



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

CAMPUS ARAGÓN

**“LA EDAD DEL VACÍO: LA DEPRESIÓN COMO
CAUSAL DE SUICIDIO EN JÓVENES
MEXICANOS DE 15 A 19 AÑOS, QUE CARECEN DE
APOYO FAMILIAR”.**

REPORTAJE

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADO EN COMUNICACIÓN
Y PERIODISMO**

P R E S E N T A N
MORENO GARDUÑO YESSICA MONSERRAT

TORRES LIZAMA VERÓNICA

ASESOR: LIC. ALBERTO FERNÁNDEZ DE LARA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

GRACIAS

A Dios por dejarme estar siempre en donde tengo que estar, por darme la oportunidad de conocer a las personas que conozco, por enseñarme día a día el valor de cada camino que recorro y por darme el carácter y la fortaleza que necesito en cada situación de mi vida.

A ti Luisito porque sin que te dieras cuenta me has hecho vivir hasta ahora lo más difícil, me has dado los golpes más fuertes pero los que más me enseñaron, tanto que el cuestionamiento ¿Por qué a mí? Se convirtió en un “Gracias por hacerme vivir todo esto a mí Dios”. Y por ti daría hasta la vida si me lo pidieras.

A ti Alex con la esperanza de que mi ejemplo sea una muestra de que puedes lograr lo que te propongas en la vida. Siempre puedes contar conmigo. Gracias por ser un buen amigo eres la mejor compañía para compartir el mismo techo.

A ti Yukari porque eres la alegría de cada día de mi existencia. Este es un logro como prueba de que nunca estarás sola. Te amo mi niña.

A ti Giovanni y Camila quienes se han convertido en una parte importante de mi vida y aunque sean los miembros más pequeños en la familia son personas importantes y grandes en mi corazón, este logro es como muestra de que siempre estaré con ustedes.

A ti mi niño, porque aunque no te conocí físicamente me dejaste grandes lecciones, y al amor verdadero a mi lado, tu sabes el momento ideal para que se haga realidad.

A mi abuelita Sarita por encomendarme siempre con Dios para que saliera adelante. Yo se que sus oraciones son escuchadas. La AMO.

A ti Abuelito † por irnos a construir un camino maravillo del otro lado, tu diste inicio a esta familia, y como me dijiste un día, tienes que iniciar -en donde estas ahora- el mejor pasaje para cada uno de los que te extrañamos y te queremos

A mi madre por el apoyo moral, su cariño y comprensión que me ha brindado, por guiar mi camino, por estar junto a mí siempre y hacer de mí una mujer con carácter para enfrentar y disfrutar cada momento en mi vida.

A mi padre porque es un hombre grande y maravilloso al que siempre he admirado por su honradez y perseverancia, porque tu ausencia ha sido mi presencia para seguir adelante, y aunque mucho tiempo no hayas estado cerca de mí como lo quería, has guiado mi vida con energía, todo esto ha hecho que sea lo que soy.

Ahora comprendo la difícil posición de ser padres. Mis valores morales, mis conceptos y mi superación se las debo a los dos; esto será la mejor de las herencias; lo reconozco y lo agradeceré eternamente. En adelante pondré en práctica mis conocimientos y el lugar que en mi mente ocuparon los libros, ahora será de ustedes, esto por todo el tiempo que les robé pensando en mí. GRACIAS.

A toda mi familia por haber convertido aquel sueño en lo que hoy en día es una realidad. ¡Lo logramos!

A ti Yessy por compartir todas las experiencias de esta investigación, me dio mucho gusto haber trabajado contigo y pese a todos los obstáculos y los disgustos que tuvimos mejor compañera no pude haber tenido.

Vero

Gracias Diosito por cada uno de los días de mi vida, por regalarme la prueba más grande de tu existencia...mis niños, Bruno, Ale y Didier...los AMO.

A mis padres Manuel y Ofelia, gracias por el amor, los cuidados, sacrificios, por los momentos incomprensidos y sobre todo por el apoyo que me han brindado en cada uno de mis pasos y que aunque he tomado decisiones en mi vida que a su parecer no han sido del todo sabias, siempre han estado ahí. Los admiró y los respeto.

A mi hermano Ale, gracias por quererme tanto, por preocuparte por mí, por estar siempre a mí lado en mis aciertos y errores, por tu amistad y por tu ejemplo de lucha.

A mi hermana Maye, tú sabes cuánto te quiero, este logro lo comparto contigo. Gracias por ser mi mejor amiga, por escucharme, por entenderme, por tus consejos y por tu ejemplo de superación. Aunque estén lejos siempre están conmigo.

A ti amores, gracias por compartir tu vida con la mía, por estar siempre a mí lado, por darme tu mano y caminar siempre juntos.

A ti María † gracias por tus palabras, por cuidarnos, nos faltó tiempo, te quiero y te extraño.

A ti Vero, gracias por la complicidad, por tu amistad, por tu tiempo, por tu esfuerzo. Cumplimos nuestro sueño.

¡Recuerden que los Amo! Por lo que ha sido y será... Gracias

Yessy

Al profesor Alberto Fernández de Lara por contribuir a nuestra formación aceptando dirigir esta investigación, por sus consejos, paciencia y opiniones.

A la profesora Edith Balleza Beltrán por guiar detenidamente este trabajo, por compartir sus conocimientos con nosotras, por hacer más fácil este camino y por cada palabra de aliento, Que Dios la Bendiga.

A todos y cada uno de nuestros sinodales por el apoyo brindado para esta investigación, y además por participar en nuestro desarrollo profesional durante la carrera. Gracias por todo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) por cobijarnos durante todo este tiempo, por brindarnos grandiosas experiencias y por habernos dejado grandes amigos, GOYA! GOYA! UNIVERSIDAD.

Vero y Yessy

Índice

Introducción

Depresión, el mal del siglo	5
La génesis de un mal tan antiguo como la historia misma.....	6
Depresión, la prolongación de sentimientos que abruma la existencia.....	13
Depresión, un estado natural, pasajero, crónico o mortal.....	16
Características clínicas de la depresión.....	17
Tipos de depresión.....	19
Síntomas de los trastornos depresivos.....	22
Causas de la depresión.....	25
Consecuencias.....	28
Una sociedad joven deprimida en el nuevo siglo	36
Opiniones de los jóvenes acerca de la depresión.....	38
La familia, un vínculo fundamental para combatir la depresión.....	41
Temporadas propicias para la depresión.....	49
La confrontación.....	49
De la depresión al suicidio	52
Causas... ¡Un grito de ayuda!.....	56
Suicidio en los jóvenes que padecen depresión.....	68
Perfil del suicida.....	73
Momentos del suicida.....	75

Tipos de suicidio.....	78
Mitos del suicidio.....	79
Implicaciones del suicidio.....	85
Legales.....	85
Religiosas.....	87
Sociológicas.....	89
Estadísticas sobre el suicidio en el Distrito Federal.....	91
La aceptación, un primer paso para la recuperación.....	92
La atención, una oportuna ayuda.....	92
Los especialistas y sus tratamientos médicos.....	94
Psiquiatras.....	97
Psicólogos.....	100
Psicoanalistas.....	102
Otras opciones para la recuperación.....	106
Grupos de apoyo.....	106
Tratamiento por internet.....	106
Delfinoterapia.....	110
Ayuda telefónica (SAPTEL, Depretel).....	112
Terapia de arte.....	116
Neuróticos Anónimos A.C.....	118
Reiki.....	123

Conclusiones

Fuentes de Consulta

Introducción

La depresión es la cuarta causa de discapacidad mundial entre todas las enfermedades y se estima que en 2020 será la segunda, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La institución señala que en el mundo existen por lo menos 150 millones de personas que sufren algún tipo de depresión y explica que en relación con este número existen más individuos que son afectados o que sufren este padecimiento.

Detalla que la enfermedad tiende a aumentar por cuatro motivos importantes; porque el promedio de índice de expectativa vital está creciendo en todos los países, por el rápido cambio del ambiente psicosocial que permite la exposición cada vez mayor del individuo y los grupos sociales en un círculo de tensiones, como los que se presentan en situaciones de desarraigo, desintegración familiar y aislamiento social, lo que predispone a un aumento en la prevalencia de algunos tipos de trastornos psiquiátricos, muchos de ellos de tipo depresivo.

Asimismo el aumento de la morbilidad de padecimientos crónicos, tales como reumatismo, trastornos gastrointestinales y cardiovasculares, así como problemas neurológicos, que se ha demostrado se asocian con la depresión en un 20 por ciento de los casos.

Por último, el creciente abuso de medicamentos, algunos por los cuales tienden a ser los causantes de la enfermedad, como los antihipertensivos, las fenotiacinas (medicamento que producen un estado de tranquilidad, con reducción de la actividad motora, apatía, indiferencia, despreocupación, somnolencia ligera) y varios tratamientos hormonales.

Estudios recientes señalan que existe predisposición genética a esta enfermedad que actualmente y en un tono de alarma es un padecimiento extendido en el mundo y que tiende a crecer en un futuro inmediato, hasta convertirse en una verdadera “epidemia”, lo que suena muy bueno para los laboratorios que producen medicamentos antidepresivos.

Es cierto que todos en algún momento hemos pasado por estados de ánimo cambiantes, dependiendo de la situación que estemos viviendo, pero experimentar lo que es la depresión es ir más allá de un simple sentimiento; la vida cambia, enfrentar y superar los problemas es lo más difícil, pero sin duda siempre existe una salida y no precisamente se necesita tener voluntad para encontrarla.

Las personas deprimidas optan por callar sus sentimientos, pero si existe la posibilidad de que hablen, hay una forma de ayudarlas en ese momento, es una manera que al parecer es muy sencilla y que nosotras no supimos hallar en el momento en que vivimos tan de cerca esta enfermedad.

Es simplemente saber escuchar y tratar de comprender, pero esto último se vuelve complicado, todo se ve desde afuera, se juzga y lo único que queda por decir son palabras de aliento que para esa persona no sirven de nada.

En un principio, la causa que nos orilló a realizar una investigación sobre el tema de la depresión, fue que durante algún tiempo convivimos con alguien muy cercano que padecía esta enfermedad y no poder ayudarle nos causó gran desesperación. Saber que la solución no la teníamos en nuestras manos y no podíamos hacer algo para lograr que se sintiera mejor nos volvía incapaces ante el sufrimiento y su único deseo de dejar de existir.

Esta última frase afortunadamente sólo quedó en eso, en deseos, pero esto no es un alivio, así como nuestras mejores amigas existen otras “muchas” personas que intentan sobrevivir a ese sentimiento, aunque en ocasiones la carga llega a ser tan grande que sin pensarlo deciden acabar con ella, lo importante es dejar de sentir; la vida para ellos es lo de menos.

La indiferencia por los demás es una característica que nos identifica a todos los seres humanos, ya no existe persona que se preocupe por lo que le pasa a la gente que está a su alrededor. Éste es un motivo más que nos impulsó a realizar dicha investigación, ayudar a alguien que lo necesite, pues se nos ha vuelto como una obligación y en verdad creemos que lograrlo será satisfactorio.

Tenemos claro que no para todos será un tema que provoque interés, pero como cada día y en cualquier cosa se logran cambios que es importante dar a conocer, será valioso que nosotras al haber realizado esta investigación podamos ayudar a que las personas que atraviesen por la enfermedad, ya sea que decidan empezar a tomar terapia o brinden el apoyo necesario a alguien cercano que tenga depresión. Asimismo, crear conciencia en la sociedad y sobre todo en los padres de familia, para lograr un acercamiento con los jóvenes adolescentes.

Es por eso que ahora queremos resaltar todo lo que es y lo que rodea a la depresión.

Por lo anterior, hemos decidido realizar una recopilación de datos que nos explique las posibles causas a las que se enfrentan los adolescentes en un cuadro depresivo, que en muchas de las ocasiones llega a terminar con la vida del involucrado.

Como es bien sabido, el reportaje es el género periodístico más completo. En él se puede dar a conocer las revelaciones noticiosas de dicho tema, así como también los testimonios de las personas que se entrevistaron, tanto especialistas como personas que padecen esta enfermedad.

El reportaje penetra en las causas del hecho, analiza sus características, da la posibilidad de crear un ambiente donde también están integradas las vivencias de los jóvenes deprimidos, además de contestar las preguntas básicas del periodismo ¿qué?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿dónde? ¿Por qué? ¿quién? Dando a conocer la información de una forma atractiva y amena

A diferencia de la noticia, donde los hechos se tratan brevemente, un reportaje se caracteriza porque profundiza el tema y explica los hechos. Lo más importante es que el género periodístico que elegimos da un buen contexto al tema, recopilando testimonios de personas que han padecido depresión.

El reportaje fue el género que nos permitió manejar de manera amplia el tema, ya que contiene en el cuerpo la investigación documental, la encuesta, la

crónica y la entrevista, este último género es el que más sobresale en este trabajo.

En el primer capítulo de la investigación, “Depresión, el mal del siglo”, tratamos lo esencial de la depresión: su historia, su definición, los tipos depresivos existentes en la actualidad, los síntomas así como sus consecuencias. Los datos de este capítulo en su mayoría han sido recopilados mediante la investigación documental.

La segunda parte de este trabajo, “Una sociedad joven deprimida en el nuevo siglo”, se basa en la investigación de campo, la cual se obtuvo por testimonios dados por jóvenes que padecen depresión y por la familia y gente cercana a ellos, un vínculo fundamental en la vida de un ser deprimido.

Asimismo en el tercer capítulo se toca un tema más delicado que no se puede dejar fuera al hablar de la depresión, “el suicidio”. Aquí nos enfocamos tanto en la investigación documental como de campo.

Hablaremos de las causas, la relación que hay entre el suicidio y la depresión, el perfil del suicida, los tipos de suicidio, así como los mitos y las implicaciones del suicidio: legales, religiosas y sociales.

Por último, en la cuarta parte del reportaje nos dimos a la tarea de recopilar información, tanto documental como de campo para ofrecer una posible alternativa a las personas que padecen depresión.

Entrevistamos a psiquiatras, psicólogos y psicoterapeutas. Además, ofreceremos información de las terapias alternativas tales como: delfinoterapia, terapia de arte y neuróticos anónimos, entre otras.

*“La depresión es cuando los espíritus luminosos
se vuelven opacos”*

Jean Starobinski

Depresión, el mal del siglo

¿Quién no ha dicho en algún momento de su vida, “estoy deprimido”? Son palabras que se mencionan con demasiada facilidad cuando nos sentimos aburridos o infelices. Pero en la mayoría de los casos, cuando se pronuncia esta frase no nos referimos a que estamos deprimidos en el sentido de padecer una enfermedad.

En México, como en el resto del mundo, la depresión es uno de los padecimientos mentales más comunes y menos comprendidos. Esta enfermedad ha sido ampliamente documentada e identificada como uno de los problemas de salud pública más graves de este siglo, debido a su alta prevalencia, a sus consecuencias, así como a la dificultad para tratarla adecuadamente.

En el primer capítulo de este reportaje se hablará de la depresión, desde su nacimiento hasta la actualidad, cuántos y cuáles son los tipos de depresión que existen, sus causas, consecuencias, así como las características, los síntomas y los factores que la causan.

Se incluye investigación tanto documental como de campo, dentro de esta última se encontrarán testimonios de jóvenes que padecen esta enfermedad, así como una entrevista con el médico, historiador y profesor de la medicina prehispánica y director del Departamento de Historia y Filosofía de la Facultad de Medicina de la UNAM, Carlos Viesca Treviño.

La génesis de un mal tan antiguo como la historia misma

Numerosos textos antiguos contienen descripciones de lo que hoy conocemos como trastornos del estado de ánimo. La historia del rey Saúl, en el Antiguo Testamento, y la del suicidio de Ajax, en la *Ilíada*, de Homero describen síndromes depresivos.

El cuadro patológico de la depresión en su forma más severa, fue descrito por primera vez en la época greco-romana con el nombre de “Melancolía”. En el siglo IV a.C., Hipócrates afirmaba que los problemas que hoy llamamos psiquiátricos, estaban relacionados con la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y la melancolía era producto de éstas que subían al cerebro.

Por su parte, Aristóteles en el siglo III a.C. consideraba que todos los grandes pensadores, poetas, artistas y estadistas tenían un temperamento melancólico.

En los primeros siglos de nuestra era (siglo II d.C.), el médico romano Aulus Cornelio Celso, en su libro *De re medica*, y Areteo de Capadocia, en su obra *Enfermedades agudas y crónicas* hablaban de la manía y de la melancolía como problemas médicos, considerándolos como dos expresiones de una enfermedad recurrente, aunque potencialmente curable. A los pacientes melancólicos los describían como tristes, somnolientos, pudiendo desear morir al llegar a cierta edad.

Soranos de Ephesus señalaba como síntomas principales de la melancolía los siguientes: tristeza excesiva, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones jovialidad.

Durante la Edad Media, el destacado filósofo Santo Tomás de Aquino sostenía que la melancolía era producida por demonios o influencias astrales. Esta creencia se comenzó a abandonar en 1630, cuando el escritor y profesor

Robert Burton publicó su famoso tratado *Anatomía de la melancolía* obra que facilitó en mucho la identificación de los estados depresivos.

El médico francés, Philippe Pinel, considerado el padre de la psiquiatría, precisó en su obra *Tratado Médico y Filosófico de la alineación mental* que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado (obsesivamente) en un objeto y la melancolía y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Señaló dos causas posibles de la melancolía, en primer lugar las psicológicas (miedo, problemas familiares, pérdidas económicas y materiales) y en segundo las físicas (la amenorrea y el puerperio).

Por su parte, el psiquiatra Emil Kraepelin estableció en su tesis sobre el *Lugar de la psicología en la psiquiatría* la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz llamada posteriormente esquizofrenia. Después los estudios en psiquiatría llegaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de la psicosis maniaco-depresiva, situación que prevaleció durante las tres primeras décadas del siglo XX. En consecuencia, el deprimido era calificado como psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves.

Asimismo fue el primero en agrupar todas las formas de melancolía y manía bajo el término de enfermedad maniaco-depresiva. Para él todas las formas tenían una base hereditaria común, podían alternarse una a otra, permitían intervalos libres de síntomas y podían presentarse juntas en un mismo episodio.

Kraepelin hizo una de las mayores aportaciones a la psiquiatría, al diferenciar la enfermedad maníaco-depresiva de la "demencia praecox"; además, fue uno de los primeros en señalar que el estrés psicológico puede precipitar los episodios iniciales de manía y que los episodios posteriores ocurren de forma espontánea.

Hacia 1904, el psiquiatra y neurólogo norteamericano Adolf Meyer, con base a sus estudios e investigaciones consideró a los desórdenes psiquiátricos

como reacciones específicas de un individuo ante circunstancias existenciales. Él fue quien objetó el término melancolía y sugirió se llamara depresión.

En 1911, el psicoanalista Karl Abraham precisó en su obra *Estudios sobre el psicoanálisis y psiquiatría* lo que para muchos autores es la primera investigación psicoanalítica de la depresión, donde compara depresión con ansiedad diciendo que ambas son fruto de instintos reprimidos, pero con una clara diferencia: la ansiedad surge cuando la represión impide el logro de la gratificación, en cambio, la depresión aparece cuando ya se ha renunciado a la esperanza de obtener satisfacción.

El también autor del escrito *Psicoanálisis clínico* habla de los mecanismos de proyección propios de la depresión: el proceso dinámico es éste: “yo no puedo amar a la gente, entonces la debo de odiar”, pero como el odio debe ser reprimido porque es malo, entonces proyecta en los demás su agresividad: “las personas no me aman, luego me odian”, afirma que la culpa masiva del deprimido se debe a sus reales deseos destructivos inconscientes y reprimidos, y observa que muchos de quienes sufren esta enfermedad dan la impresión de gozar con sus autorreproches y sus sufrimientos, porque esto les permite no pensar sino en sí mismos. Hace notar la ambivalencia del deprimido, su incapacidad de amar verdaderamente, su exagerada preocupación por sí mismo y la manera como utiliza la culpa para llamar la atención sobre sí.

En un pequeño escrito publicado en 1914 bajo el título *Duelo y Melancolía*, el creador del psicoanálisis Sigmund Freud fue el primero en hablar de la depresión periódica como una tercera forma de la neurosis de angustia. A partir de entonces, se denominó “hipocondría” a la angustia, cuando se refiere al cuerpo, y a la angustia insistente se le llamó depresión periódica.

Freud hace una comparación entre duelo y melancolía, el primero es una respuesta a una pérdida real, que puede ser de una persona por su muerte o separación, o de una posición económica, pérdida de poder o situación social, etc., pero en la que no existe pérdida de autoestima; la melancolía, en cambio,

surge cuando la pérdida es más bien un repliegue de la catexis con pérdida del propio Yo. En otras palabras, habla de que el duelo puede ser normal y la melancolía, en cambio, es patológica. En los dos se vive una sensación de abatimiento, de falta de interés por el mundo externo.

En la melancolía, por la pérdida de autoestima vienen los autorreproches y los autocastigos irracionales, sin poder reconocer claramente la causa del abatimiento. Hay mucho de inapropiado en los autorreproches, dado que tienen generalmente un contenido moral, son injustificados y se expresan públicamente y sin vergüenza.

El psiquiatra y psicoanalista norteamericano, Sandor Rado, manifestó en su obra *Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión* que antes de un episodio depresivo el enfermo atraviesa un periodo de rebeldía encarnizada, donde para los pacientes las gratificaciones narcisistas y el mantenimiento del autoestima dependen de los demás de un modo notoriamente exagerado.

Además, el deprimido puede despreciarse a sí mismo por su debilidad y por no poder controlar su ira. Desea ser pasivo y con frecuencia lo logra, ya que puede encontrar a otra persona dispuesta a todo, a quien puede controlar y tiranizar.

En tanto que el psicoanalista Otto Fenichel explicó en su libro *Teoría psicoanalítica de la neurosis* que los depresivos son verdaderos adictos al amor, diferenciando la depresión neurótica de la psicótica: en la primera se busca el amor de un objeto externo, y en la segunda, en cambio, se renuncia a los objetos externos y se busca el amor en lo interno, aunque consideró que esta división no es del todo absoluta.

Para este autor lo crucial de la depresión es la pérdida del autoestima. De aquí la importancia que tiene el Yo, encargado de fortificar el autoestima.

Edward Bibring, médico y psicoanalista norteamericano, demostró en su escrito *The mechanism of depresión (el mecanismo de la depresión)* en que todo deprimido o se siente indefenso ante poderes superiores o vive con la sensación de ser un fracaso.

Bibring sugirió esta definición de depresión: "...es la expresión o indicación emocional de un estado de indefensión e impotencia del yo, independientemente de los factores que puedan haber causado el colapso de los mecanismos que fundamentan su autoestima".

También aseguró que todo individuo tiene estos deseos: a) el deseo de ser valioso, amado y apreciado; b) el deseo de ser fuerte y tener seguridad; c) el deseo de ser bueno y amable. La tensión entre estas metas y la conciencia del desvalimiento del Yo, llevará forzosamente a la depresión, ese estado de inhibición mental en el cual la autoestima se hace añicos.

El psiquiatra Kurt Adler reveló en su informe *La Violence unefaçon de se prouver qu'no existe* que el depresivo es una persona que se esfuerza constantemente por afirmar su enfermedad y así lograr que su voluntad prevalezca por sobre los demás para obligarlos a satisfacerse, poder frustrar sus tentativas de ayuda, culparlos tácita o manifiestamente de su enfermedad y librarse de toda obligación y cooperación social.

Por su parte, el psiquiatra y psicoanalista Aaron Beck, aseguró en su material *Terapia cognitiva de los trastornos de personas* que el deprimido sufre distorsiones cognitivas que son causa primaria de su desorden. Para este autor, el deprimido será un pesimista respecto al futuro, a los demás y a sí mismo. La tristeza, presente siempre en el enfermo, es una consecuencia de su privación, su pesimismo y su autocrítica.

El también presidente del Instituto Beck y profesor emérito de la Escuela de Medicina de la Universidad de Pensilvania descartó que hay una exagerada preocupación en el deprimido por hechos del pasado, que estando constantes en su mente los utiliza para torturarse con recriminaciones llenas de culpa. El deprimido busca siempre seguridad y trata de evitar situaciones que lo llenen de culpa, pero esto mismo hace que se imponga demandas casi imposibles de cumplir y al no lograrlas, se vuelve a llenar de culpa.

El psiquiatra Joseph Mendels, en su obra *La depresión* señaló que esta enfermedad es una experiencia universal y las emociones de tristeza y pena

constituyen una faceta intrínseca de la condición humana. No obstante, la depresión patológica, que es abrumadora y desesperante, se distingue de la tristeza por su intensidad, duración y evidente irracionalidad, así como por los efectos en la vida de aquel que sufre.

Por otra parte, basándose en la teoría del aprendizaje, el psicólogo Martín Seligman define así a una persona deprimida: “triste, cualquier pequeño esfuerzo le cansa, pérdida del sentido del humor”. Menciona que tales estados de ánimo suelen ser poco frecuentes y se disipan en poco tiempo, sin embargo, hay muchas otras personas en quienes se presenta una y otra vez, llegando a ser más intenso. Cuando es grave se convierte en un síndrome o en un síntoma.

El también impulsor de la denominada psicología positiva y actual profesor de psicología en la Universidad de Pensilvania, precisó que la persona deprimida percibe sentimientos de aversión hacia sí misma, se siente inútil y culpable de sus insuficiencias, cree que nada de lo que haga aliviará su condición y ve el futuro negro. Puede producirse ataque de llanto, baja de peso y trastorno del sueño. Pierde el interés por la gente y por su vida sexual, el afectado puede pensar en ideas esporádicas de suicidio.

En México, no existe un registro como tal de los primeros casos de depresión, pues hay que recordar que no hace mucho tiempo, si no es que todavía, esta enfermedad es un tabú en nuestra sociedad.

No obstante, en la época prehispánica existió un documento llamado el Códice de la Cruz Badiano (libro de las hierbas medicinales de los indios), un texto sobre la herbolaria mexicana, escrito originalmente en náhuatl por el xochimilca Martín de la Cruz, el cual posteriormente fue traducido al latín por Juan Badiano, en donde se hacía mención de términos como melancolía.

Al respecto, el doctor y profesor de la Antigua Escuela de Medicina, Carlos Viesca Treviño, comentó que desde aquel entonces “al melancólico se le debía llevar a lugares sombreados y frescos, no dejarlo en el rayo del sol ni en el frío, se le tenía que dar de comer sabroso, alimentos estimulantes como

el picante y se le recomendaba que fuera a fiestas y a bailes, que hiciera ejercicio para que tuviera calor, porque la melancolía es opaca y fría, se les recomendaba que no tuvieran siesta, que no se vistieran de colores tristes, que olieran flores de buen olor, porque el olor anima al cuerpo”.

Hasta hace poco más de tres décadas se dio la identificación precisa de los cuadros depresivos, y se habla de la existencia de dos clases diferentes de depresión; la endógena, cuyo origen es atribuido a una anomalía bioquímica, y la exógena o reactiva, que es consecutiva a una reacción excesiva ante sucesos adversos.

La depresión se ha convertido en un componente tan importante de la vida moderna que parece no haber un ser humano a salvo, pues además de ser un problema más frecuente en el campo de la salud mental, es un padecimiento que acarrea muchos trastornos a las personas.

Depresión: la prolongación de sentimientos que abruman la existencia.

El término depresión es uno de los más usados en el lenguaje cotidiano por los adolescentes, cualquiera que atraviese por un momento de tristeza es normal que su autoestima baje y por consiguiente crea que padece esta enfermedad.

Definición de depresión:

Depresión biológica: se identifica porque los neurotransmisores (Norepinefrina, Catecolaminas, Serotonina) empiezan a sufrir modificaciones, la persona empieza a padecer de pérdida de apetito, cambio de peso, falta de concentración, lentitud frente a reacciones físicas, alteraciones del sueño, pérdida de todo interés, disminución de la libido (actividad sexual), pensamientos muy negativos (incluido el suicidio), llanto incontrolado, hipersensibilidad emocional (llorar y sufrir por causas casi absurdas e ilógicas), y no comprender por qué le está pasando esto, pues, no encuentra razones lógicas para ello.

Depresión psicológica: hay alteraciones conductuales, emocionales y cognitivas como son: mal humor, falta de concentración, retraimiento, agresión, frustración, soledad, etc.

Depresión social: Es una conducta aprendida en alguna etapa de la vida, que se manifiesta en el sujeto como mecanismo de defensa cuando se encuentra en situaciones estresantes.

Al respecto, el doctor Viesca Treviño hizo énfasis en que la depresión es una baja de las funciones de la afectividad y de la emotividad con respuesta corporal somática.

La depresión es un trastorno en que el individuo se siente abrumado por sensaciones de tristeza excesiva, fatiga, incapacidad de decisión, infelicidad, profunda desesperación, apatía, sentimiento de culpabilidad, autorreproche, se envuelve en un estado de ánimo ansioso, vacío, de baja autoestima, de pérdida del interés por la vida, incapacidad para sentir placer, desesperanza e incluso hasta deseos de muerte.

La depresión es un trastorno psicológico y médico que afecta a las personas de distinta forma, algunas pueden resistirse y luchar para superarla, mientras otras quedan atrapadas sin poder defenderse. De acuerdo con la personalidad de cada uno, será la manera de enfrentarla.

Estudios realizados por la Secretaría de Salud revelan que todos los tipos de depresión, incluso los más leves, implican cambios en la química cerebral. De igual forma, la parte psicológica altera el sentir del individuo, sus pensamientos y sus reacciones.

La depresión no es un simple cambio de emociones que el individuo pueda controlar con sólo “la fuerza de voluntad”. Decirle “échale ganas” o “anímate” a una persona deprimida no funciona; no es depresión sentirse triste una que otra vez, sentirse desalentado cuando se enfrentan a problemas difíciles en la vida o incluso sentirse cansado después de una larga jornada, esto es totalmente normal. Una vez que se resuelven los problemas, la tranquilidad y la energía vuelven a la vida de la persona para continuar adelante.

“Ahora ya se sabe que la depresión es una enfermedad que tiene que ver con el metabolismo de la serotonina (neurotransmisor que se encarga de mantener el estado de ánimo en las personas, juega un papel muy importante en el humor, la ansiedad, el sueño, el dolor y la conducta alimentaria). Algo muy importante es que siempre hay que saber distinguir una depresión

enfermedad y depresión melancolía como forma de enfrentar la vida, que son dos cosas muy distintas”, puntualizó el también profesor de la Antigua Escuela de Medicina, Viesca Treviño.

Explica que en estos momentos de la historia hay gente que tiene como modo de ver la vida la autocompasión y decir: “¡ay cómo sufro!”. “Es la tendencia de ver los vasos medio llenos o medio vacíos”.

Comenta que existe una frase de un psiquiatra suizo llamado Jean Starobinski que dice: “La depresión es cuando los espíritus luminosos se vuelven opacos”.

Viesca Treviño ejemplificó “si el mundo se vuelve opaco y estamos hablando de una situación existencial, de un problema se pueden hacer muchos hilos, por ejemplo: una persona que se le van formando cataratas empieza a ver el mundo opaco y comienza a entristecerse y acaba melancólica, a lo mejor le cambia la serotonina, esto no es una depresión pura, es una depresión que viene a partir de la percepción sensorial y ya después se puede enredar todo, “no veo”, “no puedo trabajar” “ no puedo hacer mis cosas”, soy un inútil, pero un día le operan las cataratas y cambia todo, el mundo vuelve a ser brillante y sale de la depresión.

“Se sintió triste en su momento porque estaba sufriendo una pérdida –la de la vista- pero cuando madura el duelo se acomodan las cosas, encontró una solución a su enfermedad de cataratas, se operó y todo recuperó su color”.

Por el contrario, agregó, “cuando no se puede controlar la situación y esa persona queda en opaco, toca fondo. Aquí sí se hablaría de una enfermedad propiamente dicha, y le podemos poner todas las etiquetas como: enfermedad de la existencia, hasta enfermedad bioquímica cerebral”.

Para la persona que desarrolla una depresión, los sentimientos de ansiedad y dolor emocional se vuelven crónicos y la tristeza se intensifica. Mientras la enfermedad avanza, empieza a interferir con el trabajo, la escuela, la vida sentimental, social y las responsabilidades diarias.

La depresión es una enfermedad tratable. Muchas personas creen que la depresión es normal en personas mayores, adolescentes, mujeres en la etapa de la menopausia, madres primerizas o en personas que presentan enfermedades crónicas; pero éste es un concepto equivocado, no importa la edad, el sexo o la situación de la vida, la depresión nunca es normal. Cualquier persona que experimente síntomas depresivos debe ser diagnosticada y tratada para revertir su condición.

La depresión... ¿estado natural, pasajero, crónico o mortal?

Carlos, estudiante de 19 años, perdió a su novia en un accidente automovilístico y dice: “me siento triste, la extraño, me cuesta trabajo levantarme para ir a la escuela, ya no me apasiona jugar fútbol como antes, se me pierden y se me olvidan las cosas constantemente, ya no me gusta salir, me siento fatigado. Si Mariana estuviera aquí, todo sería distinto, me llenaba de vida y de ánimo”. Y para nuestra sorpresa explica: “hace año y medio que la perdí y aún no logro reponerme”.

Liliana, de 18 años de edad, es una chava normal. Como estudiante participa poco en las actividades extracurriculares, no es sociable ni destaca mucho en su desempeño académico. Quienes la conocen afirman que es “buena amiga”, sabe escuchar y aunque en ocasiones hemos criticado su aspecto físico, a ella no parece importar, además de que no tiene ambiciones. Pero eso cambia un par de veces al año, de repente se vuelve muy platicadora, le gusta salir y conocer chavos, gasta en ropa de moda y se “libera” de su apatía y timidez. Nadie la reconoce, hasta que un par de semanas después se vuelve a sentir tan vacía como antes. “¿Por qué me siento así?”, es una de las preguntas que rondan por su cabeza.

Una muchacha de 19 años de edad, cuya identidad prefiere mantener en el anonimato. Permaneció en una clínica de rehabilitación y entre lágrimas nos confiesa: “es mi segundo intento de suicidio; mi hermana se dio cuenta a tiempo de la cantidad de pastillas que había ingerido y me llevó al hospital, ni siquiera me siento molesta, sólo quiero dormir y descansar”. Su hermana completa la historia: “lleva meses sin trabajo y no sale de su recámara, no logra

dormir, siempre está ansiosa y triste, en realidad creo que perdió el interés por vivir, no tiene novio, ni amigas, pero no entiendo por qué, mis papás, mis hermanos y yo le hemos dado todo para que sea feliz, no le falta dinero, ni cariño, tiene una casa linda y hasta mascota, somos una familia normal”. ¿Por qué ella es así? ¿Por qué?

¿Será que lo que tiene Carlos, es lo mismo que le sucede a Liliana o a la última chava? ¿Cómo saber cuál es la diferencia entre estar triste y estar deprimido?

Características clínicas de la depresión.

Un trastorno depresivo es una enfermedad que afecta todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos, afecta lo que se opina de uno mismo y su concepto de la vida en general.

No todas las personas que sufren depresión experimentan todos los síntomas, algunas sufren unos cuantos y otras la mayoría. La gravedad de los síntomas varía en los individuos.

Estas características son comunes en el deprimido. Tenerlas en cuenta facilitará descubrir la existencia, o no, de esta enfermedad:

Estado de ánimo. Se presenta con profunda tristeza, fatiga, insatisfacción, abatimiento y llanto. La tristeza es la característica principal. El deprimido se queja de sentirse abatido, insatisfecho, de “no ser el mismo”, no reacciona a la alegría. Se siente inútil, vacío. Algunas veces sabrá por qué está triste (o al menos cree saberlo), otras tantas lo ignora. El llanto es frecuente en depresiones medianas, moderadas o leves, incluso cuando no hay razón aparente, pero en la depresión profunda el enfermo siente con frecuencia una dolorosa incapacidad de llorar.

Pensamiento. Se caracteriza por pesimismo, culpabilidad, autoacusación, pérdida de interés y de motivación, disminución de la eficacia y de concentración. A mayor depresión menor eficiencia, lo cual presupone la pérdida de interés que conlleva la incapacidad para hacer cualquier tarea, se

carece de concentración y, lo que es muy importante, por la pérdida de motivación desaparece la ambición.

Además, el deprimido se enjuicia y experimentará la sensación de ser insuficiente e ineficaz, al sentimiento de una extrema culpabilidad. Cree que no es bueno en lo que hace por lo que rechazará la importancia de sus triunfos pasados. Frecuentemente el deprimido incrementa la idea de error y culpa en acontecimientos reales o imaginarios y acepta que un castigo es lo que merece. En muchos casos la idea de culpabilidad puede tener una fuente real, pero el deprimido siempre la distorsionará o la exagerará.

Conducta y aspecto. Hay marcada negligencia en el aspecto personal en cuanto al arreglo, además de retardo psicomotor y agitación en cuanto a la conducta. Muestra un rostro triste, insatisfecho, actitud decaída y postura derrotada. Si sonríe, su sonrisa es melancólica, aunque se esfuerce en parecer contento. En la medida que avanza la depresión, el enfermo pierde su interés por el aspecto y cuidado de su persona: llegará a ser sucio.

El retardo psicomotor implica una aparente inhibición y un decaimiento de los movimientos corporales y mentales; disminución de los movimientos espontáneos y de los gestos expresivos. No puede platicar ni menos discutir, ni dará respuesta a preguntas concretas. En casos extremos puede llegarse a la catatonía. Pero también, como contraste, puede manifestar una agitación, una inquietud extrema, tanto física como psicológica.

Síntomas somáticos. Pérdida de apetito, consiguiente baja de peso, estreñimiento, trastornos del sueño, diversos dolores y males, alteraciones en la menstruación, pérdida de la libido. Cuando el deprimido tiene aumento de apetito se tratará de una depresión leve. El estreñimiento frecuente puede ser agudo; además, muchos antidepresivos provocan el estreñimiento como una reacción secundaria. Muchas veces se presenta el insomnio: el sueño no se concibe sino hasta la madrugada o se duerme pronto, pero se despierta demasiado temprano, o bien, se despierta continuamente durante la noche, o al despertarse ya no puede volver a dormir. O al contrario, se duerme en demasía, como si el deprimido quisiera huir de sus problemas.

Sea como sea, el sueño no proporciona descanso. Los dolores y malestares más frecuentes son cefaleas, neuralgias, resequedad de boca que aumenta por los fármacos, sensaciones de opresión en el pecho, dificultad para comer; muchas veces un solo síntoma es el dominante. En las mujeres no es raro que se presenten alteraciones menstruales. Respecto a la pérdida de la libido, se puede variar del simple desinterés hasta una marcada obsesión contra el sexo.

Rasgos de ansiedad. El deprimido sufre de tensión, sufre por temores vagos e inespecíficos, sufre preocupación por todo. En algunos casos padecerá de temblor y sudoración asociados con estados de ansiedad.

Tipos de depresión

Al igual que en otras enfermedades, existen diferentes tipos de clasificación de trastornos depresivos, según el doctor Alfonso Reyes Zubiría, pionero de la Tanatología (disciplina que se encarga del estudio integral e interdisciplinario de la muerte) en México, y director de la Asociación Mexicana de Tanatología, en su libro "*Depresión y Angustia*" menciona los siguientes tipos.

Depresión primaria o secundaria

Esta clasificación se hizo con fines de investigación desde el punto de vista biológico. Se basa en que el estado depresivo se puede acompañar por síntomas físicos o neurovegetativos.

En la depresión primaria el episodio depresivo ocurre en ausencia de otra enfermedad psiquiátrica, incluyendo esquizofrenia, sociopatía, neurosis de ansiedad o angustia e histeria. En tanto que la depresión secundaria aparece asociada simultáneamente a otra enfermedad, ya sea psiquiátrica o de cualquier otra especialidad médica.

Depresión endógena o reactiva

Se llama endógena a la depresión que se basa en factores orgánicos, muy probablemente hereditarios y se manifiesta mediante alteraciones bioquímicas del organismo. La reactiva aparece como consecuencia de un suceso que el sujeto siente como perjudicial o displacentero, el cual puede ser real o simbólico. Lo endógeno sugiere que la enfermedad es fruto de un cambio intrínseco mientras lo reactivo habla del fracaso en la adecuación psicológica a una desilusión acompañante.

Depresión psicótica neurótica

Ésta es una clasificación que requiere de conocimiento. Aparentemente es fácil distinguir en la práctica si una depresión es psicótica o neurótica.

En una depresión psicótica aparecen ciertos síntomas como pérdida del sentido de la realidad, contenidos delirantes y alucinaciones. Lo que provoca una alteración bioquímica en el cerebro y que además repercute en una condición existencial.

Quien sufre de una depresión psicótica ha experimentado una drástica transformación emocional, por la cual cree que su manera de sentir es la adecuada a las circunstancias en que vive. No trata de huir de su enfermedad como lo haría el neurótico. Posiblemente ésta sea la principal diferencia entre ambos tipos de depresión. Además de que una depresión psicótica puede llevar al individuo a cometer suicidio.

Trastorno depresivo mayor

Éste es el tipo de depresión más peligroso. La persona experimenta la tristeza de una manera más profunda e intensa, casi todos los síntomas están presentes, añadiendo el más dañino: los pensamientos recurrentes de muerte y planes con intentos concretos de suicidio. Obviamente este trastorno incluye el deterioro total de la vida en general y si no se atiende a tiempo puede llevar a la muerte.

Algunas personas caen en depresión severa por un evento traumático, otras la desarrollan debido a diferentes decepciones y varios fracasos, algunos parecen desarrollarla sin ninguna crisis o razón aparente. En estos casos existe alguna disfunción en la producción de neurotransmisores cerebrales o las causas son factores genéticos.

Trastorno distímico

Es un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, sin embargo, interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona.

La característica esencial de este trastorno es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día durante al menos dos años. Muchas personas con distimia también pueden padecer episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Trastorno bipolar

Este trastorno no es tan frecuente como los otros. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión).

Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo puede padecer uno o varios de todos los síntomas del trastorno depresivo.

Cuando se está en la fase maniaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con los demás. Puede llevar a que la persona se meta en graves problemas y situaciones embarazosas.

La fase depresiva bipolar puede durar hasta seis meses. Es probable que todo trastorno depresivo en el que haya una fase maniaca, por leve que

sea, se repita; no es habitual encontrar personas que hayan tenido un solo episodio de esta clase en la vida.

Trastorno unipolar

Significa sencillamente que tiene un solo extremo y es un término que se aplica a todas las enfermedades depresivas en que el enfermo se siente decaído. Las depresiones unipolares no tienen una fase maniaca.

Síntomas de los trastornos depresivos

No todos experimentan la depresión de la misma manera, los síntomas varían según las personas.

La depresión puede ser calificada como leve, moderada o grave, dependiendo de la cantidad e intensidad de sus síntomas.

Síntomas de trastorno depresivo mayor

- Estado de ánimo decaído, ansioso o “vacío” en forma persistente.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar “en cámara lenta”.
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario, comer más de la cuenta y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud e irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no respondan al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y dolores crónicos.

Síntomas de trastorno distímico

Las características asociadas al trastorno distímico son parecidas a las de un episodio depresivo mayor. Varios estudios sugieren que los síntomas más frecuentes encontrados en el trastorno distímico son:

- Sentimientos de incompetencia.
- Pérdida generalizada de interés o placer.
- Aislamiento social.
- Sentimientos de culpa o tristeza referentes al pasado.
- Sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva.
- Descenso de la actividad, la eficiencia y la productividad.

En general, los adolescentes con un trastorno distímico son irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima y escasas habilidades sociales, amén de ser pesimistas. En los adultos, las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico.

Síntomas de trastorno bipolar

El trastorno afectivo bipolar produce cambios del ánimo patológicos, los cuales van de manía a depresión, con una tendencia de aparecer y desaparecer espontáneamente. Tanto los episodios maníacos como los depresivos pueden predominar y producir algunos cambios en el estado de ánimo, cuyos patrones pueden ser cíclicos, comenzando a menudo con una manía que termina en una depresión profunda.

A algunas personas se les denomina cicladotes rápidos porque su ánimo puede cambiar varias veces en un día. Otros presentan lo que se llama “estados mixtos”, en donde los pensamientos depresivos pueden aparecer en un episodio de manía o viceversa.

Durante la fase depresiva el paciente presenta:

- Pérdida del autoestima.
- Ensimismamiento.
- Sentimientos de desesperanza o minusvalía.
- Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados.
- Fatiga (cansancio o aburrimiento) que dura semanas, hasta meses.
- Lentitud exagerada (inercia).
- Somnolencia diurna persistente.
- Insomnio.
- Problemas de concentración, fácil distracción por sucesos sin trascendencia.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Pérdida de apetito.
- Pérdida involuntaria de peso.
- Pensamientos anormales sobre la muerte.
- Pensamientos sobre el suicidio, planificación de suicidio o intentos de suicidio.
- Disminución del interés en las actividades diarias.
- Disminución del placer producido por las actividades cotidianas.

En la fase maníaca se presentan:

- Exaltación del estado de ánimo.
- Aumento de las actividades orientadas hacia metas.
- Ideas fugaces o pensamiento acelerado.
- Autoestima alta.
- Menor necesidad de dormir.
- Agitación.
- Logorrea (hablar más de lo usual o tener la necesidad de continuar hablando)
- Incremento en la actividad involuntaria (es decir, caminar de un lado para otro, torcer las manos) inquietud excesiva.
- Aumento involuntario de peso.

- Bajo control del temperamento.
- Patrón de comportamiento de irresponsabilidad extrema.
- Aumento en la actividad dirigida al plano social o sexual.
- Compromiso excesivo y dañino en actividades placenteras que tienen un gran potencial de producir consecuencias dolorosas (tener múltiples compañeros sexuales, consumir alcohol y drogas).
- Creencias falsas (delirios).
- Alucinaciones.

Los síntomas maníacos y depresivos se pueden dar simultáneamente o en una sucesión rápida en la denominada fase mixta.

Factores causales de la depresión

No existe una sola causa para la depresión ya que se puede dar por uno o varios factores. Algunas personas tienen mayor probabilidad de padecer depresión que otras. Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición.

Psicológicamente una depresión nace por estas causas:

- Cuando existen sentimientos de frustración y/o de culpabilidad, éstos siempre están sostenidos por la rabia.
- La rabia nace contra el Yo de la persona, o contra el Tú. Dado que lo propio de la rabia es agredir, por rabia se entenderán conductas de autoagresión (cuando sea contra el mismo Yo), y de extra-agresión (si va contra el Tú). Se puede decir que la rabia obliga a adoptar conductas un tanto cuanto masoquistas o sádicas.
- Al darse cuenta de que se está actuando mal, surge en la conciencia que se es malo. Y el que es malo siempre busca un castigo.
- Como deprimido, por más castigo que se consiga, seguirá sintiéndose malo, aumentará sus sentimientos primeros: frustración y/o culpabilidad, con una rabia cada vez mayor. El círculo vicioso se turnará entonces cada vez más profundo y con mayores exigencias: más rabia, más autoagresión, más necesidad de castigo.

- Esto se puede describir como un auténtico “calvario” para quien lo sufre. Quizá la máxima y más común consecuencia sea la pérdida total de autoestima. Además, el ánimo depresivo destruye toda esperanza, esencia misma de la vida humana, por lo que destruye también el deseo de vivir. Esto favorece la sensación de vacío, la autodestructividad, la devaluación de la empatía humana y la violencia creciente de nuestra actual civilización.

Factores no psicológicos:

- **Herencia:** existe un mayor riesgo de padecer depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que puede existir una tendencia biológica.

Este riesgo es mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar al respecto tendrán la enfermedad.

Factores Bioquímicos: se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos.

Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas del cerebro, conocidas como neurotransmisores. Estas principalmente son serotonina, acetilcolina, catecolaminas (que constan de la dopamina, noradrenalina y epinefrina llamada adrenalina).

La serotonina es un neurotransmisor, por lo general una proteína, que se encarga de efectuar las conexiones entre las diferentes neuronas que constituyen en su conjunto el cerebro, esta sustancia establece un balance con los demás neurotransmisores como la dopamina y la noradrenalina, que están asociados con el miedo, la angustia, ansiedad, problemas alimenticios y trastornos del sueño.

En ese sentido, la falta de ésta es uno de los principales factores que provoca la depresión.

- **Situaciones estresantes:** muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultad financiera, divorcio, ser víctima de un delito violento, verse metido en un gran desastre o presenciar la muerte violenta de otra persona.

- Estas experiencias pueden ocasionar síntomas de depresión en la persona, pues es normal que su estado de ánimo cambie por algún tiempo pero no quiere decir que esté deprimida, solamente si los sentimientos se llegarán a prolongar por un periodo bastante largo entonces se puede hablar de una enfermedad depresiva propiamente dicha.

- **Estacionalidad-trastorno afectivo estacional:** Se ha observado que hay quienes desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos.

Es posible que la reducción de horas de luz afecte el equilibrio de ciertos compuestos químicos del cerebro, dando lugar a síntomas de depresión.

- **Depresión enmascarada:** se ha sugerido que tal vez exista un tipo de depresión que pase desapercibida, pues los síntomas son muy parecidos a otras enfermedades mentales. El enfermo muestra síntomas físicos, pero frecuentemente no se detectan los psicológicos. Esto ha hecho que los especialistas se inclinen a que pueda tratarse de una depresión enmascarada.

Es posible que el paciente no se sienta triste ni deprimido, incluso puede mostrarse alegre. Al enfermo lo aqueja una dolencia aparentemente física, como indigestión, dolor y ardor en la boca del estómago, dolores musculares o articulares, entre otros síntomas.

Sin embargo, las personas que sufren este síndrome son reacias a aceptar un diagnóstico. En general todavía existe la creencia de que una enfermedad física es “real”, mientras una enfermedad psiquiátrica es de algún modo “imaginaria”.

- **Personalidad:** las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva, son más propensas a padecer depresión.

Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas.

Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo.

La depresión es curable, pero requiere de un tratamiento, pues si la persona no atiende esta enfermedad la situación empeorará a lo largo del tiempo. Hay personas que padecen varias crisis depresivas a lo largo de su vida, hay otras que solamente han presentado un solo episodio y no han tenido recaídas posteriormente.

En general, esta diferencia se da porque quienes han evitado un segundo episodio realizaron un tratamiento que les permitió conocerse a ellos mismos, cambiar su forma de abordar los problemas y situaciones de su vida, además de modificar las conductas y acciones que dejan el camino abierto para la depresión.

Consecuencias

Cuando se padece depresión, el pasado y el futuro quedan por completo absorbidos por el presente; no se puede imaginar un futuro en el cual se pueda llegar a sentirse mejor. La depresión nos coloca en una situación en la que carecemos de perspectiva, estamos inmersos en el sentimiento de desesperanza presente.

El estar deprimido conlleva una manera determinada de ver el mundo, independientemente de cuáles sean los motivos que originaron la enfermedad.

Para romper con este tipo de razonamiento es necesario que un profesional ayude al paciente a que pueda modificar sus estados de ánimo. Salir de esta enfermedad requiere de un tratamiento, de lo contrario los síntomas se van agravando y una depresión no tratada puede desencadenar una depresión mayor o llegar posiblemente al suicidio.

Por su parte, el doctor Carlos Viesca subrayó que la depresión no es obligadamente un camino al suicidio, “existen casos de gente cuya vida no es depresiva y son las que se suicidan a la mínima oportunidad, quizá por falta de entrenamiento de aguantar frustraciones”.

Hay personas que amenazan con suicidarse y hay otras que no formulan ninguna amenaza y sencillamente se suicidan. Se deben tomar en serio ambos casos.

Por suerte, aunque puede que el alivio que ofrece el suicidio atraiga a quienes padecen depresión, generalmente carecen de la energía necesaria para poner sus deseos en práctica. La depresión induce a algunas personas a creer que son tan insignificantes, que no se merecen escapar de esa manera y que es necesario seguir sufriendo.

Precisa que “muchas veces cuando ya se llegó al colmo de la depresión y se comienza con el tratamiento, el enfermo empieza a tener fuerza y ése es el momento de máximo peligro de riesgo suicida. Cuando se llega al límite no pueden hacer nada están paralizados, pero hay que tener mucho cuidado pues cuando empieza el tratamiento es cuando se suicidan”.

Lo irónico es que al mejorar aparentemente, algunas de ellas adquieren fuerza para suicidarse. Sus seres queridos se quedan muy confundidos porque pensaban que la persona estaba mejorando.

Las personas que estén verdaderamente decididas a suicidarse no hablarán de sus planes con nadie porque temen que les impidan llevar a cabo su propósito.

A menudo se escoge el suicidio como única escapatoria de una persona deprimida cuando ya no puede seguir tolerando la vida tal como es. A veces se debe a que creen que ya no pueden cumplir ninguna función útil en la vida y presentan una carga para las personas queridas, los amigos o la sociedad.

En ocasiones el suicidio puede ser un último acto de agresión dirigido contra las personas que el suicida piensa que no le permitan cambiar.

Un intento de suicidio frustrado puede verse como una llamada de ayuda real. Al tratar de suicidarse, la persona deprimida ya ha dejado atrás el punto en el que cabe esperar que se ayude a sí misma. Necesita ayuda, es decir, asistencia médica, la aceptación y el apoyo de sus allegados. Necesita que se la tomen en serio.

El doctor Ernesto Lamoglia en su libro *Las máscaras de la depresión* presenta un cuestionario elaborado con la finalidad de detectar los posibles síntomas de un estado depresivo y de esa manera el afectado pueda solicitar ayuda.

A continuación se presentan dos autoevaluaciones, las cuales tienen el propósito de que la persona que las realice conozca qué grado de depresión padece, por lo cual quien se dé a la tarea de contestarlas debe responder de la manera más honesta posible, de lo contrario el ejercicio será inútil.

AUTOEVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN

	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca	PUNTOS
1. Me interesan y entretienen diversas actividades y pasatiempos	0	1	2	3	
2. Me siento abatido y triste, lo veo todo negro	3	2	1	0	
3. Me gustaría gritar	3	2	1	0	
4. Soy muy sensible a las críticas	3	2	1	0	

5. Me siento a salvo	0	1	2	3	
6. Tengo crisis de llanto o tengo ganas de llorar	3	2	1	0	
7. Me despierto muy pronto y no consigo conciliar el sueño	3	2	1	0	
8. Me gusta contemplar y estar con personas atractivas	0	1	2	3	
9. Por las mañanas me siento fatal	3	2	1	0	
10. Me alegran las mismas cosas de antes	0	1	2	3	
11. Me siento fatigado sin motivo	3	2	1	0	
12. Me ofendo por cosas insignificantes	3	2	1	0	
13. Miro el futuro con esperanza	0	1	2	3	
14. Me resulta difícil hallar tranquilidad y estar quieto en una silla	3	2	1	0	
15. Tengo constantes dolores de cabeza	3	2	1	0	
16. Pierdo la calma con facilidad	3	2	1	0	
17. Me cuesta tomar decisiones	3	2	1	0	
18. Como tanto como antes	0	1	2	3	
19. No le encuentro sentido a la vida	3	2	1	0	
20. Me siento completamente inútil	3	2	1	0	
21. Estoy satisfecho con mi vida	0	1	2	3	
22. Me resulta difícil concentrarme y tener las ideas claras	3	2	1	0	
23. No me encuentro bien por las noches	3	2	1	0	
24. Tengo ideas negativas	3	2	1	0	

25. He notado que estoy perdiendo peso	3	2	1	0	
26. Soy asustadizo y miedoso	3	2	1	0	
27. Tengo miedo de desmoronarme	3	2	1	0	
28. Me siento seguro de mí mismo	0	1	2	3	
29. Mi corazón late más aprisa que de costumbre	3	2	1	0	
30. No puedo ocuparme también de los problemas de los demás	3	2	1	0	
31. Parece que sólo veo el lado negativo de las cosas	3	2	1	0	
32. Estoy irritable	3	2	1	0	
33. Me hago reproches	3	2	1	0	
34. Necesito mucho tiempo para resolver los quehaceres diarios	3	2	1	0	
35. Me alegran muchas cosas	0	1	2	3	
36. Siento remordimientos, me siento muy culpable	3	2	1	0	
37. Pienso en la muerte	3	2	1	0	
38. Me siento agotado	3	2	1	0	
39. Me siento mareado y siento la cabeza pesada	3	2	1	0	
40. Saco conclusiones aceleradas	3	2	1	0	
41. Creo que los demás estarían mejor sin mi	3	2	1	0	
42. Estoy muy bajo de ánimos	3	2	1	0	

PUNTUACIÓN TOTAL _____

Evaluación.

Hasta 63 puntos. Se encuentra en el rango superior de la normalidad y el riesgo de padecer una depresión es mínimo.

De 64 a 74 puntos. Quizá padezca una depresión moderada mostrando claros síntomas que podría conducirlo a una depresión grave. Si siente que la situación se agrava no dude en consultar a un psiquiatra.

De 75 puntos en adelante. Presenta ya una depresión grave. No es posible salir de esta situación sin ayuda especializada, acuda al psiquiatra cuanto antes.

PRUEBA DE ESTABILIDAD EMOCIONAL ¿TIENE CRISIS DE ANSIEDAD, MIEDOS, FOBIAS O ESTRÉS?

	Casi siempre	A menudo	A veces	Nunca	PUNTOS
1. Padezco dolores de cabeza	3	2	1	0	
2. Puedo relajarme con facilidad	0	1	2	3	
3. Me tiemblan las rodillas	3	2	1	0	
4. Me interesa el sexo	0	1	2	3	
5. Tengo miedo de morir	3	2	1	0	
6. Me aquejan dolores musculares y reumáticos	3	2	1	0	
7. Me hago reproches	3	2	1	0	
8. Las personas son amables conmigo	0	1	2	3	
9. Me resulta difícil conciliar el sueño	3	2	1	0	
10. Tengo dificultades para tomar decisiones	3	2	1	0	
11. Temo perder el control	3	2	1	0	
12. Padezco palpitaciones o se me acelera el corazón	3	2	1	0	
13. Me siento solo, incluso cuando estoy acompañado	3	2	1	0	
14. Temo que me va a suceder lo peor	3	2	1	0	
15. Sufro náuseas e indigestiones	3	2	1	0	

16. Sospecho que la gente me observa y habla de mi a mis espaldas	3	2	1	0	
17. Debo cerciorarme de haber hecho todo correctamente	3	2	1	0	
18. Pienso que no le agrado a los demás	3	2	1	0	
19. Creo que los demás no me comprenden	3	2	1	0	
20. Me asusto sin motivo aparente	3	2	1	0	
21. Me siento sin energía	3	2	1	0	
22. Actué con torpeza cuando trato con personas de otro sexo	3	2	1	0	
23. Me excito o irrito fácilmente	3	2	1	0	
24. Me da miedo salir de casa	3	2	1	0	
25. Me resulta extremadamente difícil emprender cualquier actividad	3	2	1	0	
26. Creo que hay personas que conocen mis pensamientos secretos	3	2	1	0	

PUNTUACIÓN FINAL _____

Evaluación

Menos de 30 puntos. Usted muestra estabilidad y seguridad en sí mismo, tanto en su trato cotidiano con los demás como en situaciones críticas de la vida.

De 30 a 39 puntos. Usted muestra algunos indicios que podrían predecir a un ataque de ansiedad. Vigile las palpitaciones, la sudoración y la tensión muscular. Si usted teme perder el control, sufrir un ataque cardiaco o pasar por el trance de la muerte, se encuentra en una fase peligrosa, quizá crítica. Si tiene la sensación de que sus miedos lo dominan y se siente incapaz de afrontarlos y además reduce sus movimientos, busque ayuda médica.

De 40 puntos en adelante. Usted necesita tratamiento de manera urgente. Acuda con un especialista calificado y sepa que los miedos pueden ser atacados con rapidez y sin problema con un tratamiento psicoterapéutico.

Es importante clasificar cuando una persona padece depresión, el hecho de que atraviese por algún momento de tristeza no quiere decir que tenga alguna enfermedad depresiva.

En promedio los jóvenes perciben un mundo diferente a partir de los 13 años, cuando está desubicado por una falta de identidad (pues ya no es un niño, pero tampoco una persona madura), por lo que al estar confundido tiende a sentirse solo y triste en un mundo en el cual cree que nadie lo comprende y donde la vida sería lo mismo con o sin él.

Los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o que tienen poco control de los eventos negativos por los que llegan a atravesar en esa etapa de su vida son los que sufren más riesgo de deprimirse.

La depresión no es una enfermedad sencilla de tratar. Cualquier episodio depresivo, aunque sea leve responderá adecuadamente si se obtiene un tratamiento médico, farmacológico, psicoterapéutico, debidamente prescrito.

“La tristeza es una emoción normal y sana; la depresión es una enfermedad.

El problema estriba en comprender y reconocer la diferencia”.

Doctor David G. Fassler

Una sociedad joven deprimida en el nuevo siglo

Actualmente va en aumento el número de personas (en particular adolescentes) que padecen depresión. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2020 se convertirá en la segunda causa de incapacidad laboral, por encima de los trastornos cardiovasculares.

De acuerdo con un informe del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” (INPRF), se estima que en México “los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad”.

Según el estudio “Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México”, del año 2000, cuatro de las 10 enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas: depresión, esquizofrenia, obsesión-compulsión y alcoholismo.

El documento destaca que problemas sociales como la pobreza, la violencia, el aumento en el uso de drogas y el envejecimiento de la población, entre otros factores, incrementan el número de enfermos que hasta el momento, se calcula en un 15% de la población mexicana.

México no ha escapado de esta tendencia y hoy se estima que uno de cada 20 mexicanos padece de este mal. La forma de vida que actualmente llevamos incide en el desarrollo de la depresión; la contaminación visual, auditiva y sensorial, el tráfico, la lucha laboral y la búsqueda de estatus o poder, los problemas económicos, los desacuerdos de pareja, la falta de la

misma y las disfunciones sexuales, entre otras, son las causales de episodios depresivos.

La depresión juvenil es un trastorno que se presenta durante los años de la adolescencia y se caracteriza por sentimientos duraderos de tristeza y desánimo, acompañado de pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades comunes.

Además, la depresión puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés, por lo cual, la mayoría de los adolescentes llegan a atravesar por este estado de ánimo, ya que por naturaleza frecuentemente tienen contextos de tensión y ansiedad, que puede llevarlos a un estado de depresión transitoria.

Todo ello es consecuencia del proceso normal de maduración y del estrés generado por las hormonas y los conflictos de dependencia con los padres. Hablar de adolescencia es referirse a un periodo específico de la vida en donde se manifiestan bastantes problemas motivados por ese estado de transición hacia la madurez, para convertirse en jóvenes.

La depresión también puede ser una reacción a un suceso perturbador, puede obedecer a un acontecimiento inesperado que impactó la vida del joven, como la muerte de un familiar o amigo, la ruptura de una relación de noviazgo o el fracaso académico.

Asimismo, los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos y que tienen poco sentido de control sobre los eventos negativos, presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan eventos generadores de estrés.

Los adolescentes que no tienen la fuerza necesaria para saber manejar las situaciones negativas por las que atraviesa cualquier ser humano pueden llegar a un estado depresivo.

En resumen, existen dos contextos que pueden ocasionar la depresión en los jóvenes: el contexto natural por el cual pasa el adolescente debido a los

cambios hormonales y físicos que ya se mencionaron, y el contexto social, que puede acentuar la tendencia a un estado estresante y depresivo por el cual el joven puede estar pasando. Ambas, aunque son circunstancias diferentes, pueden presentarse al mismo tiempo, en la misma persona.

Opiniones de los jóvenes acerca de la depresión

La depresión en los adolescentes se manifiesta de diversas formas. Muchos padres no la reconocen ya que piensan que son fases por las que todos los jóvenes atraviesan, pero la realidad es otra. La depresión puede ser tan seria y masiva que, sin intervención, puede acabar con el deseo de vivir de los adolescentes.

“No le ves sentido a la vida. Cuando se murió mi mamá, todo cambio por completo en menos de una semana, quisiera irme con ella”, Daniela, 16 años.

“Llorar no sirve de nada, aun en el supuesto de que sea capaz de llorar. Además, a todas las personas que me rodean les cuesta trabajo comprender cómo me siento y la verdad, no tengo energía ni voluntad para explicarlo”, Liliana, 18 años.

Las conductas más comunes relacionadas con la depresión son: aislamiento de la familia, amigos, deportes, trabajo, escuela; conducta agresiva como golpear paredes, puertas, romper cosas; peleas constantes con los padres, amigos, hermanos.

“Ya no quiero ir a la escuela, siempre estoy solo, mis amigos ya ni me buscan, no le intereso a nadie. Mis papás trabajan todo el día y creo que para ellos tampoco soy importante, nunca tienen tiempo para mí”, Diego, 15 años.

“Las cosas que antes te importaban ahora te son indiferentes. Si en otro tiempo ir a la escuela era una satisfacción, ahora no lo es. Por más que trates de persuadirte de que tiene importancia...no la tiene”, Jonathan, 17 años.

No les dan ganas de nada desde levantarse de la cama en la mañana, hasta no involucrarse en las actividades diarias; desaparición de autoestima o pensamientos de que nada nunca les saldrá bien, o ideas de que son malos y no merecen ser rescatados.

“Te sientes cansada, te acuestas temprano porque te aburres, te despiertas temprano, pero no sientes el menor deseo de hacer algo en el día que empieza. Los días no ofrecen ninguna promesa, no hay nada que esperes con impaciencia”, Jazmín, 17 años.

Ya en casos extremos los jóvenes no desean salir de sus cuartos y sufren un dolor interno, intenso y desgarrador. Tienen explosiones de ira y van de la sonrisa a la rabia en cuestión de segundos. Muchos tratan de usar alcohol o drogas para anestesiar el dolor.

“Me siento con mucha flojera, no quiero salir a la calle, no me interesa arreglarme, hay veces que pienso que no debería estar aquí, trato de desahogarme, lloro mucho, pero ni así logro quitarme la tristeza tan grande que siento”, Jessica, 17 años.

Otros adolescentes recurren a cortarse, mutilarse la piel, concentrándose en el dolor físico olvidando así el dolor emocional.

“Haces cualquier cosa por no querer sentir, estás agotada de tanto sentir...sentirte desesperada, impotente, sola. Sencillamente no quieres preocuparte por nada, porque preocuparte es sentir. Si sientes te harás daño. Por eso abandonas las cosas buenas de la vida. Te cuestionas ¿para qué?. La respuesta es: no tiene caso”, Claudia, 19 años.

Los adolescentes no desean sentirse o actuar así y muchos pelean con todas sus fuerzas en contra de estos sentimientos, tratando de que no se apoderen de ellos.

“Esto es una cárcel sentimental muy agobiante. Necesito cariño, necesito sentirme querida. Me estoy muriendo en vida, me ahogo y me cuesta mucho trabajo pedir ayuda”, Mónica, 15 años.

Es vital que los padres entiendan que los jóvenes no pueden salir de esta enfermedad solos, que necesitan de su amor, apoyo, ayuda, aceptación y no de su rabia, frustración, coraje y castigos.

“Estoy rodeado de gente que dice que me quiere, pero yo me siento muy solo, soy incapaz de recibir y de dar cariño”, Alejandro, 18 años.

Es necesario trabajar en equipo con un adolescente deprimido, es indispensable estar en comunicación con él, que sienta que las personas que lo rodean lo apoyan, que no está sólo y que la pelea contra esta enfermedad la ganará.

“Te dan deseos de matarte y terminar con todo de una vez, pero tus seres queridos no te lo permitirán, deseas tener alguna enfermedad incurable para abandonar la lucha y escaparte sin sentirte culpable por hacerles daño a las personas que quieres”, Juan Antonio, 16 años.

La intervención de un psiquiatra, psicólogo, maestros, amigos, familiares será necesaria para ayudar a los adolescentes a vencer la depresión.

“Nadie me entiende, todos me dicen: ‘échale ganas, tú puedes, estás así porque quieres’, pero nadie sabe el sufrimiento que llevo dentro, me siento como preso dentro de mí”, Hugo, 18 años.

Es una señal de alerta ver a un adolescente sin ganas de hacer nada, se tiene que actuar de inmediato, no hay que esperar a que las cosas se salgan de control y se lamente una decisión mal tomada.

“Siento que no vale la pena hacer nada, para qué lo hago si ya me quiero morir”, Kenia, 18 años.

Si la gente que rodea al enfermo cree que ha hecho todo lo que esta al alcance para que el joven no tome una decisión arrebatada, eso es una alarma de que se debe buscar quizá otro tipo de ayuda más severa, tal vez hasta dos

o tres al mismo tiempo, todo con tal de aliviar un poco el dolor del alma por la que atraviesa.

“Después de pasar por años de tratamiento y estar drogada con antidepresivos, me he dado cuenta que lo que siento en realidad no tiene cura como me ha hecho creer el psiquiatra. El dolor, la tristeza, la desesperación, la angustia y, sobre todo, las ganas de morirme, siguen aquí y nunca me dejarán, hasta que me muera, Lorena, 19 años.

No cabe duda que el sufrir depresión en la adolescencia es un calvario, “la depresión es más dolorosa que una fractura de pierna y que cualquiera otra cosa física, es algo que te carcome vivo y realmente te puedo decir que esto es estar muerto en vida”, Enrique, 19 años.

La muerte de un ser querido también es insoportable para ellos, es una pérdida que si no es tratada debidamente puede ocasionar estragos en sus vidas.

“Mis papás se separaron cuando yo tenía como tres años, nunca conviví con mi papá. Después de la muerte de mi mamá, me tuve que ir a vivir con él, pero de nada sirvió, por su trabajo nunca está; la mayor parte del tiempo me la paso sola, a nadie de importo. Extraño mucho a mi mamá”, Mariana, 17 años.

“Mi mamá siempre se preocupó por mí y ahora que no está me siento muy triste, ya no quiero estar aquí, además ya no me importa nada”, Jorge, 16 años.

La familia, un vínculo fundamental para combatir la depresión

La depresión es casi incomprensible para aquellos que no la han sufrido, es una enfermedad que provoca mucha frustración, tanto para los familiares como para quien la padece. Las situaciones más fáciles y simples de la vida cotidiana son obstáculos insalvables para el deprimido.

Los trastornos depresivos hacen que las personas se cansen, se sientan exhaustas, inútiles, desesperadas y hasta desamparadas, y a consecuencia de

esas maneras negativas de pensar y sentir (de familiares y amigos) los jóvenes deprimidos quieren darse por vencidos.

“La convivencia con una persona deprimida es sumamente difícil, pues la mayoría de las veces no sabemos cómo ayudarlo, y paradójicamente solemos actuar de la forma errónea”, señaló Marisol (así pidió que la llamáramos), familiar de un adolescente deprimido con un intento de suicidio.

Para empezar se debe considerar que la depresión es una enfermedad que ni la misma persona que la está viviendo la puede explicar, por eso nunca se deben hacer preguntas ni expresiones como: “¿qué es lo que te ocurre? ¿por qué te encuentras así? Algo debe haberte pasado, ¡anímate!, no ha de ser para tanto, todo tiene solución en esta vida...menos la muerte”, cuando lo que ellos quieren es precisamente morirse.

Las personas que se encuentran deprimidas sienten tristeza, pena, amargura, desesperanza, culpabilidad y apatía, entre otras sensaciones, sin que haya ocurrido nada que justifique tales sentimientos, es como sentir dentro de sí un gran vacío. Pero el razonamiento humano siempre intenta buscar una razón para todo, incluso para justificar lo injustificable, por lo que también el deprimido buscará un motivo para explicar su estado, para justificarse ante sí mismo y ante los que le rodean, aunque esa causa la mayoría de las veces sea falsa.

Quienes rodean y quieren a la persona deprimida intentan consolarla a toda costa, lo que suele ser perjudicial, pues a la larga éstos acaban incluso enfadándose con ella, mientras éste se siente cada vez más desesperado.

“Mis amigos ya no me buscan, antes me sentía menos mal porque cuando me invitaban a algún lado yo podía decidir y decía no quiero, pues no tenía ganas, pero ahora ya ni me hablan, ni me toman en cuenta para nada, me siento peor que antes, ahora tengo más ganas de morirme, pues ahora menos les importo”, comentó Diego, de 15 años.

Agregó, “en verdad si pudiera explicar qué pasa en mí quizá me entendería un poco, pero como no puedo salir del hoyo, hasta se enojaron

conmigo, y siendo sincero me siento peor ahorita, me dan más ganas de morirme”.

Hay que evitar a toda costa enfadarse con la persona deprimida, ya que estas situaciones desagradables aumentan sus sentimientos de culpa, empeorando aún más la situación.

Hay que recordar siempre que la depresión es una enfermedad, por tanto quien la sufre no está así por gusto, ni depende de ella salir de la misma, lo mejor que se puede hacer es no amargarle más la existencia con frasecitas como: “¡anímate!, tienes que poner de tu parte ¡arréglate!, sal a dar una vuelta, ve al cine”, sin pensar que para el deprimido todo, absolutamente todo, le parece fatal, y al oír estas palabras es cuando más se siente incomprendido por quienes lo rodean.

Sin lugar a duda, las personas que están cerca del deprimido también suelen estar destrozadas, pues sufren ver a un ser querido en esa situación, y a la vez, se sienten impotentes porque no saben qué hacer, cómo actuar, ni a dónde ir.

Sin embargo. Hay situaciones totalmente contrarias a lo anterior ya que también existen familiares y amigos que se tornan egoístas y abandonan al deprimido a su propia suerte.

Y es que el deprimido en su desesperación puede llegar a cansar a quienes le rodean. La familia especialmente debe ser fuerte por el bien de todos y evitar cualquier pensamiento o sentimiento de culpabilidad para no caer a su vez en una especie de depresión reactiva.

Lo mejor de todo es mantener la serenidad y no dejarse esclavizar por la persona deprimida, hay que demostrarle cariño, pero sin agobiar, hay que lograr el equilibrio (aunque resulte difícil) para que no se sienta ni abandonada, ni acosada, recordando que el deprimido siente la necesidad de estar muchos ratos solo consigo mismo, por lo que se tiene que estar alerta de las diversas etapas o variaciones por las que atraviesa.

“Lo más importante que alguien puede hacer por la persona deprimida es ayudarlo a que reciban un diagnóstico y tratamiento adecuado”, recordó la psicóloga Guadalupe Aranda.

El encargado de hacer el diagnóstico es un especialista en la materia, en caso de que sea un psiquiatra, éste debe recetar el medicamento más adecuado de acuerdo con los síntomas de la persona.

Es muy bueno que un familiar o amigo acompañe a la persona deprimida al médico y en ocasiones es necesario asegurarse que el enfermo esté tomando los medicamentos.

No se debe sugerir medicamentos al enfermo, el hecho de que existan excelentes medicinas no quiere decir que se pueda recomendar a la ligera. Eso nunca se debe hacer, ya que es muy riesgoso y puede resultar contraproducente.

Es muy importante brindar apoyo emocional. Esto implica comprensión, paciencia, afecto y estímulo. Buscar la forma de conversar y escuchar con atención, sin juzgar. No minimizar los sentimientos que la persona exprese y ofrecer esperanza.

Los jóvenes deprimidos necesitan que los demás reconozcan sus sentimientos, requieren que se les permita sentir, durante todo el tiempo que lo necesiten, no se les debe llevar la contraria, ni mencionar frases como “no seas tonto (a), ánimo, échale ganas, tú puedes”, etc., no servirán de nada.

Igual de importante es no ignorar comentarios o alusiones al suicidio. Se debe informar al terapeuta si la persona deprimida hace comentarios sobre la muerte o el suicidio.

Es buena opción invitar (hay que recordar el verbo invitar) al joven deprimido a caminar, pasear, ir al cine y hacer otras actividades, persistir con delicadeza si la invitación es rechazada, fomentar la participación del enfermo en actividades que antes le daban placer, como pasatiempos, deportes actividades culturales, etc.

No se debe forzar a la persona a hacer demasiadas cosas en un corto tiempo, los jóvenes con depresión necesitan diversión y compañía, pero exigirles mucho puede aumentar su sentimiento de fracaso.

Hay mucho qué ofrecerle a la persona que se deprime. “Es muy importante no quedarnos con los brazos cruzados cuando vemos a una persona o hacer referencia a ella con frases como „ya salió éste otra vez con su depresión, ya está con ese estado de ánimo triste, ojalá y ya deje eso’. Tal vez esa persona realmente esté necesitando tratamiento médico”, mencionó la también terapeuta, Guadalupe Aranda.

Señaló “siempre hay una salida para la depresión. En especial para aquellos adolescentes que se han sentido deprimidos, tristes y que se sienten vencidos por ese tipo de pensamientos, quiero decirles que hay solución para todo esto, el asunto es que se dejen ayudar, que realmente busquen ayuda con las personas adecuadas y verán que sí es posible salir de todo esto”.

Apuntó que hay síntomas característicos de la depresión juvenil:

- Estados de ánimo triste o irritable de forma constante y permanente.
- Mal genio o irritación fácil.
- Pérdida de interés: hay una apatía ante las actividades que tiene que estar desarrollando en su diario vivir. Un adolescente normalmente debe de estar atendiendo sus estudios, quizá algún trabajo que le toque, alguna actividad propia en el hogar, y cuando hay una pérdida de interés en las actividades que le gusten, una apatía hacia los deportes o alguna actividad que disfrutaba, se está posiblemente ante un joven deprimido.
- Disminución del placer por las actividades diarias: es decir, no le ocasiona placer ir a la escuela, ni la relación con los amigos o con los hermanos, el que no tome en cuenta a los deportes, ésta es una característica básica de depresión en el adolescente.
- Incapacidad de disfrutar las actividades que solían ser placenteras; éste es un dato importante, cuando al joven le

gustaba practicar algún deporte, o platicar con algún amigo en particular, le gustaba leer, y ahora de repente vemos que ya no disfruta nada, ya no le atrae lo que le agradaba, se vuelve una persona apática.

- Y hay que tener mucho cuidado cuando un adolescente empieza a entregar pertenencias apreciadas a otras personas; cuando un joven se empieza a deshacer de objetos que él quiere mucho, de algún recuerdo que tiene, evidentemente esto es raro porque son cosas que siempre defendió.

En este último punto se tiene que estar muy pendiente porque nos está diciendo que hay un estado depresivo muy fuerte y quizá sea una persona que está pensando en el suicidio. Esta característica nunca debe de pasar por alto.

La posibilidad de suicidio, un intento, un comentario o una amenaza nunca se deben de ignorar. Lamentablemente, el suicidio en adolescentes y jóvenes se ha convertido en México en un problema de salud pública y cuando hablamos de esto, quiere decir que ya no es un problema raro, sino que ha ido en aumento.

Si hubiera un suicidio en nuestro país cada dos o tres años, no sería un problema de salud pública, sino más bien de un evento que sí sucede, pero es la excepción, o fue algo que quizá particularmente afectó a un joven en alguna ciudad, por algún motivo.

Pero cuando se sabe que en México, entre los 14 y los 19 años de edad el suicidio es la segunda causa de muerte, entonces ya no se está hablando de una excepción, hay que subrayar que la primera causa de muerte son los accidentes automovilísticos bajo los efectos del alcohol y la segunda causa de muerte, es el suicidio.

Las estadísticas son altas y preocupantes, por eso es importante tomar en cuenta a los jóvenes, lo que tienen, lo que quieren, por lo que atraviesan y principalmente cómo se sienten. De esta manera se podrían evitar trágicos desenlaces como el quitarse la vida por su propia mano.

La adolescencia es una etapa difícil, los jóvenes sufren una gran cantidad de cambios en todos los sentidos, físicos, mentales y escolares. Sus alegrías son más grandes, pero también sus tristezas son más profundas.

Al llegar a los 15 años, las mujeres tienen una probabilidad dos veces mayor que los varones de haber experimentado un episodio depresivo serio. Esto ocurre en un momento durante la adolescencia en el que los roles y las expectativas cambian drásticamente. Los factores de estrés durante la adolescencia incluyen la formación de una identidad, la sexualidad en desarrollo, la separación de los padres, así como la toma de decisiones por primera vez.

Todo esto se suma a los cambios físicos, intelectuales y hormonales. Estos factores son diferentes en los varones por ello las mujeres son más propensas a estos episodios de depresión, trastornos de ansiedad y de alimentación.

Algunos factores de riesgo para desarrollar depresión en la mujer tienen que ver con el lugar que ocupa en la sociedad, la repetición de patrones sociales a lo largo de varias generaciones, como la dependencia que tiene del hombre, la pasividad ante aspectos de la pareja que no se comparten.

Asimismo “la supresión del enojo y la sumisión, así como la poca importancia que se da a su educación, que la mujer tiene más responsabilidades que el hombre, la frecuencia con que ésta es víctima de violencia durante su vida, sucesos traumáticos como violaciones y otras formas de abuso sexual, pueden contribuir a la incidencia creciente de la depresión en mujeres”, señaló la psicóloga Guadalupe Aranda.

Agregó, aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer, tiende a ser más fácil para admitir que sufre esta enfermedad. Por lo tanto, el diagnóstico es más complicado de lograrse, ellos pueden enmascarar esta enfermedad sumergiéndose en el alcohol y las drogas o trabajando en exceso.

Como en otros problemas sociales, la depresión afecta más a la población de escasos recursos, ya que los pobres tienen niveles mayores de estrés, desempleo, violencia y contrariedades todos los días.

La psicóloga y terapeuta Guadalupe Aranda dijo: “la depresión impacta a nivel económico en dos vertientes, en la productividad y en el gasto generado por el tratamiento que incluye medicamentos y sesiones de psicoterapia. Es un golpe muy fuerte para el bolsillo de personas en un nivel socioeconómico bajo, y si se llegan a atrever a tomar algún tratamiento lo dejan en poco tiempo, pues no les alcanza para solventar los gastos”.

Precisó que “una consulta vale alrededor de 200 pesos, por muy barata, pero el costo de los antidepresivos modernos, que son los ideales por no tener efectos secundarios en la mayoría de los pacientes, tienen un costo aproximado de entre 500 y 800 pesos al mes, aunque se pueden llegar a necesitar complementos que valen entre 200 o 300 pesos.

“Yo en lo personal llegó a dar consultas gratis; el problema es cuando creo que es recomendable que visiten a un psiquiatra, esto quiere decir que el gasto va a ser mayor, pero en verdad hay gente que viene tan mal que necesita de los medicamentos que recete éste especialista”, refirió.

Sin embargo, “si llegan a ir a alguna instancia pública, la consulta y los medicamentos no les costarán, aquí sólo tendrían que tener paciencia para que les den una cita y cuando lleguen a su primer consulta estar conscientes de que la próxima cita será mínimo en dos o tres meses”, explicó.

En países como México, los presupuestos asignados por los gobiernos para el tratamiento de enfermedades mentales son bajos, pues se considera que hay problemas de salud que requieren mayor atención. De esta forma, las personas que tienden a la depresión y se desenvuelven en niveles económicos bajos son quienes se ven más afectadas.

Temporadas propicias para la depresión

En el campo de las emociones hay dos periodos al año en los que se incrementan las consultas médicas por estados depresivos: el que corresponde a la entrada de la primavera (marzo, abril y mayo) y en diciembre.

Por lo anterior, resulta conveniente saber que los cambios climáticos también ejercen influencia en nuestro estado de ánimo, por ejemplo, es común que durante la primavera por efecto del calor y luz solar las personas sientan vitalidad y alegría, lo que no ocurre en invierno ya que, según afirman algunos investigadores, la falta de iluminación aunada a los cambios hormonales suelen ocasionar depresión. A este trastorno se le conoce como desorden afectivo estacional, el cual se manifiesta por primera vez en la adolescencia o edad adulta temprana, principalmente en mujeres.

En el mes de diciembre, el tipo de depresión es externa y los tipos de trastornos son reactivos, es decir, tienen que ver con las experiencias de la vida: el recuerdo de una infancia no muy agradable, estar solo, situaciones personales difíciles, el recuerdo de algún ser querido, las pérdidas en el transcurso del año, entre otros.

Este mes está saturado de estímulos, como regalos, luces, reuniones, fiestas y compras, lo que la persona percibe como agradables porque expresan alegría, paz, fraternidad. Esto quiere decir que se debe estar contento y los estados depresivos sobrevienen en contraste con la situación personal de recuerdos o la situación actual, pero eso no quiere decir que deje de haber un padecimiento de depresión.

La Confrontación

Es difícil y complicado hacer frente a una enfermedad mental como la depresión, es un padecimiento que complica la vida de las personas y en ocasiones hasta se las arrebatada de las manos, es como entregarle el ser a algo que no se conoce y al hacerlo se cae en un profundo agujero del cual quizá ya no se pueda salir.

Los trastornos depresivos hacen que la persona se sienta exhausta, inútil, desesperanzada y desamparada. Esa manera negativa de pensar y sentirse hace que los individuos quieran darse por vencidos, sin embargo, en algunas ocasiones los pensamientos negativos desaparecen cuando el tratamiento empieza a hacer efecto.

Mientras tanto, el paciente podría tener algunas alternativas como fijarse metas realistas, es decir, tomando en cuenta la depresión, y tratar de no asumir cantidades excesivas de responsabilidades; dividir las metas en partes pequeñas; establecer prioridades y hacer lo que pueda cuando pueda; tratar de estar acompañado y de confiar en alguna persona.

También es buena opción hacer ejercicio, ir al cine, ir a eventos deportivos, o participar en actividades recreativas, religiosas, sociales o de otro tipo. Todo puede ayudar de mucho al deprimido.

Suele pasar que en muchas ocasiones el paciente se desespera y quiere que su estado de ánimo mejore de inmediato. Esto es un proceso y debe tener en cuenta que sentirse mejor toma tiempo.

Es aconsejable que posponga las cosas importantes hasta que la depresión mejore o en su defecto, si el individuo cree que es indispensable tomar decisiones inmediatas como de trabajo, de escuela o en situaciones familiares, podría consultar con personas que lo conozcan bien y tengan una visión objetiva de la situación.

Los patrones positivos de pensamiento eventualmente van a remplazar los negativos, que son parte de la depresión. Estos últimos van a desaparecer tan pronto la depresión responda al tratamiento.

Los adolescentes con depresión siempre se van a sentir vulnerables y con miedos, sin embargo, los familiares y amigos son una parte indispensable para que se sientan mejor.

Lo más importante que alguien puede hacer por una persona deprimida es ayudarle a que reciba un diagnóstico y tratamiento adecuados, esto tal vez

implique que tenga que aconsejar al paciente para que no deje el mismo antes de que los síntomas puedan empezar a aminorar, lo cual puede durar varias semanas.

Tal vez implique ayudarlo a obtener un tratamiento diferente, si no se observa ninguna mejoría con el primero. En ocasiones puede requerir que el familiar o amigo haga una cita y acompañe a la persona deprimida al médico. Además, en ocasiones es necesario asegurarse que la persona deprimida esté tomando el medicamento.

Otro aspecto importante es dar apoyo emocional. Esto implica comprensión, paciencia, afecto y estímulo. Las personas cercanas al deprimido deben buscar la forma de conversar con él y escucharlo con atención. No se deben hacer menos los sentimientos que el paciente expresa aunque se debe hacerle ver la realidad.

Lo más importante es que no se deben dejar pasar por alto comentarios o alusiones al suicidio, si esto ocurre se tiene que informar inmediatamente al terapeuta. Para disuadir estos pensamientos se podría invitar al paciente a caminar, pasear, ir al cine, entre otras actividades.

Si las invitaciones son rechazadas es buena idea persistir, pero con delicadeza, la persona deprimida necesita diversión y compañía, pero demasiadas exigencias pueden aumentar su sentimiento de fracaso.

*“La vida es un precioso regalo y el pensar en terminar
con ella es algo que ningún libro puede explicar,
solamente una persona que lo ha intentado puede saberlo” N. A.*

SUICIDIO

El problema del suicidio es una cuestión demasiado compleja, porque no es simplemente un síntoma de una patología mental (probablemente como consecuencia de una depresión mayor), es mucho más que eso. EL SUICIDA, no es “un loco”, tampoco “un valiente”, mucho menos un “cobarde” es simplemente un individuo “normal”. Quien se suicida no busca autoagredirse, sino una salida a sus dificultades, una posibilidad de escapar de la profunda e infinita desesperanza, porque no soporta lo que está viviendo y el suicidio para esa persona se convierte en su última y única alternativa.

Al hablar de suicidio haremos referencia a todas aquellas conductas autodestructivas que de manera directa o indirecta, ponen en peligro la vida de una persona, sean voluntarias o involuntarias, activas o pasivas, conscientes o inconscientes.

Entendiendo que las personas que se suicidan de manera directa, voluntaria, activa o conscientemente son aquellas que sin rodeos atentan contra su vida, sin embargo, las que lo hacen indirecta, involuntaria, pasivas o inconscientemente son las que avisan que algo anda mal y que están pidiendo ayuda para no caer en la salida “equivocada”.

En entrevista, el director de la Antigua Escuela de Medicina, Carlos Viesca Treviño, comentó que “generalmente el suicida no dice nada y todo lo tiene planeado, un intento frustrado hace más sofisticado el siguiente para no fallar, el que avisa nunca se suicida a no ser que le falle, la falla es morirse, está avisando para que no lo dejen morir y a su vez está planteando un poquito de autoevaluación, me quieren no me dejan morir. El otro no avisa, se muere”.

El suicidio no es un acto que afecta únicamente a la persona que lo comete; las causas, los porqués y el mismo acto suicida tienen que ver con todo su entorno: los amigos, la familia, el médico, los testigos (si es que los hubo) y toda la sociedad.

La palabra suicidio se deriva del latín: *Sui*, a sí mismo y *Caedere*, matar.

A lo largo de la historia de la humanidad el suicidio ha ocupado un lugar importante dentro de la sociedad. En la época antigua, estaba permitido y hasta considerado un acto honroso, por esa razón los antiguos romanos admitían muchas razones para ponerlo en práctica. En el cristianismo el suicidio era considerado pecado, ya que estaba prohibido, además se castigaba con penas espirituales y a su familia con penas patrimoniales. Actualmente el suicidio está condenado por las religiones judía, cristiana e islámica.

Viesca Treviño detalló que en el mundo rural o indígena se hablaba del espanto o susto, en donde se dice que una persona está espantada porque le sucedió algo inesperado, como por ejemplo, encontrarse al muerto, o porque se le apareció un dios maléfico, o tuvo contacto con algunos espíritus protectores o seres sobrenaturales que se presentan de una manera brusca.

Lo que sucede es que hay un sobresalto, éste empuja una parte del alma llamada *tonalli* por la coronilla. Esta alma entra y sale del cuerpo, muchas veces regresa y otras no, de esto dependerá la gravedad. A las personas que les llega a pasar esto se ponen tristes, se van consumiendo y parecen no mejorar, en ocasiones llegan al suicidio.

En donde sí existe un componente importante del suicidio reconocido como un estado de ánimo especial es entre los mayas. En esta cultura existía la diosa del suicidio llamada *Ixtab*, esposa del dios muerte.

Agregó que los antiguos mayas creían que los suicidas se iban directamente al paraíso. Tenían una diosa especial que era la patrona de los que se habían privado de la vida ahorcándose, la llamaban *Ixtab*, diosa del suicidio. Puede verse esta diosa en el Códice de Dresde, donde aparece pendiente del cielo por medio de una cuerda que está enrollada a su cuello.

Tiene los ojos cerrados por la muerte, y en sus mejillas un círculo negro que representa la descomposición de la carne.

Emilie Durkheim, sociólogo francés, reconocido por ser una de las primeras personas dedicadas al estudio de este fenómeno social, nos dice en su obra clásica *El suicidio*: "...todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado. La tentativa es ese mismo acto, pero interrumpido antes de que sobrevenga la muerte".

Las sociedades modernas mantienen un nivel de suicidio muy elevado. Por otro lado, resulta mucho más fácil acceder a los medios necesarios para cometer un suicidio, con un mayor grado de acierto que en el pasado. Los medios tecnológicos necesarios, así como las sustancias tóxicas precisas, se encuentran fácilmente accesibles para toda la población.

El también historiador, Viesca Treviño precisó que desde hace unos 25 años, los suicidios más espantosos son en Japón. Los que se suicidan son niños de seis y siete años y lo hacen aventándose de la azotea de los edificios altos "la explicación que se ha dado a mi parecer es bastante lógica, se debe a una sociedad terriblemente competitiva, perfeccionista, agobiante y además con una gran discordancia".

Agregó que "en la familia se siguen teniendo costumbres tradicionales, ancestrales. La gente se viste en kimono, se quita los zapatos al entrar y salen a la selva de una cultura occidental de consumo brutal y de una gran velocidad que es absolutamente diferente y contraria a la que tienen en su casa".

Por lo anterior, "los niños no aguantan y que les queda, volverse unos desobligados absolutos o ser perfeccionistas en todo. Los intermedios sólo cuentan con algo que se llama riesgo suicida".

Añadió "esto es lo que quizá nos está empezando a pasar a nosotros, es una situación de la cultura moderna en donde se plantea que algunos no llegan a tener lo que quisieran".

En nuestra cultura, las expectativas del niño que se convierte en adolescente no son muchas por lo que cargan con una presión social, que no los deja liberarse, entonces llega la desesperación o peor aún la desesperanza y con ella muchas consecuencias como el suicidio, advirtió.

Aunque este tipo de actos todavía hoy en día se encuentran sometidos a una notable crítica social, lo cierto es que el fenómeno del suicidio se aborda desde una perspectiva psicosocial como la principal finalidad de comprender las razones profundas que impulsan a los individuos a cometer semejante acción.

Sigmund Freud explica que el suicidio es el término de una serie de vejaciones, condenas mortales y destrucción contra sí mismo, esto se debe a la manifestación de una serie de pulsiones de muerte que están constituidas por sentimientos de culpabilidad reprimidos.

La necesidad de suicidarse (porque suicidarse se convierte en necesidad), la puede padecer cualquier persona, ricos o pobres, creyentes o incrédulos, guapos o feos, cultos o incultos, solteros o casados, chaparros o altos, niños o ancianos, triunfadores o perdedores, aquellos que nacieron (afortunadamente) en una familia funcional, buena y unida o los que nacieron (desgraciadamente) en un hogar malo, desunido, sin respeto y sin amor, en pocas palabras el suicidio es totalmente democrático.

*“Las personas que se suicidan se sienten perseguidas por su propia tortura,
es su culpa la que los hace no estar en paz consigo mismos” N. A.*

Causas... ¡un grito de ayuda!

Aunque se supone que el ser humano cuenta con algo muy poderoso que se conoce como “razón”, eso no quiere decir que no va a tener pensamientos suicidas, cabe preguntar: ¿por qué se suicidan las personas? ¿Cuáles son esas causas tan poderosas que los impulsan a matarse? ¿Qué o quién nos puede explicar ese deseo tan grande de autodestrucción?

Sin lugar a duda podremos descubrir el detonante que impulsó a un ser humano a buscar su muerte, pero nunca descifraremos la causa real, la verdadera, la profunda que lo movió a realizar dicho acto, como tampoco podemos confiar en lo que pudo dejar escrito en su nota de despedida (si escribió alguna), pero con entrevistas a aquellas personas que intentaron suicidarse y no tuvieron éxito se han podido conocer las causas más frecuentes y comunes, pues el ser humano comienza a cometer suicidio antes de llegar a suicidarse y mucho antes de empezar a vivir ese posible detonante.

“Con seguridad alguien diría: los únicos expertos en el suicidio ya no están aquí para contarlos y nosotros estamos de acuerdo con esto. Desde este punto de vista no hay expertos en suicidio que nos digan como es, pero nosotros nos consideramos lo más cercano a un experto en suicidio. Trate de suicidarme y casi lo logro, así que creo ser lo más parecido a un experto” Anónimo, con varios intentos de suicidio.

Entre las causas que llevan a jóvenes adolescentes a quitarse la vida encontramos en primer lugar a la depresión pues se convierte en un pesar que no disminuye con el paso del tiempo, el deprimido sólo deja pasar a su cabeza pensamientos negativos, ve negro su entorno y su futuro, no hay una mínima luz de esperanza en él, lo que sí existe son ideas de “pecado”, de “culpa”, de “autoacusación”, la depresión trae consigo la pérdida de autoestima que puede

ser fatal. Por eso la Organización Mundial de la Salud reporta que el 80 por ciento de los suicidios son cometidos por personas deprimidas. El suicidio se da cuando la propia vida carece de sentido.

De esa manera, el doctor Carlos Viesca se pregunta ¿qué es lo que hay que buscar en este mundo? Los suicidas tienen que ver con la conservación de la vida. El suicidio no es una enfermedad ni tampoco es el resultado de la misma.

“Quizá debamos ver al suicidio como una situación o como una postura existencial, fundamentándolo o en el valor máximo de la vida o en la pérdida del valor de la vida. Si mi proyecto de vida ya llegó hasta donde podía llegar y ya no va a dar para más, eso me coloca en la posibilidad de quererme morir rápido frente a la inutilidad de lo que podría seguir”.

Consideró que en la psiquiatría moderna, sobre todo en la existencial, se ha demostrado que hay gente que se suicida para cumplir con un proyecto de vida.

Contó que “existe un caso muy conocido llamado ‘el caso de Ellen West’, ella era paciente de un psiquiatra muy famoso de nombre Ludwig Binswanger, esta mujer tenía un problema alimenticio, que hoy se conoce como bulimia. Todos sus psicoanálisis iban en función de ‘no puedo comer, me siento gorda, me pongo a dieta, sigo gorda, no debo comer, pero sigo gorda’, llega el momento que tiene varios internamientos”.

Precisó que “en una clínica recibe un tratamiento en el que analiza el porqué de su problema y se plantea ¿qué necesito para ser feliz? y se da cuenta que no puede ser feliz. Ellen West sabía lo que tenía que hacer. Comió felizmente, habló con su marido, escribió unas cartas y en la noche se suicida tomando una dosis de veneno y de esa forma resuelve su problema existencial”.

El doctor Viesca Treviño puntualizó que esto se ha vuelto un caso modelo para plantear cómo a veces la única salida es el suicidio. Porque de otro modo a Ellen West le esperaba la vida de seguir peleando con ella misma

y no le iba a quedar más remedio que vivir terriblemente infeliz y enferma. Entonces el suicidio se convierte en la liberación frente a una desesperanza.

En la lectura *Las máscaras de la depresión* el doctor Ernesto Lammoglia enfatizó que dentro de las enfermedades psiquiátricas como la depresión, los momentos con más riesgo es cuando disminuye la inhibición y la melancolía, es decir, el paciente deprimido parece empezar a mejorar, o bien, cuando se inicia el cuadro depresivo y todavía no nos hemos enterado. Los tres síntomas de depresión relacionados con el suicidio son:

- Insomnios
- Abandono del cuidado personal
- Deterioro cognitivo

La segunda enfermedad con un gran riesgo es la esquizofrenia y la tercera, el abuso de sustancias (alcohol y otras sustancias tóxicas)

El alcoholismo y la drogadicción son causas muy comunes, quien está intoxicado o alcoholizado sentirá que los problemas que tiene van en aumento por lo que le será más fácil encontrar una salida falsa a ellos. Estudios recientes demuestran que el abuso de estas sustancias aunado a una depresión profunda, lleva casi por necesidad, a la destrucción total, o sea el suicidio.

Son los adolescentes las personas que frecuentemente tienen más problemas con la escuela, con los padres o con los amigos, son más vulnerables a cualquier situación y muchos prefieren morir a enfrentar las posibles consecuencias. La mayoría de las veces son jóvenes que se encuentran mal emocionalmente, que tienen bajo rendimiento en la escuela, que actúan de manera violenta y que creen que nunca van a llegar a ser lo que sus padres o familiares desean. Aquí también se pueden mencionar a los adolescentes que han sido abandonados, maltratados o víctimas de abuso sexual, pues cargan con una gran dotación de culpas, resentimientos, vergüenza, soledad, aislamiento y hasta indiferencia por la vida, a

consecuencia de ello, fácilmente tendrán una depresión profunda y muchas veces un fuerte deseo de muerte.

La necesidad de castigo también es un papel muy importante en el deseo suicida. “Un joven de 16 años, llevaba dos intentos de suicidio y la idea la tenía constantemente en sus pensamientos. Vivía con la necesidad de autocastigo y estaba lleno de culpas, no podía aceptarse a sí mismo, su vida estaba llena de mentiras, cayó en manos del alcohol y la droga, había llegado a golpear a su mamá y a sus abuelos. Su sentimiento de culpa era tan grande y más aun el miedo a la vida. Definitivamente el suicidio era la manera ideal de pagar sus culpas, ejemplifica la psicóloga Guadalupe López.

Tener una vida familiar no grata, llena de frustraciones y problemas, es una de las causas más importantes que inducen al suicidio, sobre todo en la sociedad mexicana, donde tanto valor se le da a la familia.

“Susana era una chica de 17 años que sobresalía en todo lo que se proponía, pero aún en pleno siglo XXI, su padre era de la creencia de que las mujeres son para estar en casa, haciendo quehacer, cocinando y al servicio de los hombres, sin embargo, ella tomó la decisión de seguir estudiando, situación que a su padre no le gustó. Con la intención de que el padre aceptara su anhelo de ser una gran abogada, fue primer lugar de aprovechamiento, obtuvo medallas de primer lugar en natación y voleibol, pero en su casa sus logros no eran reconocidos.

“Su padre se hizo cada vez más fuerte con ella y le exigía más obligaciones en casa, sólo si hacía todas las tareas domésticas que él impusiera tenía derecho a ir a la escuela y realizar las actividades que ella disfrutaba. Llegó el momento en que ella dormía sólo un par de horas, pues terminaba a las tres o cuatro de la mañana de los quehaceres impuestos, despertaba a las cinco, sus clases terminaban a las dos de la tarde, pero como tomaba clases extracurriculares (con la intención de estar en su casa menos tiempo) salía a las seis, llegando a su casa a las siete a comer un poco, a hacer tareas, a estudiar y por supuesto a hacer sus imposiciones doméstica.

“Susana no era feliz, le hacía falta el cariño, comprensión y apoyo de su familia y dándose cuenta que nunca lo conseguiría, de que tenía una vida vacía y que daría lo mismo si viviera o no, una noche se dio un balazo”., relata la prima de Susana.

El miedo a ciertas enfermedades o al dolor físico pueden ser otras de las frecuentes causas que pueden llevar a alguien al suicidio, muchos enfermos caen en el deseo suicida al escuchar un diagnóstico indeseado, como tener cáncer, SIDA o cualquier otra enfermedad terminal.

En cuanto a lo biológico, la deficiencia de la serotonina (un neurotransmisor) está presente en la conducta impulsiva tal como sucede en pacientes con depresión. También existe la posibilidad de factores genéticos presentes en el acto suicida, ya que el suicidio suele presentarse en determinadas familias.

Una causa realmente fuerte en las jóvenes adolescentes es un embarazo no deseado.

Janet González, de 19 años de edad, ofrece su testimonio en este sentido: “Conocí a Éder cuando yo tenía 15 años y él 17, fuimos novios durante un tiempo, después me enteré que tenía dos meses de embarazo y cuando Éder lo supo me sentí tranquila, porque él me decía que nos íbamos a casar y cosas así. Hasta que un día me enteré que él se había ido a Puerto Vallarta y que no quería saber nada de mí.

“Al principio sentí desesperación, soledad, después decidí que no quería tener al bebé, tomé pastillas para abortar y me pegaba en la panza, yo pensaba que con un hijo nadie me iba a querer. Luego me di cuenta que ese bebé era algo de él y que no lo quería tirar...

“Él no regresó, nació mi hija, yo debí laborar haciendo limpieza doméstica, de mesera, de vendedora en una tienda de ropa, como edecán y ocupaciones de esas. Su familia me ayudaba, pero en la mayoría de las veces recibía insultos por parte de su mamá, me decía que solamente las que trabajan en las noches eran putas.

“Todas esas cosas me hicieron tenerle mucho odio a Éder y a todos los hombres. Después de dos años quedé embarazada de nuevo (de otra persona) y otra vez lo mismo, tomaba mucho y fumaba una cajetilla de cigarros al día. Cierta ocasión estaba en una fiesta con mis amigos, me encontraba bien borracha, me senté en la orilla de una ventana y me dejé ir para atrás; sin embargo, una de mis amigas estaba sentada al lado mío y me alcanzó a agarrar, yo me quería morir, no tenía caso estar aquí, no pensaba en mi hija, no quería tener al bebé.

“También un día me quise aventar de un puente y tampoco funcionó, mi familia me decía que no me iba a dejar sola, pero yo lo único que quería era morirme. Después de que nació mi otra hija me sentía muy culpable de lo que había hecho, ahora veo a mis hijas y no sé cómo pude hacer tantas cosas para deshacerme de ellas”.

Lorena L., joven de 21 años, relata una historia similar: “Cuando tenía 20 años quedé embarazada, iba en segundo semestre de la carrera, recuerdo que pensaba que esto no podía estar pasándome. El regaño en mi casa era lo que más miedo me daba, imaginaba cada una de las palabras de mis papás y de mis hermanos, suponía que me dirían nos fallaste, te dimos la confianza, eres de lo peor, tus hermanas nunca harían lo que tú hiciste, eres una irresponsable, lo mejor es que te vayas.

“Llegó el momento de decirle a Miguel lo que sucedía, le llamé por teléfono y lo que recibí fueron palabras de enojo y no me creyó, tenía mucho miedo de que me dejara, una parte de mí sabía que no debía tener a ese bebé, ¿qué iba a hacer, qué le podía ofrecer? Me quedaba claro que Miguel no tenía ni la menor intención de estar conmigo y mucho menos tener un bebé.

“No lo vi hasta que tuve los resultados de los análisis en mi mano, ese mismo día en la noche habló conmigo y me dijo lo que ya sabía; me entregó unas pastillas para abortar de nombre *Citotec*, me las tomé y en la madrugada me moría de dolor. Al día siguiente llegué a la escuela y lo primero que me preguntó fue que si ya me había bajado, a lo que respondí que no.

“Saliendo de clases fuimos a un mercado, llegamos con un señor y le compró unas hierbas, recuerdo que después ya estábamos en una casa. Con las hierbas hizo un té, lo tomé y por instrucciones del señor tenía que ponerme a brincar. Luego de un rato no supe de mí.

“Sus remedios estúpidos no sirvieron de nada. Más tarde, una de mis amigas nos dio el nombre de un doctor que practicaba abortos, irónicamente dijo que su cuñada se había hecho uno y todo había salido bien. Pasaron unos días y ya habíamos juntado los cinco mil pesos que nos cobrarían. La fecha en que debíamos ir a la clínica llegó; él iba acompañado de uno de sus amigos y yo... yo iba sola, bueno con mi bebé, a quien no le quedaba mucho tiempo de vida.

“Estaba muy confundida, no estaba muy segura de quererlo hacer, pensaba en mis papás, en la escuela, en terminar una carrera, en tener un trabajo y todo eso fue más fuerte. El trato con el doctor y las enfermeras fue tan extraño, me sorprendía su manera tan inhumana de realizar tal crueldad, aunque no se compara con la mía.

“Yo creo que ellos están tan acostumbrados que ya lo ven como el trabajo de todos los días. Todo fue muy rápido, cuando desperté ya había pasado, tenía cólicos muy fuertes, dejaron que me repusiera del mareo y del dolor, me dijeron que era todo, que agarrara mis cosas y que me fuera.

“Después de unos meses, Miguel y yo terminamos y reconozco que eso aumentó más mi dolor, muchas veces pensé en suicidarme, imaginaba cómo y cuándo lo haría, solamente dos veces estuve muy cerca de hacerlo, me quise arrojar a las vías del Metro, pero soy tan cobarde que no lo hice. Un día tomé pastillas, y no fueron suficientes, solamente logré que me doliera el estómago y debí hacer una visita al doctor.

“Desde entonces y hasta que me muera no habrá un solo día en el que pueda encontrar tranquilidad y, sobre todo, no dejaré de pedir perdón, nunca voy a poder olvidar la peor brutalidad que he cometido en mi existencia, no me alcanzará la vida para arrepentirme por matar a mi bebé. Ya no sirve de nada

pensar que yo sola pude haber salido adelante, que los regañones pasarían y sólo se quedarían en eso.

“Ahora hay respuestas a todas esas excusas, y lo único que me queda es aferrarme a una frase que a mi conveniencia me hace sentir menos nefasta en los momentos de dolor ‘por algo pasan las cosas’”, argumenta.

Lorena se encuentra actualmente en tratamiento psiquiátrico para combatir todas esas culpas, de modo que la depresión por la cual atraviesa no la lleve a otro intento de suicidio y mejore así su calidad de vida.

Desde el punto de vista psiquiátrico, Edwin Ringel asegura: “la personalidad y la experiencia influyen en la conducta suicida”. Parece que todos los suicidas han sufrido desde su infancia y tienen:

Sentimiento de inseguridad quizá por todos los problemas y pleitos entre los padres, pues los hijos de pequeños son extremadamente sensibles a estas situaciones.

- Problemas físicos, ya que pueden reforzar los sentimientos de inferioridad.
- Falta de afecto debida a la pérdida temprana de uno de sus progenitores o ambos.
- Una familia neurótica, en la que ambos padres o uno de ellos tienen problemas mentales o emocionales, o hay alcoholismo o drogadicción, castigos injustos, padres déspotas.

Los adolescentes que padezcan algunos de estos factores no podrán vencer el miedo natural original y como consecuencia son suicidas en potencia.

El suicidio por amor, el gran deseo de morir que lleva a un acto suicida por no alcanzar el amor que uno desea, esta causa es típica, pues abundan las historias de Romeos y Julietas.

“Juan, un chico de 17 años optó por tomar 200 aspirinas que no lo mataron, pero sí consiguieron que terminara en el hospital con daños severos en el

estómago. Su exnovia, por sentimientos de culpa, aceptó darle otra oportunidad y seguir a su lado, poco después se dio cuenta que no funcionaba y habló con él para terminar con la relación. El novio volvió a repetir el acto suicida, en esta ocasión, no logró que ella volviera y además no calculó bien la dosis, esta vez murió”. Testimonio ofrecido por David, amigo de Juan.

Una rara causa de suicidio es el perfeccionamiento, pues estas personas no resisten las frustraciones y como su autoestima depende de logros que obtengan pueden llegar a sentirse que no valen por las fallas que cometen. Son jóvenes que esperan mucho de ellos, pues su familia los ha educado de esa manera y si no se convencen empiezan a sentir culpas y coraje contra sí mismos, no se perdonan lo que les pueda salir mal y de no soportarlo llegan a suicidarse.

El suicidio sucede en todas las clases sociales, culturales, religiosas y económicas, es decir, puede suceder en cualquier familia.

En resumen, las razones que llevan al adolescente al suicidio son:

La huida, es decir, el intento de escapar de una situación dolorosa o estresante mediante el atentado en contra de la vida.

- El duelo, cuando se atenta contra la vida propia después de la pérdida de un elemento importante para la persona (físico o material).
- Castigo, aquí el adolescente se siente responsable por algún acto negativo y desea autocastigarse para mitigar la culpa.
- El crimen, en donde el adolescente atenta contra su vida, pero inconscientemente desea llevar a otro a la muerte.
- La venganza, es decir, cuando actúa contra la vida para provocar remordimiento de otra persona o para infligirle la desaprobación de la sociedad.
- La llamada de atención y el chantaje, cuando mediante el intento se desea ejercer presión sobre otro.

La psicóloga Guadalupe López menciona algunos otros factores de riesgo de suicidio en los adolescentes:

- Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional
- Estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz.
- Presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza.

La situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues son comunes:

- Presencia de padres con trastornos mentales.
- Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros.
- Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento.
- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Pobre comunicación entre los integrantes de la familia.
- Dificultades para prodigar cuidados a los que los requieren.
- Frecuentes riñas, querellas y otras manifestaciones de agresividad en las que se involucran los miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad.
- Separación de los progenitores por muerte, distanciamiento o divorcio.
- Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.
- Situación de hacinamiento, lo que en ocasiones se traduce por la convivencia de varias generaciones en un breve espacio, lo cual impide la intimidad y la soledad creativa de sus miembros.
- Dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura.

- Autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores.
- Inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas.
- Incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente y desconocimiento de las necesidades del mismo.
- Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés.
- Exigencias desmedidas o total falta de exigencia con las generaciones más jóvenes.
- Llamadas de atención al adolescente que generalmente adquieren un carácter humillante.
- Si los padres están divorciados, pero conviven en el mismo domicilio, el adolescente es utilizado como punta de lanza de uno de ellos contra el otro y se le trata de crear una imagen desfavorable del progenitor en contra de quien se ha realizado la alianza.
- Incapacidad para abordar los temas relacionados con la sexualidad del adolescente, la selección vocacional y las necesidades de independencia.

Algunas razones psicológicas:

- Un dolor psíquico, intolerable del que se desea escapar, depresión, angustia.
- Un intento por acabar con la conciencia, especialmente la del dolor. La relacionamos con frases como: “no tengo futuro” o “¿para qué seguir viviendo?”
- Falta de opciones o bloqueo para verlas.
- Un impulso súbito de odio a sí mismo. Una autoevaluación negativa, con autorechazo, desvaloración, culpa, humillación, sensación de impotencia, desesperación y desamparo.

Como se menciona, en el acto suicida siempre habrá una lucha interna entre el deseo de morir y el de seguir viviendo. Generalmente, el adolescente

pedirá auxilio de una u otra forma. Pero en ocasiones los familiares nunca se percatan que algo anda mal.

El doctor Viesca Treviño, contó una historia: “yo conozco el caso de un chavo que se suicidó, tenía 19 o 20 años, era estudiante de Filosofía y Letras, su aspecto era siniestro, hablaba mucho sobre vampiros y cosas de esas, siempre vestía de negro y su apodo era *El Fantasmón*. Se despidió de todos en la escuela, lo planeó perfectamente todo, sabía que no iba a fallar. Se puso la pistola en la boca y jaló el gatillo. Sus papás ni se imaginaban que su hijo tenía problemas”.

*“Que sea un viaje rápido y
placentero, espero nunca regresar”*

Frida Kalho

Suicidio en los jóvenes que padecen depresión

En los últimos años ha aumentado considerablemente el número de jóvenes y adolescentes que padecen depresión y a consecuencia de esto el suicidio está a la orden del día en este sector de la población.

El suicidio es la tercera causa de muerte para los jóvenes entre los 15 y los 23 años. Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas de sí mismos, presión para lograr el éxito, incertidumbre financiera y otros miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos.

Según la psicóloga López, para algunos adolescentes el suicidio aparenta ser una solución a sus problemas y al estrés. La depresión y las tendencias suicidas son desórdenes mentales que se pueden tratar. Hay que diagnosticar y reconocer la presencia de esas condiciones en el adolescente y se debe desarrollar un plan de tratamiento apropiado”.

“Todo adolescente que haya intentado suicidarse requiere de una evaluación física inicial y tratamiento hasta recuperar la estabilidad. El tratamiento de la salud mental para los sentimientos, ideas, o comportamientos suicidas comienza con un examen minucioso de los acontecimientos de la vida del adolescente ocurridos días previos al acto”.

“Una evaluación integral del joven y de la familia contribuye a la toma de decisiones con respecto de las necesidades de tratamiento. Las recomendaciones pueden incluir, entre otras, la terapia individual, terapia de

familia y, cuando sea necesario, la internación para brindarle supervisión y seguridad. Los padres desempeñan un papel vital de apoyo en cualquier proceso de tratamiento”

El suicidio de los adolescentes es un tema que suele callarse y evadirse, pues impacta y cuestiona el sistema familiar y social en que vivimos; sin embargo, es importante conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto y cómo se puede prevenir.

El suicidio representa una salida desesperada en la cual aparentemente es preferible acabar con todo de una buena vez, pues para un adolescente es muy difícil encontrar el valor que se necesita para hacer frente a cualquier situación que se le esté presentando.

El suicidio juvenil expresa incapacidad para afrontar situaciones complicadas, desorientación, pérdida de razón y sobre todo carencia de sentido hacia su vida.

Los adolescentes son los que le dan más vuelta a la idea. El impulso responde no sólo a los sentimientos autodestructivos, sino que, la mayoría de las veces, es una forma de agresión hacia los padres u otras personas significativas. Buscan controlar o manipular sus comportamientos; provocar sentimientos de culpa en los demás y hacerlos lamentar no haber actuado del modo en que él o ella anhelaban.

En ningún caso hay que reprobear, desacreditar o burlarse del fracaso del intento. Si no se da importancia al hecho, el joven podría intentar un método certero al confirmar que los padres o implicados siguen sordos al mensaje y no piensan hacer nada por modificar la situación

Alejandra era una joven que provenía de una familia humilde, conoció a Ernesto, él se dedicaba a apostar y el dinero le sobraba. Después de unos años de noviazgo se casaron.

Ernesto siempre mostró ser un hombre infiel y las prostitutas eran sus preferidas, guardaba videos de ellas visibles para toda su familia, Alejandra aceptaba esa situación, no suficiente con eso recibía además insultos, humillaciones y golpes.

Alejandra y Ernesto tuvieron dos hijos, César y Marco. César creció siendo un niño engreído, pensaba que la gente únicamente valía por su dinero. Él visitaba frecuentemente a su abuela en la colonia Peralvillo, intentaba relacionarse con los niños de su edad, pero en varias ocasiones fue rechazado por su forma de ser. Conforme paso el tiempo entendió que no podía hacer menos a la gente y sobre todo que el dinero no compra a las personas, mucho menos el cariño.

En ocasiones comentan se le escuchaba decir frases como: “Me gustaría que mis papás me quisieran, que se preocuparán por mí. Yo tengo dinero, tú no, pero tú tienes una familia unida, yo nunca la he tenido. Mis papás están tan ocupados en sus cosas que no se dan cuenta que mi hermanito y yo estamos aquí. No me gusta que mi papá maltrate a mi mamá, ella es una mujer que vale mucho, pero no se da cuenta. Me siento tan solo.”

La indiferencia de los padres hacia César ocasionó que él decidiera terminar con su vida. Intentó suicidarse tres veces, pero no lo consiguió, las tres veces fue descubierto por la servidumbre con una pistola en la cabeza. Desde el primer intento de suicidio, César era vigilado constantemente por los empleados de la casa, tenían bien identificado cuándo pensaba atentar contra su vida. Sus padres al parecer nunca le dieron importancia a tal hecho.

Existió una cuarta vez, en esta ocasión logró preparar todo, encontró el lugar exacto donde nadie pudiera evitar que se suicidara. En un cuarto pequeño donde guardaban las herramientas; su hermanito de cinco años lo encontró colgado.

En su recamara dejó tres cartas, una dirigida a su mamá, donde le decía que ya no permitiera que su papá la siguiera tratando de esa manera, le pedía que lo dejara y que buscara a otra persona que la valorara. La segunda carta

era para su abuelo y la tercera para uno de sus tíos llamado Javier; el contenido de estas últimas dos no se dio a conocer.

César dejó sobre la cama ropa preparada junto con una nota donde decía: “esto es lo que quiero que me pongan en mi funeral, no quiero que asistan mis compañeros de la escuela, solamente mis verdaderos amigos, los de Peralvillo.

Después de un tiempo Marco necesitó asistir a terapia para superar el suicidio de su hermano, pero además para evitar que él intentara quitarse la vida por segunda vez.

César murió el 30 de noviembre cuando tenía 17 años de edad. Han pasado diez años y su familia aún no logra superar su muerte. Testimonio dado por Xóchitl Ulibarri, prima de César.

Estadísticamente el suicidio es un fenómeno social aún oculto para muchas personas y no se debe confiar absolutamente en las cifras mostradas ya que el número de suicidios registrado es inferior al número real, pues no es fácil aceptar que una persona “sana” y “normal” se suicide, expresa la psicóloga Guadalupe López en entrevista.

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), abundó, que las entidades con más índices son el estado de México, Guanajuato, Jalisco y Veracruz, así como el Distrito Federal.

Precisa que las formas más recurrentes para hacerlo son el ahorcamiento, el estrangulamiento y la sofocación, seguidas del uso de armas de fuego, el envenenamiento por gases, el alcohol, los vapores, los objetos punzo cortantes, saltar de un lugar elevado y arrojarse frente a un objeto en movimiento, entre otros.

Puntualiza que el mayor número de suicidios consumados se presenta en los hombres, aunque el mayor número de tentativas son cometidas por las mujeres.

Asimismo, agrega, que el lugar más frecuente donde se comenten los suicidios es en el domicilio de la persona que desea morir y las horas del día son regularmente por las noches o cuando el suicida se percata de cada uno de los movimientos de sus familiares, para que de esa manera no pueda ser descubierto.

¿Y los que sobreviven?

El suicidio puede hacer que la pérdida de un ser querido sea aún más dura que la muerte natural. Algunos familiares reaccionan con sentimientos de abandono, rechazo, enojo, culpa, responsabilidad y vergüenza. Todo esto dependerá de la naturaleza del suicidio, la edad, las condiciones de apoyo que se tengan de la familia, y también la capacidad para afrontar la pérdida.

Si la familia no se viera perturbada de esta manera, como el vínculo más próximo de afecto, socialización y comunicación del suicida, tal vez se pensaría que el suicidio sólo afecta a esa persona; sin embargo, no resulta así.

La muerte de una persona es el final para ella y el principio para los que se quedan. Los familiares y amigos del joven que se suicidó necesitan ayuda durante este periodo.

“Se les debe dar a conocer que el duelo por suicidio conlleva determinados síntomas como son la culpa, pensamientos sobre las ideas suicidas, la búsqueda del porqué lo hizo, la estigmatización, el horror al pensar en el arrepentimiento tardío, el miedo a que se repita en otros miembros de la familia”.

“Además, deben conocer las diversas etapas del duelo como: la negación, la rabia, el regateo, la depresión y la aceptación. La elaboración del duelo puede tener una duración de hasta dos años”, precisa el médico y tanatólogo Jesús Martínez Cruz.

En entrevista enfatiza que es necesario recurrir con algún especialista como tanatólogos, psicoterapeutas, psicólogos, psiquiatras, grupos de apoyo o

de autoayuda, ahí se les dará la posibilidad de hablar de sus sentimientos y se les proporcionarán alternativas para enfrentar la situación por la que pasan.

Agrega que asistir a terapia es todo un proceso el cual debe tener en cuenta la familia. “En ocasiones la gente quiere superar la pérdida en unas cuantas sesiones, esto es imposible, ya que todo se merece su tiempo”.

Perfil del suicida

Según el doctor Sergio A. Pérez Barrero en su libro *Cómo evitar el suicidio en adolescentes* menciona que “dentro de cada ser humano hay un deseo de destrucción”, claro ejemplo es que día a día destruimos a nuestro planeta; contaminamos el agua, el aire, talamos bosques, hacemos guerras e inventamos lo que sea para destruirnos, caemos en las garras del alcohol, de las drogas, de la violencia y todo tipo de ataques contra nuestra propia existencia.

Todo suicidio es un asesinato. El asesinato propio del yo, cometido por el propio yo, y para que suceda, la persona que lo quiera intentar necesita tener un deseo de morir, deseo de matar, deseo de ser matado y para complementar también un gusto por la muerte.

DESEO DE MATAR

El psiquiatra estadounidense Kart A. Menninger dice que “para los humanos la ira y la rabia es natural. Recordemos cuando un recién nacido apenas nace, llora al momento de la expulsión, de esta manera demuestra su enojo o también el hombre de las cavernas que instintivamente tuvo que matar para sobrevivir y en ambos casos después aprendieron a amar.

El deseo de matar a una persona, en el acto suicida se convierte en enojo que atenta contra sí mismo; “una joven de 17 años le pidió permiso a su papá para salir con su novio en una fecha muy especial, el padre le negó el permiso pues estaba castigada por haber reprobado una materia. La chica enfurecida subió a su recámara y por la noche tomó la decisión de suicidarse”.

Era tanto su enojo que cuando su padre dijo “no” su odio fue tan grande que quiso matar a su padre y lo hizo a costa de su propia vida.

Quizá lo anterior sea contradictorio, pues si es tan grande el deseo de matar, lo lógico es que se asesine al agresor y no al propio yo. Aunque esta reacción es normal ya que el suicida no es tonto y está consciente de las consecuencias, pues si mata a alguien más sabe que irá a la cárcel o que la gente que lo rodea se pondrá en su contra y se sentirá peor. Además, alguien que padece una depresión profunda, rara vez comete un asesinato, salvo el del propio yo.

DESEO DE SER MATADO

En un suicida también existe un deseo de ser matado, se trata de que poseemos un grado de masoquismo y esto se debe al superyó, que es donde los humanos guardamos las prohibiciones y las obligaciones.

Los actos conscientes están motivados por el inconsciente, lo que hace que en ocasiones nos sintamos culpables incluso sin saber por qué. Si sentimos que somos culpables por algo queremos castigarnos y nace una conducta autoagresiva, es decir, el deseo de ser matado a consecuencia de nuestros actos que nos causan culpa.

DESEO DE MORIR

El psiquiatra Kart A. Menninger señala que “debemos distinguir entre el deseo consciente e inconsciente de morir” y señala que el primero es el resultado de circunstancias temporales y a veces contradictorias ya que existe un inconsciente deseo de no morir. Por eso, cuando uno busca su propia muerte empujado por el deseo consciente de morir, fallará en el intento, porque empleará técnicas no tan efectivas.

Quien desea suicidarse ve a la muerte de forma cariñosa, la ve como el fin a todos sus sufrimientos, la única manera de librarse de la desesperación que lo invade.

Si en una persona se juntan los tres deseos anteriores y se le añade la fascinación por la muerte, sin duda es un suicida en potencia.

Respecto al tema, el historiador Carlos Viesca se pregunta: “¿Hay que dejar que se suicide?”

“Si es realmente una situación existencial satisfactoria para ellos, si no tuvieran salida y no existen creencias religiosas, no hay motivaciones familiares que los obliguen a estar vivos, yo como médico lo pensaría”, puntualiza el doctor Viesca.

“Miren, en esta vida te puedes encontrar a alguien que te dice, ‘yo me quiero morir y me mataría con mucho gusto, pero es pecado mortal’. A ése lo tienes que mantener vivo, pero si él encontrara la posibilidad de que lo atropellaran sin que fuera su culpa, sí lo haría”.

Otro caso es el de un paciente que se va a suicidar, que ya decidió suicidarse, “ya le diste terapia, medicamentos y no responde, y hasta él mismo hace el intento por estar mejor, pero no puede, ¿crees que él requiere que hagas todo para que sobreviva?”

“Como médico te puedes encontrar muchos casos. Por ejemplo, un paciente que se quiere morir, aparte de esa situación le da una bronconeumonía, ¿crees que lo tienes que mantener vivo a fuerzas? Te puede llegar a plantear que no le interesa que tengamos muchos cuidados con él. ¿Cuál es el límite de actuación? Si fuera un paro cardíaco, ¿lo resucito?, o no hago maniobras de resucitación. “Son cosas que te ponen a pensar. No es suicidio, no es eutanasia, de cierta forma es manejar un límite para un paciente que desea morirse, respetando sus creencias religiosas, filosóficas y familiares. Pero después viene algo que se llama ética”, expresa Carlos Viesca.

Momentos del suicida

El doctor Sergio A. Pérez Barrero enfatiza que “el suicida no atenta contra su vida nada más porque sí. Quien se mata, lo empezó a hacer mucho antes de tomarse las pastillas, de cortarse las venas o de jalar el gatillo. Tal vez

algún adolescente lo haya hecho sólo por sentirse fuera de lugar, pero incluso en estas situaciones tuvo que haber vivido fuertes crisis existenciales, que manifestó abiertamente antes de atentar contra su vida.

No olvidemos que todo suicida avisa que quiere matarse. Es falso que el que desea suicidarse lo va a hacer sin avisar. Recordemos que la persona que ha decidido matarse lo único que quiere es salir de su depresión.

¿Cómo avisa el suicida que necesita ayuda? Existen varios momentos por los que pasa una persona que desea morir y hay que aprender a identificarlos.

La psicoterapeuta Guadalupe López menciona que existe un primer momento al que los psicólogos llaman ideación suicida, la cual se manifiesta de la manera más sencilla, con frases o palabras que expresan el deseo de matarse, como: “mi vida no tiene sentido”, “nadie me quiere”, “ustedes estarían mejor sin mí”, “a nadie le hago falta”, etcétera. Si oímos estas expresiones estamos oyendo los deseos de alguien que quiere quitarse la vida.

La ideación suicida nace más fácilmente en las personas que han tenido frustraciones a lo largo de su vida, puesto que a esta pena se le añade el sentimiento de culpa. Cuando alguien se siente culpable cree que merece un castigo; en pocas palabras es el principio de un camino fatal.

Omar y Laura, de 18 años, eran una pareja que festejaba su primer año de relación, salieron a comer para después ir al cine y finalizar tomando un café. De regreso a casa tres sujetos con arma en mano, los detuvieron para despojarlos de sus pertenencias, Laura con mucho miedo comenzó a gritar, lo que ocasionó que uno de los asaltantes disparará en contra de ella arrebatándole la vida. Omar al sentir frustración por no haber hecho nada en aquel momento y culpa por haberla invitado a salir ese día no pudo vivir tranquilo. Dos años después, Omar decide darse un tiro en la cabeza. Testimonio dado por su psicoterapeuta.

El segundo momento se refiere al cambio de conducta por el que atraviesa el joven suicida. Los padres deben estar pendientes de las siguientes

señales que pueden indicar que sus hijos están contemplando el suicidio, cambios en los hábitos de dormir y de comer, retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales, actuaciones violentas, comportamiento rebelde, uso de drogas o de bebidas alcohólicas, abandono fuera de lo común en su apariencia personal, cambios pronunciados en su personalidad, aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar, quejas frecuentes de síntomas físicos, tales como: dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado general del joven, pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones, poca tolerancia de los elogios o los premios.

Finalmente, la muerte. Si al joven suicida no se le pudo ayudar a encontrar una esperanza a su culpabilidad y frustración le será más fácil quitarse la vida, ya que él pidió ayuda constante, tal vez no con palabras exactas (“me voy a matar”), pero sí con ideas y conductas.

Cabe mencionar que el joven que se quita la vida no necesariamente pasa por los tres momentos antes mencionados. Puede llegar a padecer simplemente la ideación suicida y tomar la decisión drástica de quitarse la vida, o bien, puede encontrar ayuda para evitar un desenlace fatal, esto mismo puede suceder en la segunda etapa.

La psicoterapeuta Guadalupe López explica que “los actos suicidas pueden ser de gran diversidad como la imaginación. Los hombres optan por quitarse la vida con armas de fuego o ahorcándose, es decir, algo más efectivo, puesto que si llegasen a fallar no quieren sufrir las burlas de la sociedad por no haberlo logrado, mientras que las mujeres prefieren los fármacos o tomar sustancias tóxicas, ya que muy en el fondo ellas lo que quieren es que las salven”.

Según Menninger , la manera en la que el adolescente decida quitarse la vida tiene un significado; el ahogamiento significa el deseo de volver a la vida intrauterina en la que no tuvo problema alguno. Por otra parte, cuando el joven prefiere ahogarse en el mar está manifestando grandes sentimientos de culpabilidad porque existe también una concepción de ver como algo terrible a

la vagina femenina, quien lo expulsó a la vida, la autoincineración está hablando de una gran necesidad de que en vida deseó ser amado. Con este acto sentirá que en el más allá no habrá tanto frío, se sentirá cobijado por alguien. Dejarse arrollar por un camión o el metro es someterse de manera pasiva al deseo de ser matado. Lo opuesto precisamente es cuando se prefiere el ahorcamiento, que habla activamente del deseo de morir.

Tipos de suicidio

Existen varios autores que tratan al suicidio de diferente manera. A nuestro parecer la más importante contribución sobre el suicidio fue del sociólogo Emile Durkheim, ya que hace referencia a que los suicidios son fenómenos individuales, que responden esencialmente a causas sociales.

Menciona que las sociedades presentan ciertos síntomas patológicos, ante todo la integración o regulación social, ya sea excesiva o insuficiente del individuo en la colectividad. Por tanto, el suicidio sería solamente un hecho social.

Él clasifica al suicidio de la siguiente manera:

- **SUICIDIO EGOÍSTA.** Se caracteriza porque el sujeto pierde toda clase de interés por todo aquello que lo rodea. El suicidio egoísta es el más frecuente en nuestra sociedad, es evidente que el grado de desintegración social es bastante. Vivimos en un tiempo en que los intereses individuales son prioridad en todo ser humano. Quizá por la falta de tiempo cada vez es menor el grado de relación entre las personas. Este suicidio proviene de una individualización excesiva.
- **SUICIDIO ALTRUÍSTA.** Es lo contrario del suicidio egoísta, pues este tipo de suicidio representa la estrecha relación de un individuo con la sociedad a la que pertenece. El suicida morirá por su agrupación como “los héroes”. Es común en sectas religiosas. Claro ejemplo lo vemos en aquellas personas que se prenden fuego o que hacen explotar sus cuerpos como forma de protesta social para el bien de su colectividad.

- **SUICIDIO ANÓMICO.** Una de las características que tiene este tipo de personas es un deseo “desmedido” con pretensiones casi imposibles y fuera de la realidad. Aparentemente el individuo está socializado y convive con su entorno. A simple vista no sufre de “soledad”, nadie conoce sus intenciones suicidas, inclusive nadie sabe que de lo único que tiene ganas es de quedar bien con los demás (estatus). En otras palabras, es un individuo que no tiene límites y cuando no logra lo que se propone, se deprime, se frustra y siente culpa. Estas emociones lo pueden llevar al suicidio.

Mitos del suicidio

Los mitos sobre el suicidio, el suicida y los que intentan suicidarse, son obstáculos para la prevención de dicha conducta por lo que es importante que la sociedad los identifique para que de esa manera la población tenga más recursos y enfrente a los individuos en riesgo.

En nuestra sociedad el suicidio todavía es un tema tabú ya que existe una tendencia a ocultar el hecho y asumir que es un fenómeno poco frecuente.

Por otra parte, las reacciones emocionales de las personas ante el conocimiento de un suicidio suelen pasar desde la estupefacción y sorpresa macabra hasta la consumación de otro suicidio. Asimismo, también se tiende a buscar culpables para dar una explicación lógica y aceptable a la muerte de alguien.

En ese sentido, también existen falsas creencias que podrían reconfirmar la actitud de negación y censura hacia el suicidio.

Por lo anterior, es indispensable identificar la tendencia suicida de las personas, se cree que los seres humanos que están decididos a quitarse la vida tendrían que avisar, para que de una forma u otra se le ayudara o también equivocadamente se tiene la idea de que quien se quiere suicidar

no lo anda pregonando, si lo llega a decir es porque en realidad no piensa atentar contra su vida.

Aquí una lista de los mitos más comunes ante una idea suicida.

1. La persona que habla de suicidarse, nunca lo hará.

Hay que puntualizar que de cada 10 suicidas, nueve lo avisaron a través de palabras o comportamientos; siempre hay una advertencia, un indicio de sus intenciones.

2. Quien desea morir, sabe que ya no hay un punto de regreso.

Todo aquel que es un suicida en potencia, prefiere más que matarse, que alguien le ayude a salir del su estado de tristeza y desesperanza.

3. Quien intentó matarse y no pudo, no volverá a hacerlo

Quizá, durante algún tiempo, no repita sus intenciones porque sentirá que con sólo el intento ya ha recibido un castigo. Pero es muy probable que esos mismos sentimientos negativos y las causas persistentes, lo empujen a volver a hacerlo, una y mil veces más hasta que lo logré.

4. Quien trata de matarse sólo trata de llamar la atención.

Hay que tomarlo muy en serio. Toda ideación o conducta suicida manifiestan un urgente “grito de ayuda”. No se debe ignorar a ninguna persona que se encuentra en esta situación.

5. No hay una relación entre drogas, alcohol y suicidio.

Hay que recordar que la depresión, más la adicción, significa un alto riesgo suicida. Y el alcohólico o drogadicto es normalmente una persona que tiene un trastorno depresivo mayor. El alcohol y las drogas mezclados con la depresión son un detonante para llegar a cometer la locura de quitarse la vida.

6. Para suicidarse una persona debe estar loca o ser cobarde.

Cualquier persona puede hacerlo aunque no padezca demencia, ni sea temerosa a la vida. Lo intentan quienes viven sin esperanza a salir adelante, que se sienten hundidos y en un agujero profundo, donde lo único que hay es frustración y culpa.

7. Mejorar después de una crisis suicida, significa que ya acabó el peligro.

Cuando un suicida empieza a sentirse mejor se enfrentará a lo más difícil, los mismos problemas seguirán ahí y si esas dificultades se sienten con más fuerza el resultado va a ser peor.

8. Quien intentó suicidarse, siempre tendrá pensamientos suicidas.

Si el intento se hizo bajo una fuerte presión de estrés, la ayuda adecuada lo hará salir de esa situación y alejará el resto de su vida esos deseos.

9. La persona que se suicida en realidad quiere morir.

Las personas que toman la decisión de quitarse la vida es porque en realidad buscan alguien que los escuche, los comprenda y los ayude a salir de ese vacío en el que se encuentran, llamado, desesperanza.

10. Los suicidas son enfermos mentales.

Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. Pero no caben dudas de que todo suicida es una persona que sufre.

11. El suicidio no se puede prevenir porque ocurre por impulso.

Toda persona antes de cometer un suicidio evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como síndrome presuicida, consistente en constricción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas reservándola para sí, y la existencia de fantasías suicidas, todo lo que puede ser detectado a su debido tiempo y evitar se lleven a cabo sus propósitos.

12. Preguntar a alguien sobre sus intenciones de matarse aumenta el peligro para que lleve a cabo el acto suicida.

Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.

13. La prevención del suicidio es tarea de los psiquiatras.

Es cierto que los psiquiatras son profesionales experimentados en la detección del riesgo de suicidio y su manejo, pero no son los únicos que pueden prevenirlo. Cualquiera interesado en auxiliar a este tipo de personas puede ser un valioso colaborador en su prevención.

14. El tema del suicidio debe ser tratado con cautela por los problemas sociopolíticos que ocasiona.

El tema del suicidio debe ser tratado de igual forma que otras causas de muerte, evitar las noticias sensacionalistas y aquellos manejos que provoquen la imitación de esa conducta. Por otra parte, el suicidio como causa de muerte, se observa en países de regímenes socioeconómicos diferentes, desde los muy desarrollados hasta los que apenas tienen recursos, pues responde a factores diversos, como son los biológicos, psicológicos, sociales, psiquiátricos, existenciales, etc.

15. Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio.

Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio si enfocan correctamente la noticia sobre el tema y cumplen las sugerencias de los suicidólogos sobre como difundirlas

16. Los que intenta el suicidio no desean morir, sólo hacen el alarde.

Aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es un error tildarlos de alardosos, pues son personas a las cuales les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el atentar contra su vida.

17. Cuando una depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidio.

Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado. Ocurre que cuando la persona mejora, sus movimientos se hacen más ágiles, está en condiciones de llevar a vías de hecho las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo.

18. El suicidio se hereda.

No está demostrado que el suicidio se herede, aunque se puedan encontrar varios miembros de una misma familia que hayan terminado sus vidas por suicidio. En estos casos lo heredado es la predisposición a padecer determinada enfermedad mental en la cual el suicidio es un

síntoma principal, como por ejemplo, los trastornos afectivos y las esquizofrenias.

19. Todo el que intenta el suicidio estará siempre en riesgo de cometerlo.

Entre el 1.0 y el 2.0 por ciento de los que intentan el suicidio lo logran durante el primer año después del intento y entre el 10 al 20 por ciento lo realizarán en el resto de sus vidas. Una crisis suicida dura horas, días, raramente semanas, por lo que es importante reconocerla para su prevención.

20. El que intenta el suicidio es un valiente.

Los que intentan el suicidio no son valientes ni cobardes, pues la valentía y la cobardía son atributos de la personalidad que no se cuantifican o miden según la cantidad de veces que usted se quita la vida o se la respeta.

21. Sólo los pobres se suicidan.

Los pobres también pueden suicidarse aunque es más probable que mueran de enfermedades infectocontagiosas por sus condiciones de pobreza.

22. Sólo los ricos se suicidan.

El suicidio es una causa de muerte que se observa con mayor frecuencia entre los habitantes de países desarrollados que en países en subdesarrollo, pero evidentemente los ricos no son los únicos que se suicidan.

23. Sólo los viejos se suicidan.

Los ancianos realizan menos intentos de autodestrucción que los jóvenes y utilizan métodos mortales al intentarlo, lo cual conlleva al suicidio con mas frecuencia.

24. Si se reta un suicida no lo realiza.

Retar al suicida es un acto irresponsable pues se está frente a una persona vulnerable en situación de crisis cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, predominando precisamente los deseos de autodestruirse.

Implicaciones del suicidio

A pesar de que el suicidio es un acto que sólo debería afectar a la persona que atenta contra su vida, no es así ya que existe una serie de implicaciones que se tienen que enfrentar, tanto legales, como religiosas y sociales.

Legales

El suicidio al ser considerado como un acto estrictamente individual, penalmente no constituye un delito en la actualidad.

Nuestra legislación penal en el Distrito Federal, sólo hace mención en los artículos siguientes:

Código Penal Federal

Artículo 312

El que prestare auxilio o indujera a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.

Artículo 340

Al que encuentre abandonado en cualquier sitio a un menor incapaz de cuidarse a sí mismo o a una persona herida, inválida o amenazada de un peligro cualquiera, se le impondrán de diez a sesenta jornadas de trabajo en favor de la comunidad si no diere aviso inmediato a la autoridad u omitiera prestarles el auxilio necesario cuando pudiese hacerlo sin riesgo personal.

Respecto a la Ley del Seguro Social se menciona:

Artículo 46

No se considerarán para los efectos de esta Ley, riesgos de trabajo los que sobrevengan por alguna de las causas siguientes:

- I. Si el accidente ocurre encontrándose el trabajador en estado de embriaguez;*
- II. Si el accidente ocurre encontrándose el trabajador bajo la acción de algún psicotrópico, narcótico o droga enervante, salvo que exista prescripción suscrita por médico titulado y que el trabajador hubiera exhibido y hecho del conocimiento del patrón lo anterior;*
- III. Si el trabajador se ocasiona intencionalmente una incapacidad o lesión por sí o de acuerdo con otra persona;*
- IV. Si la incapacidad o siniestro es el resultado de alguna riña o intento de suicidio,*
- V. Si el siniestro es resultado de un delito intencional del que fuere responsable el trabajador asegurado.*

Ley sobre el contrato de seguro

Disposiciones especiales sobre el contrato de seguro sobre las personas

Artículo 186

La empresa aseguradora está obligada, aun en caso de suicidio del asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática.

Religiosas

Al 2006, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el 90.4 por ciento de la población en la República mexicana pertenecían a la religión católica, es por ello que en este apartado nos referimos a esta doctrina.

Además de que es la que representa el culto más importante y extendido en el país, establecida desde la llegada de los españoles a territorio mexicano, desde ese entonces y hasta ahora es la doctrina más arraigada en la sociedad.

El 3.8 por ciento de la población son Protestantes y el 5.8 restante pertenecen a otras religiones.

En cuestión religiosa la obra *Catecismo de la Iglesia Católica* (CIC) señala que la religión es parte esencial e inseparable de todo ser humano, es uno de los aspectos más importantes.

El escrito en su número 2280 refiere que “cada cual es responsable de su vida ante Dios que se la ha dado. El sigue siendo su soberano Dueño. Nosotros estamos obligados a recibirla con gratitud y a conservarla para su honor y para la salvación de nuestras almas. Somos administradores y no propietarios de la vida que Dios nos ha confiado. No disponemos de ella.”

En el número 2281 detalla que “el suicidio contradice la inclinación natural del ser humano a conservar y perpetuar su vida. Es gravemente contrario al justo amor de sí mismo. Ofende también al amor del prójimo porque rompe injustamente los lazos de solidaridad familiar, nacional y humana con las cuales estamos obligados. El suicidio es contrario al amor del Dios vivo.”

En tanto, el 2283 explica que “no se debe desesperar de la salvación eterna de aquellas personas que se han dado muerte. Dios puede haberles facilitado por caminos que Él sólo conoce la ocasión de un arrepentimiento

salvador. La Iglesia ora por las personas que han atentado contra su vida”, puntualiza el CIC.

Al respecto del suicidio, el sacerdote de la Iglesia la Medalla Milagrosa, Juan Aguilar, comenta que “la muerte de un ser cercano y querido estremece, deja un vacío, aunque uno entienda que es parte de un proceso natural. Aún es más difícil cuando la muerte no sobreviene como una cuestión natural, sino que se muestra como una decisión personal, así como lo significa el suicidio. Viene un dolor y un desconsuelo terrible porque taladra el alma saber que alguien perdió la esperanza, el sentido de su vida, que no encontró una salida para la solución de sus problemas, que se sentía solo, desconsolado, deprimido y defraudado de sí mismo y de la vida misma. Duele sobremanera imaginar lo que pudo pasar por su mente y por su corazón cada día, duele saber que no pudo más y prefirió dejar de existir”

Detalló que “tanto la persona como la familia y la sociedad, todos somos responsables de todos, estos problemas que afectan a los jóvenes, son problemas de interés social, no podemos deslindar la responsabilidad que se tiene ante cada muerte, ante cada suicidio. Todos somos responsables, de nuestra propia vida y también de la vida de los que nos rodean, por lo que en la medida de nuestro alcance debemos luchar por ser mejores personas, establecer mejores familias y crear una mejor sociedad donde los jóvenes aprendan a amar su vida y no a vivir confundidos a tal grado de tomar decisiones tan equivocadas como quitarse la vida.”

El suicidio es el acto voluntario de matarse directamente. De acuerdo con quinto Mandamiento: “No matarás”, explica: “Es un grave pecado contra la ley natural y la ley revelada. El suicidio viola el derecho de Dios, quien es el dueño exclusivo de la vida humana. Sólo Dios puede dar y quitar la vida.”

“Sin embargo, para que un acto sea pecado requiere, además de materia de pecado, que se tenga conocimiento de lo que se hace e intención de hacerlo. No podemos juzgar a ciencia cierta la condición mental de quien se suicida. Tampoco sabemos cuál fue su último pensamiento, pues el interior de

la persona nadie lo conoce, nadie sabe si se habrá arrepentido mientras estaba moribundo en el último instante de su vida”, precisa el sacerdote.

“Se dice que se condena el alma cuando se desprecia a Dios; el que se suicida en general no rechaza a Dios, sino que busca erróneamente la muerte como un medio para liberarse de un mal que le aqueja y en medio de su angustia y confusión toma una decisión con una libertad limitada que no le permite ver con claridad la verdadera dimensión de ese acto, ve el suicidio como la única manera de liberarse de ese mal que tanto le lacera. El suicida, por tanto, comete un acto grave, pero al no ejercer su plena libertad los elementos que constituirían una culpa grave se ven disminuidos, por tanto no tiene una culpa grave”.

En el número 2282 del Catecismo se menciona que: “...Trastornos psíquicos graves, la angustia, o el temor grave de la prueba, del sufrimiento o de la tortura, pueden disminuir la responsabilidad del suicida.”

Con el paso del tiempo se ha estudiado y profundizado cada vez más en cómo la libertad se ve afectada gravemente por dramas y crisis emocionales, hechos como la depresión, la angustia, la soledad, la violencia, el dolor, la frustración y demás afectan los actos libres de las personas .

Sociológicas

Cuando hablamos de sociedad nos referimos al conjunto de personas, familias e incluso pueblos, con uno o varios fines en común, pueden ser por ejemplo: la preservación de la especie, la educación, el trabajo, por mencionar algunos.

En entrevista, el sociólogo Carlos Beltrán indica que para alcanzar estas metas se necesita de la mutua cooperación de todos los sujetos que integran una sociedad, “cada uno desempeña un papel muy importante, y la falta de alguno de ellos, repercute en la estructura”.

Precisó que el suicidio en su propia naturaleza ha sido difícil de clasificar y de aceptar, pues aún no se cuenta con una posición generalizada por parte de la sociedad ante este fenómeno.

Lo cierto es que el suicidio es un elemento latente de toda la sociedad. El creciente número de suicidios en nuestros días, no es precisamente reflejo de una civilización, sino de un estado de crisis y perturbación que vive la sociedad actual, agrega.

“El suicida cree no tener un nexo que lo ligue con la sociedad a la que pertenece. Con su muerte no sólo se rompen lazos afectivos, también se rompe la comunicación e interacción con la sociedad”.

La sociedad pierde a uno de sus integrantes de manera inesperada y violenta, y por ende pierde la posibilidad de conseguir el cumplimiento de sus metas.

Señaló que todo acto individual que transgreda los fines de la sociedad. Trasciende de la misma manera negativa; atentar en contra de la propia vida, es atentar en contra de la vida propia de la sociedad.

Finalmente comenta que la sociedad ante el fenómeno del suicidio, según sea la cercanía con el suicida, se sentirá culpable o simplemente se mantendrá indiferente, difícilmente habrá un diálogo en torno a lo sucedido.

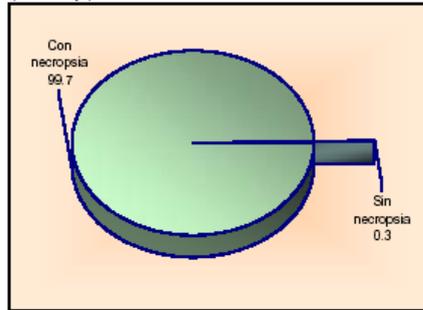
Por lo anterior está latente la duda si en realidad existe preocupación o algún interés por nuestros semejantes, ya que en esta época en que el individualismo es la característica que nos identifica a todos los seres humanos nos ha llevado a ser una sociedad en donde no se conjuntan esfuerzos y simplemente el suicidio pasó a ser un acontecimiento más donde sólo existe el morbo.

ESTADÍSTICAS GRÁFICAS

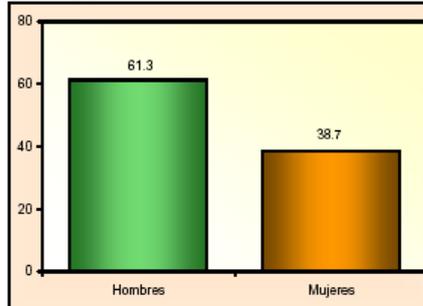
Distrito Federal 2006

Medio empleado	329
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	221
Disparo de arma	57
Envenenamiento	15
Saltar de un lugar elevado	5
Otro	31
Lugar de ocurrencia	329
Vivienda particular	260
Calle o carretera	17
Granja	1
Área deportiva, comercial o de servicios e industrial	12
Otro	31
No especificado	8
Sexo	329
Hombres	262
Mujeres	67
Estado conyugal (civil)	329
Soltero(a)	133
Casado(a)	122
Unión libre	46
Otro	26
No especificado	2
Escolaridad	329
Sin instrucción	7
Primaria	87
Secundaria	125
Preparatoria	58
Profesional	50
No especificado	2
Grupo principal de ocupación	329
Trabajadores agropecuarios	6
Artesanos	36
Trabajadores de apoyo administrativo	42
Comerciantes	41
Otra	69
No trabaja	119
Menores de 12 años	3
No especificada	13
Grupo de edad	329
Menores de 15 años	11
De 15 a 24 años	72
De 25 a 34 años	70
De 35 a 44 años	69
De 45 y más años	107
No especificado	0

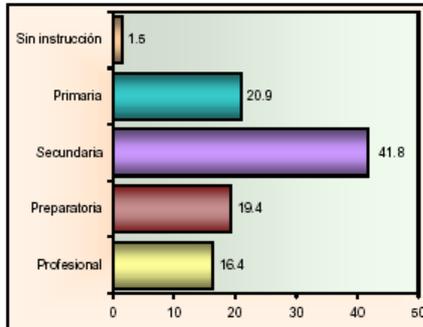
SUICIDAS SEGUN CONDICIÓN DE NECROPSIA Gráfica 1
(Porcentaje)



SUICIDAS SIN TRABAJO SEGUN SEXO Gráfica 2
(Porcentaje)



MUJERES SUICIDAS SEGUN ESCOLARIDAD Gráfica 3
(Porcentaje)



FUENTE: INEGI. Dirección General de Estadística; Estadísticas Vitales.

Elisabeth Kübler-Ross, Psiquiatra suizo-estadounidense,

experta en la muerte, los moribundos y los cuidados paliativos

La aceptación, un primer paso para la recuperación

Existen muchas personas que se rehusan a aceptar que las enfermedades emocionales son igual de importantes que las enfermedades físicas, se tiene la creencia que solamente estas últimas pueden ser tratadas y cuando se presentan no existe la menor duda de ir con el especialista.

Sin embargo, uno de los principales problemas que hay que vencer en los casos de depresión es reconocer que se padece y que necesita ayuda, ya que es muy difícil que el enfermo salga solo de esta terrible enfermedad.

Aceptar que la depresión se ha apoderado de uno, apenas es el comienzo, el siguiente paso es tomar la decisión de acudir con el especialista –psicólogo, psiquiatra, psicoterapeuta- para recibir un tratamiento y estar conscientes que la recuperación no es fácil, que se tiene que trabajar y será muy duro el camino que se empieza a recorrer.

La atención, una oportuna ayuda

Las personas con cualquier tipo de enfermedades, generalmente buscan ayuda de su médico general de cabecera para recibir atención a sus diversos síntomas, los cuales rara vez incluyen a la depresión.

Estos médicos podrían ser los primeros en detectar si existe una enfermedad depresiva o no, pero en la mayoría de los casos no es así, algunos no cuentan con los conocimientos adecuados para poder diagnosticar este tipo de padecimientos y así canalizarlos con el especialista.

La Secretaría de Salud menciona que se ha estimado que aproximadamente la mitad de las personas que sufren depresión no buscan

tratamiento y que esta enfermedad no se diagnostica en el 50 por ciento de los pacientes que si están dispuestos a buscar ayuda.

Según la dependencia existen numerosos estudios que revelan que es muy complicado que los médicos generales reconozcan desde los primeros síntomas cuando una persona tiene depresión, y debido a eso, los doctores llegan a diagnosticar deliberadamente un padecimiento diferente.

Son muy pocos los pacientes que cuando tienen algunos síntomas referentes a la depresión buscan ayuda profesional y acuden al psicólogos, psicoterapeutas, psiquiatras, psicoanalistas, tanatólogos y hospitales.

A continuación se presenta una lista de hospitales que proporcionan atención médica en la ciudad capitalina.

- Clínica San Rafael, Av. Insurgentes Sur No. 4177 Col. Santa Úrsula Xitla. Tel. 56 55 47 99 56 55 40 04
- Asociación Mexicana de Trastorno Bipolar, A. C.

Cuauhtémoc No. 91-1 Col. Roma. Tel. 85 96 78 28 55 14 15 28

- Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente ”

Calz. México Xochimilco No. 101 Col. San Lorenzo Huipulco. Del. Tlalpan. Tel. 56 55 28 11

- Servicios de Salud Mental

Periférico Sur No. 2905 Col. San Jerónimo Lídice. Del. Magdalena Contreras. Tel. 55 95 89 81 55 95 81 66 55 95 84 70.

- Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, San Buena Ventura y Niño de Jesús, Delegación Tlalpan, Tel. 55 73 0387.

La Secretaría de Salud (SS) también recomienda las terapias alternativas como otra opción de gran ayuda en el tratamiento de enfermedades

depresivas, recordando que la efectividad no está comprobada ni aprobada por los médicos especialistas.

Muchos doctores no están de acuerdo con este tipo de terapias, pues creen que los pacientes responden mejor un tratamiento basado en medicinas recetadas por ellos. Sin embargo, la elección de este tipo de terapias dependerá del paciente, de sus familiares y sobre todo de sus creencias.

Muchas personas en ocasiones prefieren combinar terapias alternativas junto con la medicina y las terapias, creen que de esa manera reducen el estrés, alivian efectos secundarios provocados por los medicamentos o simplemente se sienten mejor emocionalmente.

Hoy en día existen muchas terapias alternativas que brindan beneficios a las personas que padecen enfermedades emocionales, entre ellas se encuentra la Delfinoterapia, Terapias de Arte, Neuróticos Anónimos, Cromoterapia, Ayuda telefónica (Depretel y Saptel), Flores de Bach, Reiki, Aromaterapia, entre otras.

Cabe señalar que algunos de estos tratamientos no están al alcance del bolsillo de todos los pacientes pues en ocasiones son tan caros que solo llegan a tomar una u otra terapia y además en ocasiones las suele dejar inconclusas.

Los especialistas y sus tratamientos médicos.

La depresión es un trastorno difícil y confuso de diagnosticar, el estigma que existe sobre las enfermedades psiquiátricas puede hacer que los pacientes no admitan que sufren este mal y traten de esconder los síntomas.

Más de la mitad de los enfermos presentan padecimientos somáticos, tales como dolor de espalda, dolor de cabeza y afecciones intestinales, por lo que los jóvenes pueden quejarse de estos síntomas y minimizar o esconder una posible depresión, recibiendo exclusivamente medicamentos para esos dolores.

Los médicos generales juegan un papel muy importante en el diagnóstico de los trastornos depresivos y consecuentemente en la prevención del suicidio. La incorporación de personal capacitado en materia de salud mental en las unidades de atención médica permitiría incrementar la detección más rápida y oportuna de dicha enfermedad.

Al respecto, el doctor e historiador Carlos Viesca habla sobre la información que se maneja de que en algunos años la depresión será la segunda causa discapacidad en el mundo: pues si seguimos la moda yo creo que sí, depende de nosotros. Hay una segunda cuestión que yo consideraría, ¿dónde está el interés?, ¿será que la medicina ha perdido dimensiones éticas al estar dirigida por los intereses de la industria farmacéutica?, ¿no será que estamos inventando una pandemia de depresión con riesgo suicida, que tenga que ser prevenible por una inmensa campaña de medicamentos? Porque resulta que si podemos crear una condición apológica, pandémica de acuerdo a una influencia de mercado.

“Se le puede hacer creer a la humanidad y venderle la idea que en algunos años todos necesitaremos tomar medicamentos para ser felices y no solamente para curar la depresión. Entonces en esta pandemia de “depresiones”, yo les pregunto: ¿nos van a servir los prozac y todos los antidepresivos?, pues sí, y ¿serían indispensables?, pues no.

“A mi parecer la depresión está de moda, hay una presión social y sobre todo hay demasiada información sobre este tema. En Internet se pueden encontrar cuáles son los síntomas de la depresión y si alguien lo lee pues se cree que en verdad padece esta enfermedad y todos esos síntomas los reproduce, los que no tiene los saca, en sí se sugestiona, luego llega un momento que es elegante tener la enfermedad de moda.

“Los médicos ya nos creímos que todas las personas padecen depresión y no se diagnostica adecuadamente, puedo decir que ahora se sobrediagnostica. Estoy seguro que a veces nos equivocamos, lo que necesitamos es saber revisar correctamente los síntomas y no cometer errores”.

Lo ideal es obtener un diagnóstico verídico de que el paciente padece depresión, para que de esa manera reciba un tratamiento adecuado en donde el primer paso consistiría en un examen médico.

En ese sentido, la psiquiatra Mónica Sandoval menciona “muchas enfermedades tienen la misma sintomatología que la depresión, por lo cual, muchos médicos suelen no darle la importancia necesaria, así que los doctores pueden descartar esas posibilidades mediante un examen físico, una entrevista con el paciente y estudios de laboratorio como análisis de sangre, orina y funcionamiento tiroideo. Si las causas físicas son descartadas, el siguiente paso es realizar una evaluación psicológica”.

Explica que para realizar un buen diagnóstico de depresión, es necesario por parte de un profesional seguir determinados procedimientos, el especialista deberá indagar y realizar una historia médica completa del paciente, así como conocer sus manifestaciones, la presencia de síntomas específicos, cuándo comenzaron, el tiempo que lleva dicha sintomatología y qué tan serios son, además si el adolescente ha tenido anteriormente síntomas similares y averiguar si fueron tratados y cuál fue el tratamiento que se recetó.

Destaca que el médico también debe preguntar acerca del uso de drogas y alcohol, si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio, “en sí la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia, si alguno de ellos ha padecido depresión y si fue tratado, el doctor debe meterse casi hasta en la vida íntima del paciente y no es exagerar, en verdad es necesario”.

Agrega que la evaluación también incluye un examen mental, para determinar si los patrones del habla, pensamiento o memoria se han afectado, como pasa algunas veces en el caso de enfermedades depresivas.

Destaca que la selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación “existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos”.

Finalmente señala que “los estudios indican que la combinación de antidepresivos y psicoterapia es más efectiva que cualquiera de los dos tratamientos aislados en la mayoría de los pacientes, sé que es un esfuerzo mayor para la familia y el paciente, pero es necesaria para que salga más rápido de la oscuridad en la que se encuentra”.

Psiquiatras

La palabra psiquiatría proviene del griego *psique*, alma; y de *iatría*, curación, en sí es la rama de la medicina que se especializa en la prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales.

El objetivo de la psiquiatría es el alivio del sufrimiento mental, de diferentes maneras, su acción puede iniciarse tanto con una consulta hasta con un internamiento en un hospital.

Un psiquiatra necesita un título de médico cirujano y una especialidad en psiquiatría, y debe ser capaz de detectar condiciones médicas que pueden estar afectando a veces de manera muy importante el funcionamiento psíquico de un individuo, lo que implica la necesidad de practicar frecuentemente exámenes físicos, o solicitar análisis de laboratorio o de imágenes, como cualquier otro médico

En el libro del Dr. Ernesto Lammoglia *Las máscaras de la depresión* señala que la psicología y la psiquiatría no están peleadas, los psiquiatras reconocen que es indispensable e insustituible la psicoterapia, sin embargo, subrayan que únicamente ellos son los especialistas en diagnosticar y sugerir un tratamiento en donde se suministre medicamentos.

Antidepresivos

La depresión es provocada por un problema en la sinapsis de los neurotransmisores, por falta de alguna de las cuatro sustancias químicas básicas del cerebro: serotonina, epinefrina, norepinefrina y dopamina.

Por lo cual, la mayoría de los medicamentos recetados por los psiquiatras incrementan la producción de estas sustancias ayudando al mejoramiento de la sinapsis, evitando así la depresión. Los fármacos más utilizados son Prozac, Zoloft y Paxil.

Los primeros antidepresivos en utilizarse fueron tricíclicos o compuestos de la primera generación, (imipramina, clorimipramina, etc), continúan siendo útiles pero siguen originando un gran número de efectos secundarios y están contraindicados en muchos padecimientos cardiovasculares.

Los compuestos de la segunda generación (fluoxetina). Son más seguros que los de la primera generación y con menos efectos secundarios.

Los inhibidores de la monoami-noxidasa (IMAO). Lo que la medicina hace en esta sustancia (monoami-noxidasa) generada por el ser humano, de manera natural, es disminuir su actividad, la mantiene en equilibrio, ya que se aumenta entonces se tiende más a la depresión.

Litio. Se usa especialmente en el tratamiento maniaco-depresivo.

Los inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina (ISRS) cuando se presenta un cuadro depresivo, una de las neuronas de nuestro cuerpo recapta la serotonina en mayor cantidad de lo normal, lo que provoca mal funcionamiento del sistema. Lo que hace el medicamento es recaptar la serotonina a fin de que exista una concentración regular y que el estado afectivo del sujeto enfermo funcione en forma correcta.

Estos inhibidores son muy activos, prácticamente sin efectos secundarios ni contraindicaciones y en la mayoría de los casos son útiles con una sola toma al día.

Es frecuente que los pacientes no sientan una mejoría en los primeros días y ante tal situación decidan suspender el medicamento, sin embargo, es importante que sepan que los efectos favorables se empiezan a ver hasta después de dos o tres semanas de haber iniciado el tratamiento, ya que es

muy importante seguir tomándolo hasta que éste tenga oportunidad de actuar en el organismo.

También puede haber un periodo de dos o tres semanas que se presenten algunos síntomas secundarios que, si bien no son graves, pueden preocupar al paciente, después de este periodo, los síntomas desaparecen por completo.

Éstos son los efectos secundarios más comunes de los antidepresivos y las formas de manejarlos.

- Boca seca: es útil tomar sorbos de agua, masticar goma de mascar, cepillar los dientes diariamente.
- Estreñimiento: La dieta debe incluir cereales con contenido alto en fibra, ciruelas, frutas y vegetales.
- Dificultad al orinar: vaciar la vejiga puede ser dificultoso, debe notificarse al médico si hay dificultad seria o dolor.
- Problemas sexuales: el funcionamiento sexual puede alterarse, si se vuelve preocupante debe consultarse con el médico.
- Visión borrosa: esto por lo general pasa pronto.
- Mareos: conviene levantarse lentamente de la cama o de la silla.
- Somnolencia: La persona que se sienta somnolienta o sedada no debe conducir ni operar máquinas o vehículos. Los antidepresivos se toman generalmente al acostarse, para ayudar a dormir y minimizar la somnolencia diurna.

Los antidepresivos más nuevos tienen diferentes tipos de efectos secundarios.

- Dolor de cabeza
- Náusea
- Nerviosismo e insomnio (dificultad para dormirse o despertar a menudo durante la noche)
- Agitación (sentirse inquieto, tembloroso o nervioso)
- Problemas sexuales

Psicólogos

La psicología es una rama de la filosofía, intenta sanar a través del conocimiento de la vida de los pacientes y por lo tanto encuentra en la psicoterapia la posibilidad de lograr que el paciente halle el camino para recuperarse.

En cualquier tipo de terapia el trabajo del médico (terapeuta) consiste en escuchar y en tratar de romper los mecanismos de resistencia que el paciente tiene para hablar de sí mismo.

Hay que recordar que la mayoría de los casos de depresión se trata mucho más eficazmente con psicoterapia y un medicamento antidepresivo que con una sola terapia.

A continuación, se describen los principales tipos de psicoterapia.

Psicoterapia dinámica

Esta terapia se basa en la idea de que el comportamiento está determinado por las experiencias pasadas (particularmente en la niñez), el trasfondo genético y las situaciones de la vida cotidiana. Reconoce los efectos de las emociones, los conflictos en el inconsciente y los impulsos del comportamiento humano.

Psicoterapia interpersonal

Esta terapia se basa en la teoría de que las relaciones desequilibradas con otros pueden precipitar o perpetuar la depresión y que ésta a su vez hace más difíciles las relaciones. Esta forma de terapia ayuda a las personas a entender su enfermedad y su conexión con los asuntos interpersonales.

Psicoterapia cognitiva-conductual

Esta terapia sostiene que los síntomas de la depresión se intensifican por creencias irracionales y actitudes distorsionadas hacia la propia persona, el

ambiente y el futuro. Por esta razón, la meta de este tipo de terapia es cambiar estos pensamientos, creencias y comportamientos dañinos.

Psicoterapia de comportamiento

Las terapias de conducta enseñan a los pacientes nuevos comportamientos para llevar una vida mejor y les ayudan a desaparecer patrones de conducta dañinos.

Terapia electro-convulsiva (TEC)

Ésta es una opción terapéutica muy eficiente para curar aquellas depresiones severas en donde el cuadro clínico es tan grave que se necesita la rápida mejoría.

También se utiliza para pacientes que no responden a ningún tratamiento con medicamentos o que tienen enfermedades que impiden el uso de antidepresivos.

La TEC se aplica bajo anestesia de duración breve, se administra un relajante muscular, se colocan electrodos en sitios precisos de la cabeza para enviar impulsos eléctricos, esta estimulación ocasiona una convulsión breve (aproximadamente 30 segundos) dentro del cerebro.

Para obtener el máximo beneficio terapéutico se requiere varias sesiones, usualmente programadas con un promedio de tres por semana. El efecto secundario principal de la terapia electro-convulsiva es la pérdida de la memoria a corto plazo.

Cabe resaltar que la persona que recibe TEC no percibe conscientemente el estímulo eléctrico, por lo cual no es doloroso.

Terapia a base de luz (Fototerapia)

Esta terapia ha resultado eficaz en casos de trastorno afectivo estacional (TAE), es una forma de depresión que aparece en la misma época cada año, por ejemplo, en primavera, verano, otoño o invierno.

Los expertos creen que en el TAE, de alguna manera la depresión está desencadenada por la respuesta del cerebro a la disminución de la exposición a la luz natural.

El tratamiento para el TAE consiste en sentarse ante una luz brillante durante unos 30 minutos al día preferiblemente por la mañana, esta luz sustituye la luz natural del sol, cuya ausencia es, al parecer la causa de este tipo de depresión.

Las personas que se someten a la terapia basada en luz también suelen tener efectos secundarios, entre ellos, dolor de cabeza, vista cansada e irritabilidad, aunque estos síntomas tienden a desaparecer en una semana.

Es importante que los pacientes sean examinados por un oftalmólogo antes de seguir el tratamiento.

Psicoanalistas

El psicoanálisis fue desarrollado por Sigmund Freud en el siglo XIX, quien se interesó por investigar una patología muy frecuente en aquel tiempo: la histeria.

El psicoanálisis es inicialmente un instrumento para tratar personas que padecen de esta patología. Si bien en sus inicios se aboca exclusivamente a la cura de las parálisis histéricas (sufridas en su mayoría por el sexo femenino), luego abarca otro tipo de neurosis, como la paranoia, la neurosis obsesiva o las fobias.

El libro *Las máscaras de la depresión* indica que en un principio Freud intentó la hipnosis como método de tratamiento para poder averiguar el origen de los síntomas de la histeria, pero después de un tiempo se declaró incompetente de llevar a cabo este método de manera eficiente. Fue entonces que optó por el análisis del discurso del paciente en su catarsis (liberación de una emoción o complejo reprimido) llevándolo a cabo con la “libre asociación de ideas”, es decir, el paciente puede expresar todos sus pensamientos, ideas, imágenes, emociones, tal como se le presentan, sin selección, sin restricción,

aunque el material le parezca incoherente, impúdico, impertinente o desprovisto de interés. Estas asociaciones pueden ser inducidas por una palabra, un elemento de un sueño o cualquier otro objeto de pensamiento espontáneo y con esto encontró la posibilidad de descubrir el origen y el proceso oculto de la enfermedad.

Este método de investigación se complementó incluyendo una revisión cuidadosa de la importancia del medio en que se desenvuelve el paciente, es una evaluación de su familia y sus medios cultural y social.

Esta teoría analiza el consciente, preconsciente y el inconsciente.

La conciencia es la cualidad momentánea que caracteriza las percepciones externas e internas dentro del conjunto de los fenómenos psíquicos. El término inconscientes se utiliza para connotar el conjunto de los contenidos no presentes en el campo actual de la conciencia. Está constituido por contenidos reprimidos que buscan regresar a la conciencia o bien que nunca fueron conscientes y su cualidad es incompatible con la conciencia. El preconsciente designa una instancia del aparato psíquico constituido por los contenidos que no están presentes en el campo de la conciencia, pero pueden devenir en conscientes.

Sigmund Freud refiere que la personalidad psíquica se compone en un conjunto de instancias psicológicas: ello, yo y super-yo, las cuales se analizan con profundidad para que el médico que aplique el psicoanálisis llegue a un mejor diagnóstico.

El ello (o id) es la función más antigua y original de la personalidad y la base del yo y del super-yo. Comprende todo lo que se hereda o está presente al nacer, se presenta de forma pura en nuestro inconsciente. Representa nuestros impulsos más primitivos. Según Freud, constituye el motor del pensamiento y del comportamiento humano, además opera de acuerdo con el principio del placer y desconoce las demandas de la realidad. Allí existen las contradicciones, lo ilógico, al igual que los sueños.

El super-yo (o superego) es la parte que contrarresta al ello, representa los pensamientos morales y éticos recibidos de la cultura, consta de dos subsistemas: la conciencia y el ideal del yo. La conciencia se refiere a la capacidad para la autoevaluación, la crítica y el reproche y el ideal del yo es una autoimagen ideal que consta de conductas aprobadas y recompensadas. Es la fuente de orgullo y un concepto de quien pensamos deberíamos ser. Busca soluciones moralistas más que realistas. Por esto, su *leitmotif* es el principio del deber.

El yo (o ego) surge a fin de cumplir de manera realista los deseos y demandas del ello de acuerdo con el mundo exterior, a la vez que trata de conciliarse con las exigencias del super-yo. El yo evoluciona a partir del ello y actúa como un intermediario entre éste y el mundo externo. El yo sigue el principio de la realidad, satisfaciendo los impulsos del ello de una manera apropiada en el mundo externo. Utiliza el pensamiento realista característico de los procesos secundarios. Como ejecutor de la personalidad, el yo tiene que medir entre las tres fuerzas que le exigen: las del mundo de la realidad, las del ello y las del super-yo, el yo tiene que conservar su propia autonomía por el mantenimiento de su organización integrada.

El psicoanalista puede ser o no un médico, pero sí requiere contar con una licenciatura y pasar cinco años como mínimo en un análisis didáctico en el que se somete al psicoanálisis para después poder practicarlo.

El psicoanálisis postula que en muchas ocasiones lo que no nos hace vivir tranquilos son traumas del pasado que se encuentran escondidos en el inconsciente y que la persona tiene que ser consciente de ellos para superarlos.

Es la terapia de introspección, de asociación libre en donde se le pide al paciente que diga todo lo que piensa sin omitir nada, ni el más mínimo detalle, porque todo tiene un sentido, incluso los sueños.

De esta manera el psicoanalista hace una reconstrucción de los hechos desde la infancia más temprana, ya que esta perspectiva pone mucho énfasis

en la infancia, pues indica que de ella proviene el bienestar emocional presente de un individuo, es una terapia que requiere de mucho tiempo.

Las palabras, las afecciones y los problemas relatados por el paciente constituyen tan sólo la parte aparente, o síntoma del conflicto. El objetivo de la terapia es romper las resistencias (al temor de curarse o al carácter de cada persona –así soy y no voy a cambiar-) para que el paciente acepte las motivaciones inconscientes del problema, logrando la catarsis que lleva a la cura.

Después de la primera terapia la transferencia (lazo que une al paciente con el analista) puede ser positiva, es decir, habrá sentimientos amistosos y afectuosos hacia el médico o negativa caracterizada por la expresión de sentimientos hostiles y de enojo.

La asociación libre se lleva a cabo con el paciente, en un ambiente a solas y relajado. Una segunda área que el psicoanalista explora después de la asociación libre es la de los sueños, considerada el camino real al inconsciente. Los sueños, los deseos, las esperanzas, las fantasías, así como los recuerdos de la infancia, son de interés para el especialista en psicoanálisis, que escucha e interpreta para intervenir cuando cree oportuno insistir o replantear alguna parte del discurso del paciente.

Freud distingue dos tipos de sueños: el sueño manifiesto, que generalmente parece incoherente y sin sentido pero que presenta algún tipo de historia narrativa; y el sueño latente, que se refiere al significado del sueño manifiesto. El análisis es precisamente esto lo que pretende descubrir, lo latente detrás de lo manifiesto.

Los sueños brindan información importante, ya que en esta situación es cuando la persona se encuentra más relajada y la catarsis se encuentra debilitada. Los anhelos y deseos que tiene prohibido el acceso en los estados conscientes tienen una oportunidad de escaparse.

Otras opciones para la recuperación

Sin duda alguna, los psiquiatras, psicólogos y psicoterapeutas son los especialistas indicados para recetar un tratamiento para combatir la depresión, sin embargo, existen diversas terapias alternativas que si bien solas no curan la enfermedad sí refuerzan la terapia dada por los doctores.

Grupos de apoyo

Con este tipo de terapia se pueden obtener resultados favorables si los integrantes son personas tolerantes hacia las ideas de los demás. En dichos grupos puede haber personas que padezcan varios tipos de depresión, escuchar a otras personas hablar de problemas semejantes es al parecer muy reconfortante, porque se puede escuchar la opinión de un extraño y eso ayuda mucho al paciente.

Sin embargo, se aconseja que antes de asistir a cualquier terapia de grupo es importante haber platicado el problema con un psicoterapeuta para así poder escuchar a cualquier otro enfermo.

Tratamiento por Internet

Tratamiento por Chat

En la actualidad, la tecnología llega a cualquier parte del mundo, las personas que lo deseen pueden hacer uso de ella, y a través del Internet es fácil investigar cualquier tema.

En ese sentido, también quienes padecen depresión pueden encontrar una solución en la web, ya que este medio ofrece a la persona un lugar donde le brinden atención inmediata y hay un espacio de diálogo terapéutico en el momento en que lo necesite.

El individuo deprimido puede registrar la dinámica de la sesión de chat para consultarla posteriormente y analizar las respuestas textuales del profesional.

En Estados Unidos, la sociedad depresiva cuenta con la facilidad de encontrar a un terapeuta en la red y si lo desea, el usuario puede realizar una sesión de chat privado, las opciones que manejan en ese país son:

Consulta chat privado 30 minutos: \$ 28• dólares

Consulta chat privado 60 minutos: \$ 40• dólares

Posteriormente se le pide que complete los siguientes tres pasos:

1. Seleccione 30 o 60 minutos de sesión on line.

(El pago es requerido previamente en el banco)

2. Complete el formulario de pre-sesión requerido.
2. Seleccione el horario de consulta.

Consultas por email

Ideal para realizar consultas puntuales con una profesional especializada en depresión.

En Estados Unidos las consultas por email también son muy usuales y cuesta 12 dólares, y con un sólo click el paciente recibirá la respuesta, en una consulta dentro de las 24 horas de enviado el email. Las consultas las responde una doctora capacitada para tratar la depresión –así debe de ser-.

Cuando se envía un email, se tiene que incluir la siguiente información:

1. ¿Cuál es su problema?
2. Indicar ¿qué dudas o interrogantes se tienen con respecto al tema?
3. ¿En qué puede ayudar la doctora?

Email:

Edad:

Sexo:

Entre más concreta sea la información que el paciente brinde en el mail enviado, más precisa serán las respuesta que recibirá.

La doctora también necesita una autoevaluación de la persona que está pidiendo ayuda, es una manera rápida y fácil de determinar si el individuo presenta indicadores de depresión. Los resultados obtenidos son anónimos y confidenciales.

Por otra parte, esta evaluación tiene como propósito identificar síntomas correspondientes a desórdenes depresivos, pero no sustituye una evaluación diagnóstica.

Además de que el cuestionario no debe ser resuelto por menores de 18 años.

Realizando esta autoevaluación la persona obtendrá:

1. Su nivel de depresión actual
2. Una explicación del resultado
3. Algunas indicaciones y sugerencias

El siguiente cuestionario es el que muchos psicólogos o psiquiatras estadounidenses aplican a través del mail para saber si la persona presenta indicadores de depresión.

Marque Sí o No si ha tenido alguno de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, y éstos hayan representado un cambio respecto a su actividad.

Pregunta	SÍ	NO
1. ¿Se ha sentido triste, afligido o desdichado últimamente?		
2. ¿Ha perdido el interés por algunas cosas?		
3. ¿Se ha dado cuenta que recientemente no ha podido disfrutar de		

algunas cosas que solían agradar, por ejemplo, una buena comida, un viaje, actividad sexual, una película cualquier otra cosa que le produjera placer?		
4. ¿Se siente ansioso, inquieto, atemorizado, sin ninguna razón?		
5. ¿Tiene la impresión de que va a suceder algo terrible?		
6. ¿Desearía alejarse de la gente, incluso de las personas que le son más próximas?		
7. ¿Se siente suficientemente seguro de sí mismo cuando trata con otras personas?		
8. ¿Le cuesta mucho trabajo hablar con la gente o escucharla?		
9. ¿Se encuentra mucho más cómodo cuando está solo que cuando está con otras personas?		
10. ¿Ha perdido, al menos en parte, la confianza en sí mismo?		
11. ¿Piensa que mantiene como siempre su capacidad de concentración?		
12. ¿Tiene la impresión de que su pensamiento se ha vuelto más lento o de que es cada vez menos claro?		
13. ¿Tiene con frecuencia ideas contradictorias acerca de decisiones sin gran importancia que ha de tomar?		
14. ¿Está preocupado por su salud física?		
15. ¿Piensa alguna vez en el suicidio o ha sentido el deseo de terminar de una vez con todo?		
16. ¿Se enfada o se irrita con mayor facilidad que antes?		
17. ¿Siente que u energía habitual ha disminuido, se cansa ahora más que antes?		
18. ¿Tiene alteraciones en su ritmo habitual de sueño?		
19. ¿Ha aumentado o disminuido su peso?		
20. ¿Ha disminuido su interés por el sexo?		
21. ¿Tiene sentimientos de culpa?		
22. ¿Ha sufrido oscilaciones en su estado de ánimo?		

Este tipo de terapias por el momento sólo se brinda en estados Unidos, sin embargo, la tecnología avanza de una manera tan rápida que cuando menos se piense ya va estar en México.

La depresión es el mal del siglo XXI que va avanzando de manera insólita y aunque ésta sea una terapia que resulte demasiado fría, muy pronto quizá sea la única manera en que una persona que padezca depresión podrá obtener respuestas a su estado físico y emocional.

Sin duda alguna la mejor terapia es acudir a especialistas con los cuales el paciente deprimido pueda hablar de persona a persona, para sentirse más tranquilo, a gusto, escuchado y comprendido.

Además quien tiene la seguridad que el que está del otro lado de la línea sea un verdadero psicólogo, psiquiatra o psicoterapeuta; es muy difícil saber si en verdad está poniendo atención y entendiendo lo que el paciente le este platica.

Delfinoterapia

La delfinoterapia es un proceso de interacción entre un humano y un delfín con objetivos terapéuticos, con base en la emisión de sonidos naturales emitidos por estos cetáceos.

Es un tratamiento alternativo en donde el sistema de ecolocalización del delfín, éste es un método que se basa en el contacto de las ondas de sonido producidas por el mamífero estimulando el sistema nervioso central de los pacientes, provocando una mejor comunicación entre neuronas, estimula la segregación de hormonas y mejora la sincronización de los hemisferios cerebrales propiciando un estado de relajación profunda, mayor bienestar y mejoría en su tratamiento.

La delfinoterapia ayuda a personas con alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso central como son las asociadas al problemas de lenguaje, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, parálisis cerebral, depresión, estrés y en general personas con algún trastorno o daño neurológico.

En México son muy pocos los espacios en los cuales se imparte esta terapia; Atlantis, en el Bosque de Chapultepec y Acuario Aragón, estos lugares cuenta con un valioso equipo de trabajo, quienes conocen y tienen experiencia en el manejo de los delfines.

Acuario Aragón cuenta con un equipo multidisciplinario –psicólogos, médicos, biólogos, zootecnistas, entrenadores- apoyado por el Hospital

General, quienes llevan a cabo los estudios neurológicos que el paciente requiere.

En entrevista, la psicóloga Monserrat Ruiz, resalta que “a diferencia de los seres humanos, los delfines no distinguen raza, sexo ni mucho menos a personas con ciertos padecimientos o enfermedades, lo que primeramente eleva el autoestima de los pacientes.

“Miren, ellos son Dúncan de dos años y Holbox de 16, con quienes trabajamos, son dos delfines machos, muy cariñosos, inteligentes y comelones, los delfines son mamíferos muy inteligentes, graciosos, simpáticos, comunicativos, cariñosos, tiernos, entre otras tantas características. Son cetáceos pisciformes con aberturas nasales en la parte superior de su cabeza, tienen una aleta de cada lado y otra horizontal al final de sus grandes cuerpos”.

Explica que “el sonido que emiten los delfines de su frente ultrasonar, mejor conocida como melón, provoca la estimulación de las neuronas de los pacientes. También activan el sistema endocrino generando la hormona conocida como endorfina, la cual mitiga los dolores e induce a la relajación”.

Señala que “los turciops-truncatus, mejor conocidos como nariz de botella son la especie de delfines que mejor se adapta a este tipo de terapias y al cautiverio”.

Comenta que los principales resultados que se han notado en los pacientes son la estimulación del sueño en cantidad y calidad, así como el incremento del apetito, lo cual es sumamente significativo para un mejor proceso cognositivo.

Subraya que Acuario Aragón tiene un paquete que consta de 12 sesiones de 15 minutos cada una y tiene un costo que oscila entre los 10 y 12 mil pesos, en la segunda opción se incluyen estudios neurológicos del paciente; uno al inicio del tratamiento y el segundo al final –para ver los resultados obtenidos-.

En ese sentido, señaló “contamos con algunas becas para la gente que realmente lo necesita, se hace una lista y se hace un estudio socioeconómico, dependiendo de los resultados les hacemos un descuento pero eso sí nunca damos una beca al cien por ciento”.

Destacó que esta terapia alternativa funciona mejor si se complementa con la visita al psicólogo o al psiquiatra “es mejor y funciona más –la terapia- si el paciente la complementa con medicamentos suscritos por especialistas, creo que se obtienen mejores resultados”.

Finalmente mencionó que “existen muchos especialistas que no avalan las terapias alternativas y menos si son llevadas a cabo con animales”.

Ayuda telefónica (SAPTEL, Depretel)

Saptel es una línea especializada gratuita que apoya psicológicamente en casos de emergencia con programas de intervención en crisis, atiende todos los días de la semana las 24 horas del día.

La función principal de Saptel es brindar apoyo, atender y entender a las personas que hablan y que necesitan ayuda, “saptel da un empujoncito para las personas que están en crisis tomen terapia o apoyo psicológico, para que mejore su estado emocional”, señala en entrevista el psicólogo en línea Arturo Valdez.

Subraya que la línea está integrada por especialistas que brindan información completa a los individuos que hablan y se encuentran en una desesperanza profunda, canalizan, brindan horarios, costos y teléfonos, de lugares que pueden atender a la persona en ese momento.

“Tenemos convenio con algunas instituciones en las que si mencionan que van de Saptel les hacen un descuento y sus terapias siguientes –si deciden tomarlas- son a un precio accesible, el Instituto Mexicano de Psicoanálisis y el Centro de Estudios Psicoanalíticos Mexicanos (Cepsimac), son algunos de esos lugares, ambos atendidos por especialistas”.

Explica que la mayoría de las personas que llaman a la línea son mujeres jóvenes adolescentes que se encuentran envueltas en relaciones destructivas –donde el novio las maltrata física, psicológica y emocionalmente, quienes llevan mucho tiempo con una depresión y cuando llegan a llamar en ese momento piensan en el suicidio.

Precisa que la desesperanza es un mal consejero y lleva a tener consecuencia no gratas “lo que nosotros tratamos de hacer es calmarlas (os), disuadir ese pensamiento de querer morir, tratamos que nos platique qué ocurre, las escuchamos y tratamos de tranquilizarlos, generalmente la primer llamada que nos hacen dura entre 40 o 50 minutos, pero si se necesita más tiempo lo que nos sobra a nosotros es eso tiempo”.

Indica que llevan un expediente de la persona por aquello de que volviera a llamar, sólo se le preguntan algunos datos y si tiene a la mano su número de expediente y se le designa al psicólogo que la atendió por primera vez para que se sientan más en confianza y no tengan que volver a repetir la historia de la primer llamada “esto es una política de seguimiento”.

Agrega que atienden llamadas de cualquier estado, “se les atiende igual, con el mismo conocimiento, pero eso sí, estas llamadas duran menos tiempo, entre 20 o 30 minutos máximo”.

Abunda que cada año Saptel prepara durante tres meses a egresados y estudiantes de la licenciatura de Psicología para que puedan tratar a través de la línea de teléfono a personas que atraviesen por desesperanza, depresión, incluso que estén a punto de quitarse la vida.

Finalmente señala que “esta línea no tiene mucha difusión ni en el Distrito Federal ni en el interior de la República mexicana, este servicio está en crisis, algo paradójico pues el problema de depresión va en aumento día a día, yo pienso que el gobierno no ha hecho su trabajo y me da mucha pena porque la situación está a punto de dispararse, pero lo entiendo es muy difícil que las personas confíen sus problemas a alguien que no conocen, aunque yo creo

que si tuvieras difusión en la radio y la televisión, las personas que atraviesan un periodo difícil nos tomarían como una posible opción”.

DEPRETEL

Depretel es un programa vía telefónica que brinda asesoría y apoyo psicológico a personas que padecen depresión, ansiedad o que están en crisis emocional, es una línea de servicio para el público, la cual cubre el vacío existente del individuo y trata de orientar profesionalmente a las personas que padecen depresión.

El objetivo de esta línea es detectar a los pacientes depresivos en la etapa temprana de éste padecimiento, ayudándoles a conseguir un tratamiento especializado y efectivo, evitando así complicaciones, sufrimiento y en algunos casos extremos, hasta suicidios.

El programa está dirigido al público en general y a todas aquellas personas que creen tener una depresión o en el instante en el que la persona hace la llamada se sienta triste, apático, con desesperanza, falta de motivación, cree que nada vale en la vida y llora frecuentemente, pues estos síntomas son indicadores que el individuo posiblemente padezca depresión.

En entrevista el psiquiatra y psicoterapeuta, el doctor. Alfredo Salmón señala que “el diagnóstico sólo puede establecerlo un especialista, sin embargo la persona que padece depresión puede identificar algunos síntomas y solicitar orientación en DEPRETEL”.

Indica que la depresión es causa de una gran disminución de la tranquilidad, obstaculizando el libre desempeño diario y la buena marcha de las relaciones interpersonales, “el estar deprimido abarca una serie de emociones surgidas de situaciones reales o imaginarias, incluyendo los pensamientos negativos, la depresión no es debilidad de carácter, en la mayoría de los casos, las personas afectadas no buscan ayuda profesional, porque no creen necesitarla, sin embargo nosotros tratamos de convencerlos que sólo un especialista podrá dar un diagnóstico oportuno.

Subraya que la orientación telefónica que se da es por parte de psicólogos especialistas, entrenadas en el manejo de las alteraciones del estado de ánimo.

”Depretel no es una línea de intervención es decir, no se dan consejos, ni se prescriben medicamentos, ni se atiende el padecimiento por teléfono; porque, es imposible realizar una consulta adecuada o un diagnóstico certero vía telefónica, lo que hacemos es que en cuanto llama una persona se le toman sus datos básicos, omitiendo el nombre y se le aplica un cuestionario, el cual ha sido probado en México desde hace 15 años por los psiquiatras más importantes del país y nos da una aproximación a saber si padece o no, depresión”.

Continúa “dependiendo de la puntuación, los especialistas clasifican el grado de depresión de la persona que está llamando y entonces se le canaliza a un panel de 150 psiquiatras en toda la República Mexicana avalados por la APM (Asociación Psiquiátrica Mexicana) para que acuda a una consulta”.

Refiere que al paciente se le pregunta si puede acudir a consulta privada, en caso de no poder por limitaciones económicas, tenemos toda la información necesaria para orientarlo y canalizarlo a los servicios de Salud Mental del Sector Salud

“Si es derechohabiente del IMSS o ISSSTE y dependiendo de su localidad le decimos a dónde acudir, en caso de no ser derechohabiente de ningún servicio de seguridad social lo podemos orientar para que acuda a la Secretaria de Salud, en ocasiones les llegamos a proponer dos o tres especialistas de acuerdo a su domicilio”.

Agrega que “el hecho de que las personas llamen a Depretel, es muy importante para nosotros porque últimamente hemos notado que hay un número muy alto de personas que todavía tienen muchos “tabúes” con respecto a las consultas psiquiátricas.

El público en general se resiste a acudir a una consulta psiquiátrica porque tiene la idea de que sólo las personas “locas” acuden al psicólogo, es

común frecuente que nos digan yo no estoy loco, solo estoy muy triste, la vida es mala y dura conmigo”.

Cada día hay más difusión sobre este tipo de trastornos, pero aún la mayoría de las personas no sabe a qué centro acudir o a qué especialista consultar, por esta razón se fundó Depretel, que es una línea de canalización y de orientación para el paciente que cree tener depresión.

“Nos preocupa mucho nuestra sociedad”, enfatiza que, “los últimos reportes de la Organización Mundial de la Salud indican que este año, una de cada cuatro personas es afectada por un trastorno mental, la depresión se encuentra en tercer lugar de las 10 enfermedades principales a nivel global y se pronostica que para el 2020 pasará al primer lugar, esto es verdaderamente alarmante”.

Finalmente señala que Depretel funciona promoviéndose a través de periódicos, menciones en programas de radio, en las barras de salud de programas noticiosos de televisión o noticiarios radiofónicos en donde nos mencionan como un servicio para poder evaluar y canalizar a la persona deprimida.

Terapia de arte

La terapia de arte es una alternativa terapéutica basada en la expresión a través de materiales de arte para llegar a la exploración y resolución de problemas, ayuda a desarrollar habilidades para encontrar alternativas en la solución de enfermedades mentales.

Es una herramienta holística, debido a que conceptualiza al ser humano como un todo y utiliza la habilidad creativa para lograr una vida más satisfactoria, el trabajo se desarrolla a través de la externar el problema por medio de imágenes que se trabajan como metáforas para visualizar las alternativas del cambio.

La terapia del arte ayuda a expresar sentimientos, focalizar problemas, desarrollar habilidades creativas, promover el crecimiento, identificar áreas de

conflicto, mejorar la comunicación, resolver conflictos interpersonales, descubrir las habilidades para solucionar las situaciones difíciles por las que atraviesan las personas con depresión.

En entrevista, la directora del Centro Integral de Terapia de Arte (CITA), Glenda Nosovsky, señala que la terapia de arte tiene el objetivo de que el individuo se convenza de que tiene el poder y la responsabilidad del cambio y de manejar su vida “a través de esta terapia la persona tiene más facilidad para enfrentar sus problemas, ya que es realmente quien los conoce y además quien tiene la solución para ellos, por lo que el terapeuta de arte es solamente una guía para su proceso de autoconciencia y cambio”.

Indica que el CITA es una institución que se dedica a ayudar a los seres humanos en un proceso de integración, “una persona que padece depresión lo primero por lo que atraviesa es la soledad, la desintegración, el sentirse de más en cualquier lugar y con cualquier persona –amigo, familiar o pareja- por eso primero hay que volver a enseñarle que se tiene que integrar a una sociedad”.

Explica que en este tipo de terapia se utilizan materiales artísticos que les permiten evocar imágenes individuales y trabajar con ellas como método terapéutico. Trabajan los problemas separándolos del individuo y exteriorizándolos para que se llegue a una visión completa que permita manipular y solucionar en forma concreta los problemas que impiden que la gente sea feliz.

Refiere que una de sus metas principales es que el individuo aprenda a vivir en forma creativa, es decir, que aplique la creatividad en todas las áreas de su vida para crear una vida plena y sana, “no es tan complicado como luego muchos se lo imaginan, es más fácil de lo que creen, solo hay que quererse y consentirse”.

En la terapia de arte se utilizan las imágenes que se expresan a través de la pintura, la escritura y cualquier expresión plástica que se convierta en un proceso creativo que lleva a la persona a resolver sus problemas permitiéndole trascender por medio del arte, enfatizó.

Indica que cada obra de arte representa una etapa de la vida de la persona, un pensamiento o un sentimiento y al mismo tiempo le va indicando quien es, en donde esta y a donde tiene que ir.

Señala que la terapia de arte es útil para niños, adolescentes, adultos y ancianos ya que permite que cada uno exprese en forma simbólica y única lo que necesita trabajar y cambiar ya que utiliza códigos personales y no universales.

“El arte funciona como un lenguaje simbólico entre los diferentes niveles individuales, familiares y sociales de una persona, por lo que el arte expande la conciencia”, expresa.

A través del arte las personas se dan cuenta de quienes son, pueden ver y tocar lo que antes no podían ni siquiera mencionar. Las imágenes son palabras más poderosas que cualquier comunicación verbal la persona exterioriza sus pensamientos y sentimientos para hacerlos tangibles y externos y de esta forma, transformarlos e integrarlos en forma más clara y útil.

Neuróticos Anónimos A.C.

Neuróticos Anónimos (NA) es un grupo de gente que se congrega para solucionar sus problemas emocionales siguiendo el Programa de Recuperación de Alcohólicos Anónimos.

El objetivo de este grupo es ayudar a los individuos mental y emocionalmente perturbados, el Programa de Neuróticos Anónimos consiste de 12 pasos sugeridos para la recuperación individual; 12 tradiciones para la dirección de los individuos, señaló un padrino de un grupo de NA, quien no quiso dar su verdadero nombre pero pidió que lo llamáramos Felipe durante la entrevista.

Explica que para pertenecer a NA no hay cargos ni cuotas porque los individuos recuperados son los que ayudan a aquellos que continúan sufriendo con esa desesperación, depresión, ansiedad, miedo, ira, tristeza, cualquier problema emocional o hasta incluso ganas de querer morir.

Detalla que toda la gente es bienvenida a las reuniones de Neuróticos Anónimos, pues es seguro que en estos lugares las personas encuentren a alguien que las va a escuchar, que les podrá dar una opción de solución y ya de los que tengan el problema dependerá si toman algún consejo o no.

“Es muy difícil salir de una enfermedad mental o emocional aquí vienen las personas cuando se sienten mal y creen que son enfermedades físicas, cuando en realidad lo que traen es un dolor pero en el alma, sienten que nadie los entiende y se sienten de más hasta en su propia casa o trabajo”.

Expresa, muy pensativo, que “los que asistimos a estos lugares Neuróticos Anónimos nos sentimos impotentes ante nuestras emociones. Aquí cada persona que sube al estrado y cuenta su experiencia no se da cuenta por lo que está atravesando, es la última en darse cuenta del problema por el que atraviesa, y solo hasta que escuchamos a otro es cuando decimos a pero si yo también me siento así”.

La depresión es tan vieja como la raza humana, subrayó, detrás de cada problema o enojo hay una probable depresión, la cual hace sufrir a la persona, y le da miedo tratarla con especialistas por lo cual se refugian en Neuróticos Anónimos “aquí el que quiere habla y se desahoga, el que no, no, aquí no se le obliga a nadie a pasar al frente y exponer sus pensamientos, aquí nos damos nuestro tiempo y solitas fluyen las cosas”.

“En estos grupos tratamos de darnos ánimos, de elevar nuestro autoestima de vivir y dejar vivir a los demás, de regresar a nosotros mismos porque ya nos estábamos olvidando de nosotros, en NA se usa la clave del respeto y amor por uno mismo”.

Explica el tratamiento en este tipo de lugares se lleva a través de los doce pasos, al igual que en los grupos de Alcohólicos Anónimos

Los Doce Pasos

- 1.- Admitimos que éramos impotentes ante nuestras emociones, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.

- 2.- Llegamos al convencimiento de que sólo un Poder Superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.
- 3.- Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios tal como nosotros lo concebimos.
- 4.- Sin ningún temor hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
- 5.- Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.
- 6.- Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
- 7.- Humildemente pedimos a Dios que nos librase de nuestros defectos.
- 8.- Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
- 9.- Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño que les habíamos causado, salvo en aquellos casos en que el hacerlo perjudicaría a ellos mismos o a otros.
- 10.- Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
- 11.- Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
- 12.- Habiendo experimentado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los neuróticos y de practicar estos principios en todos nuestros actos.

Agrega, “también contamos con doce tradiciones que nos ayudan a reafirmar lo que hemos hecho por nosotros y nuestros propósitos, ya que en ciertas circunstancias podemos tener alguna debilidad y volver a caer”.

Las Doce Tradiciones

- 1.- Nuestro Bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de N.A.

- 2.- Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental, un Dios amoroso que puede manifestarse en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza; no gobiernan.
- 3.- El único requisito para ser miembro de N.A. es querer recuperarse de la enfermedad emocional
- 4.- Cada grupo debe ser autónomo excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a N.A. considerado como un todo.
- 5.- Cada grupo tiene un solo objetivo: llevar el mensaje al neurótico que aún está sufriendo.
- 6.- Un grupo de N.A. nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de NA. a ninguna entidad allegada o empresa ajena para evitar que problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.
- 7.- Todo grupo de N.A. debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.
- 8.- Neuróticos Anónimos nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.
- 9.- N A. como tal, nunca debe ser organizada; pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables antes aquellos a quienes sirven.
- 10.- Neuróticos Anónimos no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente, su nombre nunca debe ser mezclado en polémicas públicas.
- 11.- Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; debemos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio, la televisión y cine.
- 12.- El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

En Neuróticos Anónimos “Solo por hoy” es una frase que les da fuerza y empuje a seguir con las ganas de salir adelante y no dejarse vencer por esas enfermedades emocionales.

Solo por Hoy

“Solo por Hoy” trataré de pasar el día sin esperar resolver el problema de toda mi vida en un momento. Solo durante doce horas puedo proponerme hacer algo que me espantaría si creyera tener que seguir haciéndolo durante toda la vida.

Solo por Hoy” seré feliz. Está verdad que dijo Abraham Lincoln: “Casi todo el mundo es tan feliz como se propone”. Hoy la pondré en práctica.

“Solo por Hoy” me ajustaré a lo que es, sin tratar de amoldar todo de acuerdo con mis deseos. Tomaré la “suerte” como venga y me acoplaré a ella.

“Solo por Hoy” trataré de fortalecer mi mente. Estudiaré. Aprenderé algo útil. No seré un apático mental. Leeré algo que requiera esfuerzo, pensamiento, y concentración.

“Solo por Hoy” ejercitaré mi alma de tres formas: le haré un bien a alguien sin esperar recompensa y sin que nadie lo sepa; si alguien se enterara esto no contaría. Haré por lo menos dos cosas que no quiera hacer, solo como un ejercicio. No le demostraré a nadie que mis sentimientos han sido heridos, puedo estarlo - pero hoy no lo demostraré.

“Solo por Hoy” tendré un programa a seguir. Quizá no lo siga con exactitud, pero lo tendré. Me salvaré de dos plagas: la prisa y la indecisión.

“Solo por Hoy” seré agradable. Me mostraré lo mejor que pueda. Vestiré apropiadamente, hablaré en voz baja, actuaré cortésmente, no haré crítica alguna, no le encontraré faltas a nada, y trataré de no superar ni dirigir a nadie más que a mí mismo.

“Solo por Hoy” me tomaré media hora de calma para mí mismo, y estaré sin tensión. En algún momento durante esa media hora, trataré de tomar una mejor perspectiva de mi vida.

“Solo por Hoy” no tendré miedo. Trataré especialmente de no sentir miedo a disfrutar de lo que es bello, y creer que del mundo he de recibir de acuerdo a lo que le dé.

Señor, haz de mí un instrumento de tu paz. Donde haya odio, permíteme, Señor, sembrar amor. Donde haya herida, perdón. Donde haya duda, fe. Donde haya desesperación, esperanza. Donde haya tinieblas, luz. Donde haya tristeza, alegría.

Señor! Te suplico me concedas: Que no pueda consolarme tanto como consolar; que no sea comprendido tanto como comprender, que no sea amado tanto como amar, que no reciba tanto como dar, que no reciba el perdón tanto como perdonar. Y así será, que agonizando, nacemos a la Vida Eterna.

Asimismo, la mayoría – casi todas- de las personas que pertenecen a NA creen en un ser superior al cual le dicen:

Dios concédeme: Serenidad para aceptar las cosas que no podemos cambiar, Valor para cambiar las que podemos y Sabiduría para discernir la diferencia.

Reiki

El Reiki es una técnica curativa ancestral, que consiste en la imposición de manos sobre una persona, facilitando así la transmisión de energía curativa. Está profundamente ligado con los conceptos orientales de energía vital, energía universal, así como flujo de energía a través de chakras o puntos energéticos presentes en el ser humano (creencia propia de la religión hindú).

Los pacientes reciben energía básicamente a través de las manos del terapeuta. Esta energía es percibida por la persona que la recibe, y utilizada como mejor la necesita.

Reiki es un concepto formado por dos vocablos japoneses, **Rei** y **Ki**, que se refieren a dos formas de energía que son fundamentales, **Rei** significa energía del universo, todos los seres estamos conectados a esta forma de energía, cuando fluye libremente a través de nosotros, produce salud y bienestar. **Ki** es la **energía vital** que circula dentro del organismo de las personas, esta energía y la calidad de la misma, difieren de un ser a otro.

“El reiki equilibra y restaura la energía del organismo y favorece la capacidad del cuerpo para sanarse a sí mismo, en el nivel psicológico, el reiki sumerge al paciente en un profundo estado de relajación y paz, a nivel físico el reiki calma el dolor, refuerza el sistema inmunológico y fortalece el cuerpo ante cualquier enfermedad”, indica en entrevista la terapeuta de reiki, Verónica Luna.

Señala que esta terapia consiste en la canalización de energía universal o espiritual para armonizar cuerpo, mente y espíritu, creando así una persona sana y equilibrada, es una forma de sanación que ha sido tan aceptable que se ha introducido amplia y rápidamente en la parte occidental de nuestro planeta.

“El Reiki es un sistema de comunicación entre el terapeuta (sanador) y el paciente, es un enlace único y con todas las personas es diferentes”.

El sanador realiza su función curativa empleando su energía mental y además, es el conducto por donde circula la energía Rei. Será el transmisor de esta forma de energía curativa al paciente.

Mientras que el paciente, es el receptor o destinatario de la energía curativa Rei que le envía el transmisor. El paciente es quien se cura a sí mismo, con el poderoso apoyo de la energía del universo. El efecto final de la recepción de la energía Rei en el paciente, es que facilita que este haga circular fluidamente su propio Ki, con la cantidad y calidad necesarias para que pueda vivir saludablemente.

“Cuando se le aplica a una persona que padece depresión, se le brinda tranquilidad, paz y armonía al mismo tiempo, por lo que me atrevo a decir que veo que salen hasta con ganas de vivir, de iniciar una nueva vida” comenta.

“El paciente deprimido logra la reconexión con la energía universal y consecuentemente se originan procesos de revitalización física, mental y emocional, que dan lugar a un estado de bienestar general y de salud”, comenta.

Esta terapia no tiene efectos secundarios “es recomendable que el paciente con depresión además de tomar este tipo de terapias acuda a un psicólogo o psiquiatra, de esa forma saldría más pronto del estado depresivo”.

“Estas son terapias alternativas que no toman el lugar de un especialista (psicólogo o psiquiatra) sin embargo, llegan a ejercer resultados positivos en las personas deprimidas”, finaliza.

El Reiki tiene que cumplir con cinco principios.

- Sólo por hoy no estés enojado.
- Sólo por hoy no te preocupes.
- Gana tu pan honradamente.
- Siente gratitud por todo lo vivo.
- Honra a tus padres y ancianos, a tus maestros y alumnos

Son muchas las terapias alternativas en las que se pueden apoyar las personas que padecen depresión, así como sus familiares más cercanos, pues como ya se dijo anteriormente, ellos viven la enfermedad como el mismo paciente.

CONCLUSIONES

La depresión es una enfermedad que afecta a todo el cuerpo, el estado de ánimo, así como los pensamientos. Afecta la forma de dormir, lo que se opina de uno mismo y sobre todo el concepto de la existencia.

Tristeza, desesperanza, baja autoestima, inapetencia, miedo, confusión e irritabilidad son algunos signos de la depresión, enfermedad que cada día está alcanzando a más adolescentes en nuestro país.

Síntomas como ganas de llorar, sentirse solo, creer que la vida ha sido un fracaso, incluso deseos de morir, son comunes en las personas que padecen depresión.

Durante el desarrollo de esta investigación quedó claro que la depresión no es un estado de ánimo triste pasajero, tampoco una señal de debilidad o una condición que se pueda alejar a voluntad. Las personas que enfrentan esta enfermedad no pueden tan sólo “animarse” y de inmediato sentirse mejor y además sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses, años o en el peor de los casos llegar al suicidio.

La depresión se ha convertido en una de las principales enfermedades causantes de la pérdida del mayor número de años de vida saludable del ser humano, afecta a miles de personas y amenaza con ser, en las siguientes dos décadas, la segunda causa de discapacidad.

Las cifras de este padecimiento en los adolescentes van en aumento día a día y sin duda alguna es el principal motivo de que un joven piense seriamente en quitarse la vida, pues su realidad y su futuro se encuentran en un momento incierto

Lo que posiblemente resulta contradictorio, pues pese a que las cifras de las personas que sufren depresión siguen en aumento, datos recientes demuestran que los jóvenes que deciden acudir al médico para atender la enfermedad, la mayoría no son correctamente diagnosticados, por lo tanto no

son tratados. Esto quiere decir que las estadísticas encontradas no muestran números reales.

En la adolescencia también se presentan varias pérdidas que son causantes del padecimiento ya que se convierten en tormentas emocionales, como cambio de la secundaria a otro grado escolar, posibles divorcios entre los padres, amigos con problemas sociales que transmiten su apatía a la vida, quienes influyen de manera negativa en los jóvenes, hasta llegar a un posible suicidio.

Además, en el ámbito escolar a los adolescentes también se les estigmatiza cuando padecen depresión, se les discrimina en su propio entorno, donde se supone deberían estar más cómodos y ser más aceptados.

En los adolescentes las crisis de desarrollo conllevan a una posible depresión; los momentos psicobiológicos de cambios asociados al proceso de maduración, en el que se distinguen episodios como el de la adolescencia y el tránsito de la juventud a la madurez. Dentro de estas etapas también hay eventos de la vida que configuran una crisis de crecimiento, como es el paso de estudiante hacia la vida laboral, contar o no con una pareja, la desintegración familiar y el ambiente escolar, entre otros.

La desintegración familiar, la inseguridad, una escasa educación y preparación para conseguir trabajo y la exigencia de la sociedad en un mundo globalizado son algunas de las causas sociales de la depresión, aunado a éstas, una crisis existencial, así como falta de atención pueden precipitar el número de suicidios.

Son muchos los jóvenes que sufren de depresión y la mayoría de sus familias ignoran en qué consiste, cuál es el origen y cuál es el tratamiento adecuado. Esta falta de información se traduce en una actitud fría y dañina, la cual hace que las personas con depresión se sientan peor física y mentalmente, con miedo y vergüenza por el sólo hecho de estar enfermas.

En México como en todo el mundo, la muerte de un adolescente siempre es un acontecimiento trágico, más aun cuando se trata de un suicidio. En la

mayoría de estos casos la depresión tiene mucho que ver con esta fatal decisión. Lamentablemente la actitud de la sociedad hacia esta enfermedad es bastante irresponsable y apática.

Los adolescentes representan el grupo de la sociedad más vulnerable para el suicidio, a causa de situaciones complejas, esto aunado a factores de depresión, ansiedad, así como el consumo de sustancias adictivas, por lo que la muerte, empieza a ser un tema cotidiano.

De hecho, 80% de los menores que intentan o logran suicidarse lo anuncian verbalmente o por escrito días o meses antes, razón por la cual el adulto debe prestar atención y ver qué está pasando con él.

Tan sólo en 2007 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atendió aproximadamente 11 mil intentos de suicidio en los jóvenes adolescentes a raíz de una depresión severa.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) indica que las principales causas de suicidio entre los jóvenes mexicanos son maltrato psicológico y físico, abuso sexual, exigencia escolar y disputas en el núcleo familiar.

A esas situaciones se le suma haber reprobado en la escuela, humillación, castigo por parte de los padres, rivalidad entre los hermanos, déficit de atención e hiperactividad, descontrol de los impulsos, así como la depresión pueden ser causantes que precipiten la idea de quitarse la vida.

El suicidio está entre la segunda y tercera causa de muerte entre los 15 y 25 años, y el 65% de los casos de inicio de una enfermedad mental se encuentra en esas edades, según datos del INEGI.

Se recomienda, sobre todo a los padres de familia, estar atentos e identificar estas características en sus hijos, para solicitar tratamiento oportuno. Son múltiples los mitos y la desinformación en torno a la depresión y al suicidio, por lo tanto y para evitar el incremento de este problema social, es importante que en los hogares se atiendan los reclamos de los jóvenes.

Otro punto que a nuestro parecer es importante, se refiere a que la cantidad de profesionales que se encuentran disponibles para la atención de trastornos mentales no es suficiente y; sobre todo, que algunos no cuentan con los conocimientos necesarios para atender satisfactoriamente las necesidades de la población.

Con base en los testimonios recabados en esta investigación, finalmente podemos afirmar que la falta de oportunidades para estudiar, la carencia de empleos, la ausencia o insuficiencia de reconocimiento familiar y/o social son algunas de las principales causas de depresión juvenil en México.

Para darle una posible solución a esta cruel realidad, es indispensable que la familia junto con el resto de los actores sociales, promuevan una campaña para dar a conocer a fondo esta enfermedad, enseñando a la sociedad a identificar sus síntomas y lo más importante aceptarla como una causa de incapacidad, sólo así se le dará la relevancia necesaria para tratarla oportuna y adecuadamente.

Por lo que se refiere al suicidio creemos que para disminuir este problema social, México debe impulsar un programa en donde, en primer lugar los médicos cuenten con una capacitación adecuada, en donde se le explique a la población la prevención y detección de las causas del suicidio, así como atender los problemas de conducta a temprana edad. Una campaña de esta índole podría salvar muchas vidas.

Fuentes de consulta

Bibliografía

A. Polaina, Lorente, *La depresión*, Barcelona, Ed. Martínez Roca, 1985, 164 pp

Araujo Gomora, Xóchitl Haide, *Cuando el tiempo no es oro y la vida sobra...depresión y suicidio en los adolescentes*, México, Tesis, UNAM, 2002, 77pp

Ayuso Gutiérrez José Luis, *La depresión: Nuevas perspectivas Clínicas*, México, Ed. Interamericana, 1991, 302 pp

Bleichmar, Hugo, *La depresión: Un estudio psicoanalítico*, Barcelona, Ed. Martínez Roca, 1985, 164 pp

Calderón Narváez, Guillermo, *Depresión: Causas, manifestación y tratamiento*, México, Ed. Trillas, 1984, 252 pp

Escalante Castillo, Patricia, *Elaboración de una escala de medición de la depresión en adolescentes mexicanos de 12 a 16 años*, México, Tesis UNAM, 2002

Fernández, Francisco Alonso, *Claves de la depresión*, Madrid, Cooperación editorial, 2001, 206 pp

Hage Badui Madlen, *La depresión ¿un mal curable?* Relato periodístico, México, UNAM, 2003, 133pp

Lammoglia, Ernesto, *Las máscaras de la depresión*, México, Ed. Grijalbo, 2001, 204 pp

Lammoglia Ernesto, *El triángulo del dolor: Abuso emocional, estrés y depresión*, Ed. Debolsillo, 1995, 280 pp

Lipovetski, Gilles, *La era del vacío*, Barcelona, Ed. Anagrama, 1998, 256 pp

Lipovetski, Gilles, *El imperio de lo efímero. La moda y su destino en las sociedades modernas*, Barcelona, Ed. Anagrama, 1998, 324 pp

Marcelli, Daniel, *Adolescencia y depresión*, Barcelona, Ed. Masson, 1992, 167 pp

Márquez, Ramón, *Tratamiento natural de la depresión*, Barcelona, Ed. Índigo, 1990, 131pp

Priest, Robert, *Ansiedad y depresión*, España, Plural de ediciones, 1992, 158 pp

Sabanés, Francisco, *La depresión*, México, Ed. Diana, 1997, 186 pp

Sturgeon, Wina, *Depresión: Cómo identificarla, cómo curarla, cómo superarla*, México, Ed. Grijalbo, 1981, 247 pp

Hemerografía

Alcaraz, Yetlaneci, “Descartan que el suicidio este vinculado a depresión”, *El Universal*, México, Diciembre 3, 2003, p. 1

“Afecta la depresión a 15% de adolescentes”, *El Universal*, México, Junio 15, 2004, p. 26

Archundia, Mónica, “Alertan por índice de depresión y suicidio”, *El Universal*, México, Enero 27, 2002, p. 4

Archundía, Mónica, “Fantasía y rechazo, detonador de depresión entre los jóvenes”, *El Universal*, México, Agosto 7, 2003, p. 50

“Crea UNAM prueba para detectar problemas en adolescentes”, *El Universal*, México, Agosto 26, 2004, p. 2

“Cuando se piensa en morir”, *El Sol de México*, México, Octubre 18, 2008, p.7A

Buhigas, María Fernanda, “Depresión en los adolescentes”, Psicología, México, noviembre 2000, p. 24-26

“Investigan el posible origen genético de la depresión mayor”, Crónica, México, Noviembre 2008, p. 39

Jiménez Jacinto, Rebeca, “Crecen suicidio y depresión entre los adolescentes”, El Universal, México, Mayo 23, 2002, p. 9

“La depresión Navideña”, El Universal, México, Diciembre 20, 2004, p. 60

Quintana Garay, “La locura como enfermedad y alimento de la imaginación”, Quo, México, Noviembre 2000, p. 54-60

“Permea depresión en los jóvenes”, El Universal, México, Agosto 13, 2003, p. 2

“Suicidio Adolescente, el escape de la vida”, Milenio, México, Octubre 18, 2008, p.38-41

“Suicidas cada vez son más jóvenes”, El Sol de México, México, Octubre 12, 2008, p.7A

FUENTES VIVAS

Abogado, Manuel Martínez.

Doctor y profesor de la Antigua Escuela de Medicina, Carlos Viesca Treviño.

Directora del Centro Integral de Terapia del Arte (CITA), Glenda Novosky.

Encargado de un centro de Neuróticos Anónimos, “Felipe”, así pidió que lo llamáramos en la entrevista.

Médico Cirujano y Tanatólogo, Jesús Cruz Martínez.

Psicóloga, Guadalupe López.

Psicóloga e instructora del Acuario Aragón, Monserrat Ruiz.

Psicólogo en línea de Saptel, Arturo Valdez.

Psicóloga y Terapeuta, Guadalupe Aranda.

Psiquiatra, Mónica Sandoval.

Psiquiatra y psicoterapeuta de Depretel, Alfredo Salmón.

Sacerdote, Juan Aguilar.

Sociólogo, Carlos Beltrán.

Terapeuta de Reiki, Verónica Luna.

Alejandro, 18 años

Carlos, 19 años.

Claudia, 19 años.

Daniela, 16 años.

Diego, 15 años.

Enrique, 19 años.

Hugo, 18 años.

* Janet González, 19 años.

Jazmín, 17 años.

Jessica, 17 años.

Jonathan, 17 años.

Jorge, 16 años.

Juan Antonio, 16 años.

Kenia, 18 años.

Liliana, 18 años.

Lorena, 19 años.

Lorena L., 21 años.

Mariana, 17 años.

Mónica, 15 años.

Omar, 15 años.

Los nombres de los adolescentes que aparecen en la investigación fueron cambiados por obvias razones y a petición de ellos.

* Fue la única persona que nos permitió utilizar su nombre verdadero.

INTERNET

www.clinicasanrafael.com.mx

www.salud.gob.mx

www.saluhoy.com.mx

www.medicinainformacion.com

www.eluniversal.com.mx

www.iladiba.com

www.inegi.gob

www.portal.vozprosaludmental.org.mx

www.namaste.com.mx/yoga_reiki.htm

INSTITUCIONES

Preparatoria No.9 "Pedro de Alba".

Preparatoria No. 3 "Justo Sierra".

Preparatoria particular "Benjamín Franklin".

Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) plantel Vallejo.

Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) plantel Azcapotzalco.

Cebetis 56

Bachilleres No. 9

Vocacional No. 10

Centro de Estudios Psicoanalíticos Mexicano.

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.