DE IBEROAMÉRICA

**DR. ALEJANDRO AGUILA TEJEDA**

Psicoanalista y Suicidólogo

[info@suicidologia.com.mx](mailto:info@suicidologia.com.mx)

Director y fundador del Instituto Hispanoamericano de Suicidología

Ex presidente de la Red Mundial de Suicidólogos

Director de la Red Iberoamericana de Suicidología

## Resumen

**L**a depresión es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos y muchas veces deriva de duelo no elaborados y pueden conducir a ideación, riesgo e intento suicida.

Por ello su importancia, así como la comorbilidad y efectos tanto secundarios como colaterales que integran el riesgo, intento y consumación del suicidio, es primordial abordar este tema ya que su conocimiento puede ayudar enormemente a la prevención y atención oportuna.

## Palabras clave

Suicidio | Jóvenes | Depresión | Duelos | Prevención

## Introducción

La prevención del suicidio se considera una prioridad de salud pública en la Región de las Américas, en la que en el 2021 hubo aproximadamente 100 760 muertes por esta causa. A pesar de los objetivos internacionales de reducir la tasa de mortalidad por suicidio a nivel mundial, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó las estimaciones mundiales de salud del 2019, se puso de manifiesto que la Región de las Américas era la única región de la OMS en la que la tasa estaba aumentando.

<https://iris.paho.org/items/f6950629-1e6c-4446-afee-37c5a989d5aa>

Datos de la OPS, **el 20 % de los países con mayor mortalidad por suicidio** (más de 10,0 muertes por cada 100 000 habitantes) son:

- Guyana: 40,8 muertes por cada 100 000 habitantes.
- Surinam: 25,9.
- Uruguay: 18,8.
- Estados Unidos de América: 14,5.
- Haití: 11,2
- Canadá: 10,3
- Cuba: 10,2

Cifras de la Organización Mundial de la Salud destacan que la depresión constituye un problema importante de salud pública, más de 4% de la población mundial vive con depresión y los más propensos a padecerla son las mujeres, **los jóvenes** y los ancianos.

El INEGI (Mexico 2025) documentó que 34.85 millones de personas se han sentido deprimidas; de las cuales 14.48 millones eran hombres y 20.37 millones eran mujeres. También, destaca el hecho que del total de personas que se han sentido deprimidas, únicamente 1.63 millones toman antidepresivos, mientras que 33.19 millones no lo hace.

El suicidio ya es la 2° causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años en la mayoría de los países de Iberoamérica.

El diagnóstico preciso es esencial para dar una adecuada atención y evitar que la depresión se haga crónica y termine en suicidio.

En la actualidad se cuenta con muchos recursos terapéuticos y bioquímicos para la atención de la depresión y detección oportuna del riesgo suicida.

Partiremos del conocimiento de que una situación depresiva es parte de la elaboración del **duelo** como lo incluyen algunos autores entre los que destaca Elizabeth Kubler Ross, pero como veremos más adelante no en todos los duelos hay depresión. Sin embargo, hay que partir de sus definiciones para entender sus diferencias.

**DUELO** es un sentimiento subjetivo que aparece tras la muerte de un ser querido y proviene del latín dolos que significa dolor.

**DEPRESIÓN** es un Trastorno Mental que se caracteriza por fuerte decaimiento en el estado de ánimo.

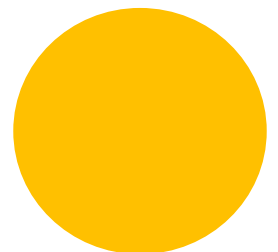
En 1915 Sigmund Freud en su trabajo titulado "Duelo y melancolía" definía el duelo como la reacción a la pérdida de un ser amado o abstracción equivalente (Patria, libertad, ideal etc.)

El término trastorno depresivo mayor fue introducido por un grupo de médicos

estadounidenses a mediados de la década de 1970 como parte de las propuestas de criterios de diagnóstico basados en patrones de síntomas (llamados Criterios de diagnóstico de investigación, basados en los Criterios de Feighner anteriores), y se incorporó al DSM. -III en 1980.

Para mantener la consistencia, la CIE-10 usó los mismos criterios, con solo alteraciones menores, pero usando el umbral diagnóstico del DSM para marcar un episodio depresivo leve, agregando categorías de umbral más altas para episodios moderados y severos.

Para el siglo XXI ya se conoce más sobre el cuadro depresivo, las causas y sus efectos, inclusive han surgido nuevas terapias y tratamientos que algunos incluyen medicamentos que la industria farmacéutica a sacado a la venta con muy buenos resultados, pero la disyuntiva y controversia es que tipos de depresión si requieren medicamentos y cuales pueden tratarse con psicoterapias.





También este se inicia inmediatamente después, o en los meses siguientes a la muerte de un ser querido y está limitado a un periodo de tiempo que varía de persona en persona, ya que idealmente no debería extenderse a lo largo de toda la vida. La mayoría de los autores dicen que este periodo se debe atravesar en un tiempo de 6 meses a dos años aproximadamente. El trabajo de duelo es un proceso psicológico complejo de deshacer los lazos y enfrentar el dolor a la pérdida.

Hay que remarcar que el duelo y por consiguiente dentro de este proceso la depresión no se considera una conducta patológica.

La melancolía sería el equivalente a un duelo patológico. En este caso el duelo se produce ante una pérdida que puede o no ser real, se provoca un estado de ánimo deprimido, desinterés por el mundo externo, auto reproches, auto denigración, insomnio, la persona siente un vacío interno y hay desgano.

El melancólico rechaza la idea de la pérdida, se identifica con el objeto y retira su deseo del mundo Intensificándose emocionalmente en la tristeza, la nostalgia, persistiendo el llanto y el recuerdo doloroso.

### **Determinantes del Duelo:**

1. ESTADO BIOLÓGICO.
2. PERSONALIDAD.
3. MADURACIÓN.
4. RED DE APOYO.
5. ROL SOCIAL.
6. CAUSA DE MUERTE.

Factores que Influyen en el Curso de la Reacción del Duelo:

- La personalidad del deudo.
- La naturaleza del vínculo de relación.
- El tipo de muerte.
- Los antecedentes personales del deudo.
- Las características del entorno.

## Algunos autores han clasificado las etapas del duelo en diversos tipos y momentos

Lideman	1944	1.- Shock / Incredulidad. 2.- Aflicción aguda 3.- Reanudación de la vida diaria. 4.- Disminución de la imagen de estar muerto.
Engel	1954	1.- Negación 2.- Aceptación Creciente 3.- Restitución
Kubler-Ross	1969	1.- Negación 2.- Depresión 3.- Cólera 4.- Reajuste 5.- Aceptación.
Horowitz 1976	1976	1.- Protesta / Negación 2.- Intrusión 3.- Obtención 4.- Conclusión.
Shuls	1978	1.- Inicial 2.- Intermedia 3.- Recuperación.
Davidson	1979	1.- Shock e insensibilidad 2.- Búsqueda y Ansiedad 3.- Desorientación 4.- Reorganización.
Bowly	1980	1.-Embotamiento 2.- Anhelos y Búsqueda 3.- Desorganización y Desesperanza 4.- Reorganización.
Baker	1982	1.-Ansiedad 2.- Ira y Culpabilidad 3.- Desorientación.
Martochio	1985	1.- Shock e Incredulidad 2.- Anhelos y Protesta 3.- Angustia, Desorganización y Desesperación 4.- Identificación 5.- Reorganización y Restitución.
Delisle-Lapierre	1984	1.- Crítica 2.- Crucial 3.- Creadora.
Clarck	1984	1.- Negación e Incredulidad 2.- Aceptación creciente de la pérdida 3.- Restitución y Recuperación.
Dángelico	1990	1.- Shock / Negación 2.- Ira / Depresión 3.- Comprensión / Aceptación.

Observando estos elementos entenderemos porque en algunos casos la depresión se presenta muy intensamente y en otros solo parcialmente y en algunos más no hay tal.

Cuando se presenta un “duelo anticipado” es más probable que la depresión sea muy leve o no aparezca ya que gradualmente a nivel psíquico se elaboró la pérdida.

Por el contrario, si se presenta un “duelo complicado” observaremos mucha culpa, pensamientos de muerte en los dolientes e ideas suicidas, sentimientos de inutilidad, lentitud motora, deterioro funcional prolongado e intenso, hasta experiencias alucinatorias y persistente.

Pudiendo llegar a lo que señala la Asociación Psiquiátrica americana (APA) como; TRASTRONO DEPRESIVO MAYOR, en donde los síntomas deben persistir por más de dos meses posterior al fallecimiento.

## **Factores Predictores del Duelo Patológico**

- La falta de salud física o mental previa.
- La ambivalencia afectiva con agresividad.
- Duelos repetidos.
- Mayor fragilidad en el Varón.
- La muerte repentina.

## **Síntomas de Alarma en el Duelo Patológico**

1. Ideas de **suicidio** en el primer mes.
2. Retardo psicomotor.
3. Culpabilidad morbosa.
4. Síntomas prolongados de duelo.
5. Familia ausente.
6. Depresión clínica.
7. Trastornos de ansiedad.
8. Toxicomanías.
9. Desordenes psicosomáticos.

La intensidad, duración y frecuencia de la depresión es lo que va a marcar la diferencia de si la persona se encuentra dentro del proceso normal de duelo o se estancó en la etapa de depresión, prolongando e intensificando sus síntomas lo cual hablaría ya de un cuadro de depresión, que en la mayoría de los casos es probable que exista un estrés Postraumático.

Como podemos observar no todas las personas en proceso de duelo pasan por un estado depresivo y cuando se presenta la depresión si se puede diferenciar claramente cuando se trata como parte del proceso de duelo y cuando este se torna algo patológico que deberá ser atendido en forma multi e interdisciplinaria mente.

### *Duelo Vs. Depresión*

Identificación normal con el difunto, poca ambivalencia.	Sobre identificación con el difunto ambivalencia aumentada.
Idea suicida esporádica.	Idea suicida frecuente.
Autoculpabilidad en relación al difunto.	Autoculpabilidad, la persona se siente mala gente.
Síntomas disminuyen con el tiempo.	Síntomas no disminuyen y empeoran.
Evoca empatía y simpatía.	Evoca fastidio e irritabilidad.
Responde a afectos.	No responde a afectos.
Síntomas de duelo No responden a fármacos antidepresivos.	Síntomas depresivos responden a fármacos antidepresivos, responde a fármacos.

## **Duelo y Apoyo Tanatológico**

No todo proceso de duelo implica la indicación de una terapia. Se puede ayudar a los jóvenes y sus familiares o allegados recomendándoles un tratamiento si se observa que el duelo que atraviesa no es "normal" y que presenta reacciones marcadamente depresivas (como intentos de suicidio).

Especialistas consideran que no es recomendable que se le receten a la persona solamente somnífera o sedante para inducir el sueño, debido a que es necesario que la persona viva el duelo para poder superarlo positivamente.

Dentro del apoyo tanatológico se intentará animar a la persona que sufre el duelo a que exprese sus sentimientos de pérdida y los sentimientos hacia la persona fallecida. Es muy importante que se le proporcione apoyo emocional, se le sugieran alguna bibliografía específica tanto a él como a familiares y amigos.

La integración a grupos de autoayuda también dará beneficios para la superación del duelo.

La mitad de los suicidios ocurre sin depresión ni diagnósticos previos.

### **Normalmente se divide a las personas fallecidas en dos grupos:**

- SD-S: con señales previas (intentos, ideación, diagnósticos).
- SD-N: sin señales previas, sin ideación, sin diagnósticos psiquiátricos.

Hallazgo clave: el grupo SD-N presenta muchas menos cargas genéticas asociadas a:

- Depresión
- Ansiedad
- Neuroticismo
- TEPT
- Alzheimer

Señala que hay dos caminos biológicos hacia el suicidio.

### **Vía 1: suicidio clásico**

Con señales previas, vulnerabilidad emocional reconocible y diagnósticos asociados.

### **Vía 2: suicidio sin señales**

Sin depresión, sin ansiedad y sin antecedentes clínicos.

Con un patrón muy distinto:

82% eran hombres edad media mayor (47,5 años) menor predisposición genética a depresión y ansiedad mayor predisposición genética a:

- TDAH
- Consumo de alcohol
- Esquizofrenia (aunque no estuviera diagnosticada)

### **El modelo actual de prevención se basa en:**

- Detectar depresión
- Identificar ansiedad
- Evaluar ideación suicida
- Revisar intentos previos

**!** Pero estas estrategias no alcanzan al 50% de las personas en riesgo.

### **Los estudios plantean un cambio necesario:**

- Entender el suicidio como un fenómeno heterogéneo.
- No todas las rutas llevan por la depresión.
- Incorporar variables no clínicas
- Impulsividad, consumo, contexto social, genética silenciosa.
- Personalizar estrategias por sexo y edad
- Hombres y mujeres muestran perfiles genéticos distintos.
- Adultos jóvenes y mayores también.
- Ampliar la investigación genómica y conductual
- Este grupo “invisible” ahora empieza a tener un mapa.

Muchas personas que se suicidan parecían estar bien y realmente no estaban deprimidas.

Tenían otra vulnerabilidad, no emocional, no evidente, no diagnosticable este es un cambio de paradigma profundo. (Referencia oficial

Coon H., Shabalin A. A., Monson E. T., et al.

*Genetic Liabilities to Neuropsychiatric Conditions in Suicide Deaths With No Prior Suicidality. JAMA Network Open 2025)*

Las observaciones que debemos considerar en este estudio es que fue realizado con población norteamericana muy diferente en idiosincrasia, idolologías, usos y costumbres latinas.

Y que la investigación se realizó con personas fallecidas que pudieron tener un cambio biológico y metabólico por el fallecimiento.

Varios colegas psicoterapeutas y suicidologos coincidimos que el diagnostico más frecuente relacionado a la ideación, riesgo e intento suicida es la depresión en cualquiera de sus modalidades e intensidades.

## **Comorbilidad entre Depresión y Suicidio**

Se confirma el fuerte vínculo entre la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias. También se encontró que las personas con depresión tienen mayor riesgo que la población general de presentar casi todos los trastornos mentales. El riesgo aumenta con la severidad de la depresión. Dos tercios de los casos de depresión presentaban al menos un trastorno mental comórbido.

Los autores identificaron trastornos somáticos relacionados al estrés, neuróticos (que abarcan mayormente trastornos de ansiedad) como los que mayor comorbilidad presentaban, afectando a entre el 60 y 65% de las personas con depresión moderada a severa.

Además, observaron una preponderancia femenina en los trastornos de ansiedad en la depresión.

El abuso de sustancias quedó en segundo lugar en cuanto a prevalencia de trastornos mentales comórbidos, afectando a entre el 12 y 20% de los casos de depresión, dependiendo de la severidad.

## **A manera de conclusión**

Como la depresión y el suicidio son multifactoriales sería un enfoque muy reductivo decir que sólo por la situación emocional del paciente es la que la lleva al suicidio, son muchos los avances de las neurociencias, la psiquiatría, medicina y la psicología que atienden este tema, por ello los casos clínicos las autopsias psicológicas y las investigaciones nos siguen dando grandes aportaciones para entender lo complejo que es el suicidio y sus causas.

Debemos convocar a los especialistas, autoridades, padres de familia y sociedad en general a que se involucren en el tema de la suicidología, ya que el suicidio es la única muerte que podemos evitar.



Instituto Hispanoamericano de Suicidología  
Dr. Alejandro Águila y Asociados, A.C.

## LINKS

- [https://r.search.yahoo.com/\\_ylt=Awrij2lF4ilpK7oTKg3v8wt.; ylu=Y29sbwNiZjEEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1764381317/RO=10/RU=https%3a%2f%2ffacademia-lab.com%2fenciclopedia%2fhistoria-de-la-depresion%2f/RK=2/RS=AfBSyMU\\_W2Nvj4RAufAR.PIk0Lw-](https://r.search.yahoo.com/_ylt=Awrij2lF4ilpK7oTKg3v8wt.; ylu=Y29sbwNiZjEEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1764381317/RO=10/RU=https%3a%2f%2ffacademia-lab.com%2fenciclopedia%2fhistoria-de-la-depresion%2f/RK=2/RS=AfBSyMU_W2Nvj4RAufAR.PIk0Lw-)
- [https://r.search.yahoo.com/\\_ylt=AwrijYo8v6SlpXQEFXAfV8wt.; ylu=Y29sbwNncTEEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1764383152/RO=10/RU=https%3a%2f%2fpsicologiaymente.com%2fclinica%2frelacion-depresion-suicidio/RK=2/RS=kd2E.obpXtabB6Oj.ukdVvJikfg-](https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrijYo8v6SlpXQEFXAfV8wt.; ylu=Y29sbwNncTEEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1764383152/RO=10/RU=https%3a%2f%2fpsicologiaymente.com%2fclinica%2frelacion-depresion-suicidio/RK=2/RS=kd2E.obpXtabB6Oj.ukdVvJikfg-)
- [https://r.search.yahoo.com/\\_ylt=AwrjaVAG9SlpKaoGIALv8wt.; ylu=Y29sbwNncTEEcG9zAzYEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1764386182/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.psyciencia.com%2fcomorbilidad-mental-y-somatica-de-la-depresion%2f/RK=2/RS=56quCdDHPQdTODIMaM93LVXW5dU-](https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrjaVAG9SlpKaoGIALv8wt.; ylu=Y29sbwNncTEEcG9zAzYEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1764386182/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.psyciencia.com%2fcomorbilidad-mental-y-somatica-de-la-depresion%2f/RK=2/RS=56quCdDHPQdTODIMaM93LVXW5dU-)

## Bibliografía y Referencias

1. Águila Tejeda Alejandro, "Suicidio la última decisión" Ed. Trillas México 2011
2. Velasco Fernández, Rafael (editor), "Alcoholismo. Visión integral", México: Trillas, 2000.
3. Velasco Fernández, Rafael, "Esa enfermedad llamada alcoholismo", Trillas, México, 1992.
4. Wallace, John, El alcoholismo como enfermedad. Nuevos enfoques, Trillas, México, 1997.
5. Edwards, Griffith, Tratamiento de alcohólicos. Guía para el ayudante profesional, México: Trillas, 1992.
6. Calderón Narváez, G., Depresión, Trillas.
7. Calderón Narváez, G., Las enfermedades mentales en México, Trillas.
8. Gómez Urrea, Fernando Rafael, El secreto para superar las pérdidas, Trillas.
9. O'Connor, Nancy, Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo, Trillas, 1999.
10. Shelley, Anorexia, Trillas, México.
11. Cruz, Las drogas y sus efectos, Trillas, México.
12. Rodiles, Adicciones y espiritualidad, Trillas, México.
13. Instituto Mexicano de Tanatología, ¿Cómo enfrentar la muerte?, Trillas, México.
14. Korbman de Shein, Rosa, Tratamiento y prevención de la obesidad en niños y adolescentes. Guía práctica para psicólogos, nutriólogos, padres y maestros, Trillas.
15. Calderón Narváez, G., Depresión. Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general, Trillas.
16. De la Garza Gutiérrez, Fidel, Depresión, angustia y bipolaridad. Guía para médicos especialistas y de primer contacto, Trillas.

17. De la Garza Gutiérrez, Fidel, Suicidio. Medidas preventivas, Trillas.
18. Varma, Ved, La violencia en niños y adolescentes. Guía para estudiantes, psiquiatras, psicólogos, orientadores y educadores, Trillas.
19. García, María Consuelo, Homosexualidad. Del miedo a la esperanza, Trillas.
20. Sotelo, María Teresa, El adolescente frente al peligro. Prevención ante situaciones de riesgo, Trillas.
21. Ponciano Rodríguez, Guadalupe, Tratamiento integral del tabaquismo, Trillas.
22. Cruz Martín del Campo, Silvia, Los efectos de las drogas. De sueños y pesadillas, Trillas.
23. Pacheco Santos, Manuel, Prevención contra el secuestro, Trillas.
24. Gómez Urrea, Fernando Rafael, El secreto para superar las pérdidas, Trillas.
25. Castro González, María del Carmen, Tanatología. La inteligencia emocional y el proceso de duelo, Trillas.
26. ENLACE, Las adicciones y las disfunciones en la familia, Trillas.
27. Pereira, M., Educación en valores. Metodología e innovación educativa, Trillas.
28. Hernández, M., Lo mejor de lo peor. Cómo enfrentar la adversidad, Trillas.
29. Engstrom, T., Cómo aprovechar el tiempo, Trillas.
30. Scheifler, En busca del sentido de la vida, Trillas.
31. De la Garza, Fidel, La juventud y las drogas, Trillas.

32. Jourard, Sidney M.- Landsman, Ted, La personalidad saludable. Un punto de vista de la psicología humanista, Trillas.
33. Ardila, Alfredo-Ostrosky-Solís, Feggy, Diagnóstico del daño cerebral. Enfoque neuropsicológico, Trillas.
34. Macotela, Silvia-Romay, Marta, Inventario de habilidades básicas. Un modelo diagnóstico-perspectivo para el manejo de problemas asociados al retardo en el desarrollo, Trillas.
35. Rangel, Saber vivir. Manual de conservación y mantenimiento del cuerpo humano, Trillas.
36. Calderón Narváez, Guillermo, Salud mental comunitaria, Trillas.

## Alejandro Águila Tejeda

### Director General INHISAC

### Instituto Hispanoamericano de Suicidología

- **Licenciado** en Psicología por la Universidad Intercontinental y **especialidad** en área clínica.
- **Maestría** en Psicoterapia Psicoanalítica. Universidad Intercontinental

