



UNIVERSIDAD
INSURGENTES

Plantel Xola

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25

DEPRESIÓN Y SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA: UNA
PROPUESTA DE CARTEL PARA SU PREVENCIÓN.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

C. HERNÁNDEZ MARCOS ADRIANA

ASESORA: MTRA. ODETTE DE LA MORA MUNGUÍA

MÉXICO, D.F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradecimientos:

A mí querida Madre.

Porque ahora que soy madre logro entender que tanto puedes dar por tus hijos, agradezco que la vida me haya dado una mamá tan hermosa como tu. Te Amo.

A mis

hijos David y Emiliano. ✝

Aunque no estén conmigo, cada momento, cada instante de mi vida están en mi corazón y en mi mente y aunque la vida no nos dio la oportunidad de estar más tiempo juntos se que están a mi lado y que me acompañan siempre.

A mí querido hermano Paco. ✝

Todo este tiempo que ha pasado te he extrañado mucho, y aun así, sé que estas bien y que eres feliz. Te Amo.

A mí adorado esposo, Jonathan y mi razón de vivir, Emily y Christopher Porque estar a su lado me ha dado fuerzas para seguir adelante y seguir disfrutando de la vida, ver sus ojos llenos de luz me alimenta el alma. Gracias por estar conmigo. Los Amo.

A mí padre y hermanas (os).

Por su apoyo incondicional, por escucharme y alentarme cuando más lo necesite. Por sus consejos y abrazos. Mil gracias.

A Isabel

Tus consejos y tu tiempo fueron importantes en mi vida y junto a ti logre superar tantas cosas. Te extraño mucho. Que Dios te bendiga siempre.

Mtra. Odette.

Por tu paciencia y tolerancia pero sobre todo por tus conocimientos y consejos, mil gracias.

INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
CAPITULO 1. ADOLESCENCIA	7
1.1. Definición y Descripción General	8
1.2. Etapas y Cambios en la Adolescencia	10
1.2.1. La Preadolescencia: desde los 8 hasta los 11 años.....	11
1.2.2. La Adolescencia de los 11 hasta los 15 años.....	12
1.2.3. La Adolescencia de los 15 hasta los 18 años.....	14
1.3. Problemas Psicológicos Normales Durante la Adolescencia	15
1.4. Relaciones Interpersonales en la Adolescencia	17
1.4.1. La relación del Adolescente y sus Hermanos.....	18
1.4.2. La Relación del Adolescente con sus Amigos.....	19
1.4.3. Noviazgo entre Adolescentes.....	21
CAPITULO 2. DEPRESION.....	25
2.1. Antecedentes Históricos.....	25
2.2. Prevalencia de la Depresión.....	30
2.3. Definiciones y Conceptos Generales de la Depresión	31
2.4. Diagnóstico de la Depresión.....	36
2.5. La Depresión como Patología y su Clasificación.....	37
2.6. Trastornos del Estado de Ánimo de acuerdo al DSM-IV	41
2.7. Episodio Depresivo Mayor de acuerdo al DSM-IV	45
2.8. Trastorno Depresivo Mayor de acuerdo al DSM-IV	49
2.9. Trastorno Distímico de acuerdo al DSM-IV	53
2.10. Trastorno Depresivo No Especificado de acuerdo al DSM-IV	55
2.11. Trastornos Bipolares de acuerdo al DSM-IV	56
2.11.1. Trastorno bipolar I	56
2.11.2. Trastorno Bipolar II.....	62
2.12. Trastorno Ciclotímico de acuerdo al DSM-IV	64
2.13. Trastorno Bipolar No especificado de acuerdo al DSM-IV	66
2.14. Trastorno del Estado de Ánimo debido a Enfermedad Médica de acuerdo al DSM-IV	68
2.15. Trastorno del Estado de Animo Inducido por Sustancias de acuerdo al DSM-IV	70
2.15.1. Sustancias Específicas.....	70

CAPITULO 3. SUICIDIO	74
3.1. Definición y Conceptos.....	74
3.2. Consideraciones Generales Sobre el Suicidio	76
3.2.1. Prevalencia del Suicidio	76
3.3. Suicidio Consumado, Intento de Suicidio e Ideación Suicida.....	80
3.4. Motivos y Factores de Riesgo del Suicidio	85
3.5. Trastornos Asociados al Suicidio	86
3.6. Modelos Teóricos que Explican el Suicidio	87
3.7. Poblaciones más Sensibles al Suicidio	91
3.8. Factores de Riesgo	93
3.9. El Suicidio en el Adolescente	98
CAPITULO 4. METODOLOGIA	105
4.1. Planteamiento del Problema	105
4.2. Justificación.....	105
4.3. Objetivos	105
Objetivo General	105
4.4. Procedimiento	106
4.5. Tipo de Estudio	106
CAPITULO 5. RESULTADOS: PROPUESTA DE PREVENCION	107
5.1. Mitos que hay que Romper para Prevenir el Suicidio en el Adolescente.....	107
5.2. Ambientes de Prevención de Suicidio en el Desarrollo del Adolescente.....	111
5.3. Conductas para Detectar Suicidio en el Adolescente.....	114
5.4. Cuadro Preventivo para Profesionistas	116
5.5. Cuadro Preventivo para Público en General	118
CONCLUSIONES	121
BIBLIOGRAFIA	124

INTRODUCCION

En los últimos años el suicidio ha sido tema de investigación, logrando así ser un problema de salud pública que actualmente afecta a niños, adolescentes y adultos.

En muchas investigaciones se ha encontrado que el suicidio es motivado por un estado de angustia, de desesperación, desesperanza y soledad, y por una falta de alternativas y una fuerte necesidad de escapar, correr y no ser alcanzado por aquello que causa dolor a la persona. Sin embargo, es un tema que es rodeado de mucha polémica, ya que la ignorancia hace caer en ideas erróneas con respecto a su origen y se cree falsamente que las personas que se suicidan lo hacen por cobardía.

Es importante mencionar que las personas que se encuentran en un estado de depresión mayor, con idea suicida, muestran una desesperación de no querer sentir y de ya no pensar más, para no sufrir su realidad que es causa de un gran dolor y para ellos su único deseo es dejar de pensar, de sentir y de sufrir, pero a pesar de que es su deseo, ellos pasan por una ambivalencia donde desean y no morir. Es por ello interesante investigar sobre depresión ¿qué puede llevar a los adolescentes a tomar la decisión de atentar contra su propia vida? Para este trabajo se recurrió a investigar bibliográficamente a varios autores con la finalidad de saber qué es lo que se encuentra detrás de un adolescente deprimido que lo lleve a cometer suicidio.

Cabe añadir que las personas con idea suicida no buscan en realidad agredirse así mismas, ya que existe un pequeño periodo de lucidez donde ellos saben que no deben hacerlo, pero sigue la idea de que el suicidio para ellos es

una salida a sus dificultades pero sobre todo a su dolor. El suicidio lo viven como la posibilidad de escapar a todo lo que le aqueja, siendo para ellos una solución permanente a un problema que en ocasiones es temporal estando regularmente en un estado depresivo, una persona que tiene intentos previos de suicidio presenta mayor riesgo de suicidarse por toda la sintomatología que le rodea, pero sobre todo lo que ellos mismos sienten y además viven como una realidad dolorosa y sin salida, ya que no ven soluciones solo tropiezos y para ellos la vida es como un laberinto sin salida. (Mondragón y cols., 2001).

Así mismo, Mondragón y cols. (2001) refieren que alguno de los factores de riesgo en los suicidas incluyen: aislamiento, salud precaria, depresión, alcoholismo, baja autoestima, desesperanza, sentimientos de rechazo familiar y social. También es importante considerar el antecedente de daño dirigido hacia sí mismo y la incapacidad para resolver problemas como ya se había mencionado, principalmente los de tipo social. Frecuentemente el suicida da indicios verbales directos e indirectos de su intención suicida. Así mismo, se ha comentado que un 60% de los suicidas que logran su propósito habían consultado al médico el mes o días anteriores al suceso; más de la mitad había comentado con algún conocido, familiar, amigo ó pareja su deseo de morir, y un tercio del total había expresado una amenaza declarada de suicidio.

Aunado a lo anterior, algunos de los sucesos que hacen que los adolescentes intenten suicidarse es que son personas que se encuentran en un estado vulnerable, de minusvalía, son gente aislada, se sienten solos, presentan una necesidad de ser amados, existe violencia intrafamiliar en su entorno, familia desintegrada, desamor y piensan que no son tomados en cuenta. No cuentan con redes de apoyo y en ocasiones han tenido alguna pérdida, un desengaño ó han tenido relaciones destructivas.

Es por tal motivo que se busca aportar por medio de esta información recabada, la prevención de este fenómeno. Lo importante es que hay que saber identificar a la población vulnerable que son los adolescentes. Es importante destacar la necesidad de sensibilizar a padres, maestros y médicos sobre la vital importancia de detectar tempranamente los factores de riesgo del suicido, por ejemplo ansiedad, depresión o abuso de drogas para poder establecer un diagnóstico y un tratamiento correcto y oportuno. Así mismo, promocionar cultura sobre la salud mental tratando de llevar acabo acuerdos, convenios, alianzas con instituciones de salud y las escuelas. Es necesario fomentar redes de apoyo en los niños y adolescentes dentro de su familia, amigos ó parejas. Llegar a los niveles educativos sería parte principal de este trabajo, fomentar a los maestros la importancia de que los alumnos les tengan confianza y puedan acercarse a ellos si lo requiere con la finalidad de prestar ayuda.

Por lo tanto, la promoción de la prevención en temas tan fuertes como lo es el suicidio y la depresión debe formar parte de las primarias, secundarias y bachilleratos como una de las principales preocupaciones actuales de las autoridades de la educación. Cabe mencionar que si se fomenta una buena relación de pareja en los hogares, los hijos tendrán una mejor calidad de vida y bienestar emocional, además de que tendrán la confianza en sí mismos para tener buenas relaciones interpersonales en su vida futura y puedan vivir su adolescencia con mayor confianza en cada una de las metas y objetivos por alcanzar.

En la misma línea, es importante destacar que se debe de buscar por medio del especialista (Psicólogo, Psiquiatra, Médico General, etc..) fortalecer emocionalmente aquellas personas que padecen alguna enfermedad crónica proporcionándoles apoyo terapéutico así como a los adolescentes y actualmente a niños, orientación, talleres, cine debate, talleres vivenciales, para fortalecerlos emocionalmente.

Cuestiones que hay que atender para prevenir un suicidio en adolescentes:

- Reconocer que la depresión puede ocurrir en niños y adolescentes.
- Evitar a toda costa que los adolescentes tengan acceso a medios para suicidarse.
- Estar alertas cuando un adolescente muestra signos y síntomas de desesperanza e impulsividad.
- El suicidio tiene una base biológica, por lo tanto no se trata de cobardía o de un acto de rebeldía.
- El diagnóstico inadecuado e inoportuno, conlleva a un mal tratamiento y por lo tanto al riesgo suicida.
- Educar a padres y maestros para que aprendan a detectar signos de depresión e ideas suicidas en los adolescentes. (Gutiérrez-García y cols., 2006)

Por otro lado Gutiérrez-García y cols. (2006) refieren que es importante hacer llegar la atención necesaria a los menores de edad, además se debe incluir una mejor campaña educativa para padres de familia y maestros, con el fin de que puedan identificar cuando es necesario buscar atención para sus hijos o alumnos.

El primer paso para aumentar el uso de servicios para la depresión con inicio temprano, y disminuir el impacto negativo que tiene en diversos ámbitos de la vida de los jóvenes, es conocer las necesidades de atención en estas edades menos protegidas y poder brindarles ayuda en el momento preciso y poder evitar el suicidio en nuestra población adolescente.

Si el adolescente dice “yo me quiero matar” o “yo me voy a suicidar”, hay que tomarlo muy en serio y hacer una consulta con un psicólogo ó psiquiatra de adolescentes o a un médico para que evalúe la situación.

Puede ser muy útil preguntarle al joven si está deprimido o está pensando en el suicidio. Esto no ha de “poner ideas en la cabeza; por el contrario, esto le indicará que hay alguien que se preocupa por él y que le da la oportunidad de hablar acerca de sus problemas”. Con la ayuda de la familia y tratamiento profesional, los adolescentes con tendencias suicidas se pueden recuperar y regresar a un camino más saludable de desarrollo. (Huerta, J. 2009).

Así la evaluación de riesgo del paciente suicida debe ser una parte fundamental en la práctica clínica diaria, ya que la detección oportuna de los factores de riesgo suicida puede permitir su prevención y ayudar a que los adolescentes tengan una mejor calidad de vida. (Huerta, J. 2009).

La prevención es una inversión en cuanto a salud mental, de ahí la importancia de crear vínculos interinstitucionales que permitan ver la necesidad de la misma dentro de la educación en todos los ámbitos. Sin duda alguna, esto desencadena la realización de proyectos y acuerdos que beneficien a la población en donde no solo autoridades se ocupen de esto, si no toda la sociedad en general y hagan conciencia que la depresión y el suicidio en la actualidad ya forma parte de los cuadros clínicos mas esenciales y que además lo viven nuestros hijos y la sociedad en general. (Huerta, J. 2009).

¿Qué lleva a un adolescente a suicidarse? Fue la pregunta que definió a la presente investigación documental.

Para contestarla se recurrió a consultar diversos materiales bibliográficos, por lo que el presente trabajo es de tipo documental, se revisan teorías, investigaciones y estudios para ofrecer un panorama del suicidio en la adolescencia.

La investigación tuvo los siguientes objetivos:

- 1.- Conocer las causas del suicidio en la adolescencia.
- 2.- Crear una herramienta preventiva para el suicidio en los adolescentes.

Para cubrirlo, se revisó lo concerniente al tema de la adolescencia, en el capítulo I. Lo relativo a la depresión y otros trastornos fue revisado en el capítulo II. En el capítulo III se abordó el tema del suicidio. En el último apartado del capítulo relativo al suicidio se refiere en específico al suicidio en adolescentes para poder relacionar los temas.

Finalmente la propuesta de prevención abarca dos cuadros explicativos sobre las conductas de riesgo de suicidio en adolescentes, una para profesionistas y otra para la población en general. Así como se ofreció una guía sobre los mitos del suicidio.

Todo lo anterior, con el deseo de cooperar en la prevención de esta noble tarea:

Prevenir el suicidio en los jóvenes.

CAPITULO 1

ADOLESCENCIA

La adolescencia es el periodo que nos sitúa entre la infancia que dejamos atrás y la edad adulta en la que nos embarcamos. (Papalia, 1987, p. 470)

Para varios autores como Papalia (1987), Gutiérrez García y Colaboradores (2006) y Figueroa (2007) marcan la adolescencia como el final de la infancia y la transición hacia la adultez. Además de que comprende la etapa de maduración de las funciones sexuales. Es una etapa crucial que definirá en lo que ha de convertirse el futuro adulto.

En psicología, la adolescencia es una etapa de cambios que sufre o *adolece* el individuo. Estos cambios son de índole físico, sexual, psicológico y social.

Por otro lado, Papalia (1987) nos dice que en culturas menos sofisticadas, el adolescente es considerado como un adulto, preparado para asumir responsabilidades de trabajo, preparado para casarse, tener hijos y educarlos. En sociedades más complejas como la nuestra, el adolescente es considerado todavía un niño en la mayoría de los aspectos.

Asimismo, en esta etapa la persona ya vislumbra vagamente en que se va a convertir, al desarrollar nuevas proporciones corporales y al dedicarse profundamente a las tareas que desarrollará por el resto de su vida, además de conseguir una firme comprensión de si mismo, encontrar y concentrarse en el trabajo de la propia vida y formar adecuadas relaciones íntimas que tienen que ver

con la felicidad y el bienestar. Las tareas específicas varían a través de las etapas de adolescencia, juventud, edad adulta, media y vejez, pero siempre hay cuestiones por resolver. Siempre existen más preguntas que respuestas y mientras seguimos buscando respuestas, seguimos desarrollándonos. (Papalia, 1987).

1.1. Definición y Descripción General.

De acuerdo a Papalia (1987), nos dice que la adolescencia es comprendida como la edad subsecuente a la niñez desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo.

La pubertad se entiende como “el periodo de la vida en que maduran las funciones reproductoras, es decir, en que éstas se convierten en activas”. (Flores, G. 2005, p. 87).

También es el periodo del desarrollo humano que va más o menos de los 13 a los 18 años, la adolescencia es la etapa que se presenta y que se vive por los jóvenes como un estado crítico debido a las fuertes modificaciones de orden fisiológico y psicológico que la caracterizan.

Las modificaciones de orden fisiológicas abarcan desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el desarrollo de los órganos genitales, hasta la primera menstruación en las mujeres y la primera erección con eyaculación en los varones. (Diccionario de Pedagogía y Psicología, 1999, p. 12).

En la misma línea, Papalia (1987) define la adolescencia como “el anuncio de lo que será la edad adulta”, esta etapa marca el renacer del ser humano. El adolescente, transcurrida su pubertad, parece tan diferente de cuando era niño.

Tras el desarrollo paso a paso de la infancia, los cambios en la adolescencia surgen como una tormenta repentina. La totalidad de la forma corporal cambia de tal modo que parece ya un adulto, aunque sus emociones y sus capacidades intelectuales no se encuentren al mismo nivel de madurez. Se ve diferente, su vida esta afectada por un nuevo ritmo que perdurará en las siguientes décadas. Los adolescentes son poco a poco absorbidos por las preocupaciones adultas (Ibid.).

El final de la adolescencia es difícil de determinar ya que está definido por factores psicológicos, sociales y legales tales como la independencia, lo económico, la elección de carrera, la capacidad de votar, el ingreso a él ejército y otros. (Papalia, 1987).

Por otro lado, Figueroa, S. J. (2007) menciona que la raíz de la palabra adolescencia viene de adolecer (carecer o no tener suficiente). En esta etapa se adolece de experiencias como madurez y otras facultades para pensar y actuar de manera responsable como lo haría un adulto con experiencia. Al enfrentarse a los retos de la vida, carece en esta etapa de: seguridad, serenidad, estabilidad, claridad, autocontrol, madurez y objetividad. En la adolescencia los hijos dependen menos de los padres en el aspecto socio-emocional. Es aquí en donde inician su camino a la vida adulta.

Por lo tanto en la etapa de la adolescencia se viven cambios físicos, sexuales, psicoemocionales, sociales e intelectuales que le permitirán al individuo o no, adaptarse de manera sana a su medio (Figueroa, S. J., 2007).

1.2. Etapas y Cambios en la Adolescencia

Al revisar la literatura al respecto, se observa que la adolescencia, incluyen varias etapas, el inicio y la terminación de cada una depende de la clasificación de cada autor.

Por ejemplo, Nahoul (2004) considera que existen varias etapas dentro del proceso de la adolescencia que son:

- Preadolescencia, de los 9 a los 11 años.
- Adolescencia temprana, de los 12 a los 15 años.
- Adolescencia propiamente como tal de los 16 a los 18 años.
- Adolescencia tardía de los 19 a los 21 años.
- Posadolescencia de los 22 a los 24 años.

Nahoul, (2004) nos dice que en cada etapa de la adolescencia existe cierta vulnerabilidad, esto va ocasionando que el adolescente madure y realice ajustes en sus cambios fisiológicos, emocionales y psicológicos. Además de que la separación de los padres da inicio a experimentar experiencias nuevas que en cierta forma viven con miedo, pero que a su vez los ayuda a madurar por medio de las relaciones interpersonales que el adolescente establece con sus amigos, futuras parejas, compañeros, maestros y jefes en sus etapas futuras.

Para fines prácticos de esta investigación a continuación se presenta un resumen de las diferentes etapas del periodo de edad comprendido desde los 8 años hasta los 18 años, que son propiamente los años de la adolescencia (Euroresidentes, 2000).

1.2.1. La Pre-adolescencia: desde los 8 hasta los 11 años.

Esta etapa va de la pre-adolescencia al inicio de la adolescencia dependiendo del desarrollo de cada individuo.

a) Cambios Físicos.- Crecimiento desigual de huesos, músculos y órganos que pueden dar una apariencia algo torpe. Supone el inicio de la pubertad para la mayoría.

b) Fase Cognitiva.- Pensamientos lógicos y tendencia a despreciar pensamientos imaginativos de la infancia, capacidad para acumular grandes conocimientos y aplicar nuevos conceptos. Mayor interés para aprender habilidades de la vida (cocinar, reparar, etc.).

c) Desarrollo Moral.- Pensamiento egocéntrico en general, aunque ya tiene conciencia. Comprende los conceptos lo que es justo y la negociación. No siempre se ve reflejada su capacidad moral en su comportamiento.

d) Concepto de Sí Mismo.- En gran medida influido por las relaciones con los miembros de su familia, profesores y cada vez más por sus compañeros. Muchos niños tienden a imitar el estereotipo masculino. La auto-imagen de muchas niñas puede sufrir con la llegada de la pubertad.

e) Características Psicológicas.- Mayor afán de hacer planes y cumplir con objetivos. Tendencia a ser desorganizados.

f) Relaciones con Padres.- Relación de afecto y dependencia de ambos padres. deseo de participar más en decisiones que les afecta. Tendencia a discutir sobre tareas, deberes y orden. Conflictos con hermanos.

g) Conflictos con Compañeros.- eligen amigos con mismos gustos y aficiones. Las niñas tienden a tener menos amigas íntimas que niños. En esta etapa se forman pandillas de amigos que pueden excluir a otros niños.

1.2.2. La adolescencia de los 11 hasta los 15 años.

a) Cambios Físicos.- Llegada de la pubertad con velocidad distinta dependiendo de cada adolescente. Aumento de apetito en épocas de crecimiento. Necesitan dormir más, desarrollo de los órganos sexuales, cambio en la voz, posible olor corporal.

b) Fase Cognitiva.- Desarrollo de nuevas capacidades para ver las cosas en términos relativos y abstractos y para pensar. Sentido de humor que puede estar más centrado en la ironía, época de mayor conflicto con padres.

c) Desarrollo Moral.- Todavía un tanto egocéntrico, busca la aprobación social de sus compañeros. Aunque entienden los conceptos relacionados con el orden social, a esta edad suelen cuestionar ciertos principios sociales, morales y/o éticos, a veces sobre todo los que tienen los padres.

d) Concepto de Sí Mismo.- Depende de cómo aceptan los cambios que ocurren durante la pubertad. Tendencia a conformarse con estereotipos de hombre o mujer. Preocupación con problemas de peso, piel, altura y aspecto físico en general. Atención centrada en sí mismo, preocupación por la opinión de otros. Necesitan más intimidad en el hogar.

e) Características Psicológicas. – Sufren cambios muy fuertes de humor y pueden pasar de la tristeza absoluta a la alegría desbordada en cuestión de horas, sin saber muy bien por qué. Tendencia a olvidar todo.

f) Relación con Padres.- Suele ser la etapa de mayor conflicto con los padres mientras buscan una identidad propia dentro de la familia, más allá que la del niño o la niña de antes. Busca más compañía de sus compañeros. Rechaza a veces muestras de cariño, aunque las sigue necesitando, deseo de tomar sus propias decisiones y revelar contra las limitaciones de la disciplina de padres aunque las sigue necesitando.

g) Relación con Compañeros.- Los cambios de la pubertad y como reaccionan los compañeros pueden condicionar las amistades. Mayor tendencia a compartir confidencialidades y formar grupos de dos a seis amigos. Se despierta el deseo sexual y algunos empiezan ya a formar parejas.

1.2.3. La adolescencia de los 15 hasta los 18 años.

a) Cambios Físicos.- Mayor homogeneidad entre sus compañeros por que la mayoría ya ha pasado por la pubertad y durante esta etapa llegan a su altura y peso de adulto.

b) Fase Cognitiva.- Mayor capacidad para pensar de forma abstracta e hipotética sobre el presente y el futuro. Al poder entender y compartir mejor los conceptos que le rodean y que ocurren más allá de su círculo social inmediato, pueden adoptar una nueva conciencia social.

c) Desarrollo Moral.- Menos egocentrismo y mayor énfasis sobre los valores abstractos y principios morales. Como el desarrollo emocional y el desarrollo cognitivo no van al mismo paso, es posible que los mismos adolescentes que reivindican ciertos valores, los violan a la vez. En este sentido es una etapa algo contradictoria.

d) Concepto de Sí Mismo.- Es la etapa en donde los adolescentes forman su propia identidad. Experimentan con distintos aspectos, papeles, valores, amigos y aficiones.

e) Características Psicológicas.- Cierta vulnerabilidad ante posibles preocupaciones, depresiones y trastornos como la anorexia.

f) Relaciones con Padres.- Conforme van avanzando por esta última etapa de la adolescencia, suele haber menos conflictos entre hijos y padres además de mayor respeto porque los hijos ya pueden ver a sus padres como individuos y comprender que sus opiniones se basan en ciertos valores y esto produce una

mejoría en las relaciones familiares. Siguen discrepando con algunos límites impuestos por los padres (como dinero, tareas en casa, hora de llegar a casa, apariencia), aunque la existencia de estos límites les beneficiarán mucho a largo plazo.

g) Relación con Compañeros.- Las amistades entre chicos y chicas empiezan hacer más frecuentes y la influencia de los amigos sigue siendo clave en el desarrollo personal de una identidad propia. Los amigos anti-sociales, pueden aumentar un comportamiento anti-social en el adolescente.

1.3. Problemas Psicológicos Normales Durante La Adolescencia.

Nahoul (2001), indica que la adolescencia es una etapa donde surge un nuevo personaje en la vida del hombre, ya que va adquiriendo el adolescente su propia identidad, va jerarquizado y consolidando sus propios valores. Por ello el adolescente pasa por varias situaciones de crisis, por lo que es considerada la etapa más vulnerable. Así mismo, en esta etapa, el adolescente vive una serie de influencias personales en el medio ambiente, lo que sería ideal es que el adolescente encuentre lo que busca y logre conocerse así mismo antes de tener una elección de grupo social, además de su relación sentimental que también elegirá. (Nahoul, op.cit.).

Esta serie de cambios resumidos en el apartado anterior desorientan al adolescente y pueden llegar a sentirse aterrados e indefensos, cambios a los que tendrá que irse adaptando para poder asumirlos.

De hecho, la imagen de su cuerpo pasa a ocupar el centro de sus preocupaciones y con frecuencia presenta problemas como la obesidad, el acné o la estatura adquiere una importancia desmesurada.(Nahoul, 2004).

Sin lugar a duda, los cambios en la esfera de la sexualidad cobran una especial relevancia en la adolescencia porque se ven acompañados de la posibilidad de la satisfacción fisiológica. (Nahoul, 2004).

El adolescente afronta con cierta ambivalencia los deseos sexuales, oscilando entre la depresión y la realización. La masturbación como primera forma de actividad sexual, da origen con cierta frecuencia a sentimientos de culpabilidad y el adolescente puede incluso llegar a negar la sexualidad. (Nahoul, 2004).

Las diferentes partes de personalidad del adolescente no evolucionan al mismo ritmo, y en consecuencia, el comportamiento de éste se suele traducir en una inestabilidad de ideas y objetivos. Para si mismo y para los demás, el adolescente a menudo se siente fuera de lugar, muestra una actitud de no pertenencia a la familia a la sociedad pareciendo un desconocido. Durante la adolescencia los jóvenes se encuentran en un estado de gran labilidad y fragilidad emocional, sensibilidad extrema, riqueza emotiva, falta de control, cambios constantes de humor, inseguridad, falta de confianza y sobre todo rechazo de la autoridad, actitudes críticas y de distanciamiento. (Nahoul, 2004)

Gutiérrez García y colaboradores (2006) mencionan que en la infancia los trastornos afectivos se manifiestan de manera enmascarada, con hiperactividad, agresividad, trastornos psicósomáticos y tendencia a la delincuencia, en ocasiones

acompañados de síntomas somáticos vagos “que en determinado momento hacen confusos los síntomas de la depresión”.

Nahoul, (2001), Gutiérrez García y Cols. (2006) indican que la presencia de un trastorno afectivo con frecuencia pasa inadvertida en todos los grupos de edad. Destacan que el médico pediatra atiende a niños principalmente pequeños y con frecuencia el adolescente cree que es muy joven para ir con el médico general, pero muy viejo para ir con un pediatra.

“Lo anterior nos permite en ocasiones distinguir la intensidad de los pensamientos suicidas, su profundidad y duración, ya que estos son factores importantes que nos ayudan a distinguir a un joven saludable de uno que se encuentra próximo a una crisis suicida, esto nos indica que el adolescente esta en una posición vulnerable a todos los factores de riesgo suicida en todo momento y sobre todo si se encuentra en un episodio de depresión no detectada.” (Gutiérrez García y cols., 2006, p. 71)

1.4. Relaciones Interpersonales en la Adolescencia.

Esta investigación se apoya en Nahoul, (2004) para describir los procesos interpersonales que establece el adolescente en sus diversos ámbitos emocionales, de acuerdo a la visión psicoanalítica de la autora.

De acuerdo con Nahoul (2004), uno de los intereses más importantes para el adolescente es encontrar experiencias, emociones nuevas con amigos,

compañeros y una pareja con quien convivir, por lo tanto la familia deja de ser su núcleo de convivencia de mayor importancia.

Continuando con la misma autora, dice que las relaciones entre amistades en la adolescencia deberán estar fundadas en los lazos afectivos. Por otra parte, se produce un incremento de energía sexual teniendo una vida intensa y profunda, existiendo afectos infantiles que aun no se canalizan adecuadamente como la dependencia, el deseo a la autonomía, el control, conductas de sometimiento y sus deseos edípicos (el enamoramiento hacia el progenitor del sexo opuesto y la rivalidad con el del mismo sexo).

De acuerdo con Nahoul (2004) a continuación se explican las diferentes relaciones más importantes que establece el adolescente con su entorno.

1.4.1. La Relación del Adolescente y sus Hermanos.

En este tipo de relación, el adolescente muestra una competencia por el amor de los padres, dejándose ver sentimientos de envidias, celos, además del deseo fantasioso de que los hermanos desaparezcan (Nahoul, 2004).

Precisamente en esta etapa los hermanos ayudan a tener ó promover amistades afectivas deseadas, además de buscar en ellas el sentirse comprendido y protegido como con su hermano, por otro lado se puede conseguir también lo contrario, por lo tanto la oportunidad de rehacer la relación con los padres si esta ha fracasado es que la relación con los hermanos será buena. (Ibíd.)

Así mismo, Nahoul (2004), menciona que la relación normal que existe entre el adolescente y sus hermanos se encuentra matizada de *sexualidad deserotizada*, ya que muestra un placer por la convivencia con sus hermanos sin que experimente sensaciones eróticas hacia ellos.

1.4.2. La Relación del Adolescente con sus Amigos.

En la misma línea de ideas, Leep (citado en Nahoul, 2004) comenta que la amistad es un valor fundamental que va enriqueciendo la vida del hombre, sobre todo la del adolescente, ya que el hombre va siendo influenciado para lograr a través de sus amistades un pleno desarrollo en el ámbito social, afectivo y espiritual.

Generalmente los adolescentes tienen uno ó más amigos íntimos con quien se encuentran en confianza y comparten sus secretos. Con sus amigos íntimos ellos tienen muestras de lealtad, que en ocasiones, son más fuertes que dentro de su propia familia, ya que los amigos entienden y comprenden, y esto hace que el adolescente se sienta aún más en confianza. (Ibíd.).

Por otro lado, Nahoul (2004), indica que existen episodios homosexuales en la etapa temprana de la adolescencia y la adolescencia propiamente dicha. Generalmente son inconscientes, pero si estos episodios se volvieran conscientes, terminarían por romper con estas amistades. Muchos adolescentes evitan tener amigos íntimos por el temor a que aparezcan estas fantasías totalmente inconscientes que son reprimidas y además despreciadas por los padres y la sociedad.

Las cualidades por las cuales se tiene un amigo no explican en su totalidad el motivo por el que se eligió como amistad, Nahoul (2004) nos dice que ocurre

como en el amor de pareja, que existe un flechazo, lo cual explica como inconscientemente el adolescente va captando algo que lo hace sentir que la otra persona puede ser de verdad un buen amigo.

Particularmente, los adolescentes van buscando en sus amistades una reproducción de su propio ideal del Yo, con sus propios valores y aspiraciones. De esta manera, cuando él siente el deseo de estar y convivir con tal persona como amigo es porque ya captó inconscientemente que en algunos aspectos de su personalidad este amigo es parecido a lo que es él, teniendo aspiraciones iguales o semejantes y que son ambos regidos por los mismos valores. Dentro de este ideal del yo, también se busca que exista reciprocidad ya que para que realmente sea una amistad no es suficiente con ser el ideal del otro para que nazca una amistad. (Nahoul, 2004).

El autor citado, comenta que a pesar de momentos de intensa idealización, una amistad verdadera no es tan propensa como el amor de pareja, en donde solamente se ven las cualidades de la otra persona y no se ven los defectos. Así mismo, dice que el afecto que es experimentado con los amigos no es tan propenso a llegar a niveles donde el adolescente quede ciego ante los defectos del otro.

Por lo tanto la amistad puede convertirse en una escuela de empatía, es decir, de comprensión, a fin de que el adolescente se ejercite en entender a las demás personas, lo cual le será muy útil en su vida adulta y para establecerse en una relación de pareja (Ibíd).

Al respecto, Leep (citado en Nahoul, 2004) dice que una amistad verdadera no tiene lugar para los celos, pues el amigo se enriquece y beneficia de otras

amistades. Por lo tanto, la fidelidad entre amigos es muy importante y resiste mucho más que la fidelidad de los amantes, es más resistente a las pruebas de separación cambios de residencia ó de la escuela, al crecimiento, los cambios físicos e intelectuales, ya que esta amistad consiste en la aceptación del otro.

Las amistades celosas existen en la adolescencia debido a que en esta etapa existe una confusión entre amistad y amor, la energía sexual no se desliga y tampoco se diferencia de los demás afectos. La energía sexual despierta la necesidad de amar y el deseo de ser amado. Aun no se establece una distinción consciente entre sentimientos tiernos a sentimientos apasionados que el adolescente va experimentando por su amigo y por los sueños y deseos eróticos que lo invaden (Nahoul, 2004).

1.4.3. Noviazgo entre Adolescentes

En el adolescente hay relaciones íntimas que se van formando mucho antes de una relación heterosexual. El proceso de una relación íntima sexual da la oportunidad de procrear, de consolidar e incrementar la posibilidad de obtener placer durante el noviazgo. Sin embargo, se considera importante mencionar que una relación de pareja no sólo se basa en la satisfacción ó frustración de las necesidades sexuales ó agresivas que se encuentran en ella (cuyo modelo es el de las primeras relaciones interpersonales con las figuras parentales) sino en la forma en que se lleva la convivencia que se establece y el como se llevan los adolescentes durante el noviazgo (Nahoul, 2004).

Nahoul (2004), nos dice que existen cinco puntos a considerar dentro de la atracción interpersonal:

- 1) **Personalidad Similar.-** Se observa cuando en la relación ambos poseen aspiraciones o valores y variables sociales comunes (p. ej., la religión, nivel educativo, nacionalidad, etc..).

- 2) **Necesidad de Complementariedad.-** En todo tipo de relación interpersonal existen represiones de conflictos emocionales y de afectos y por tanto neurosis. De modo que, generalmente la pareja elegida tiene la capacidad de satisfacer tal neurosis. En la vida real no hay elecciones casuales, dos personas con sus respectivos núcleos neuróticos o psicóticos, se buscan por que se complementan.

- 3) **Actitudes Similares.-** Los rasgos similares aumentan la atracción en la pareja (actitudes, intereses, valores) porque estos son evaluados positivamente por el otro. Mientras mayor sea el valor afectivo de los atributos de una persona, mayor será la atracción que se sienta hacia la misma. Las actitudes adoptadas ante problemas como las relaciones prematrimoniales, el embarazo en adolescentes y antes del matrimonio, el aborto, la madre soltera, la infidelidad, el machismo, el feminismo y cosas por el estilo, ayudan ó desfavorecen las relaciones interpersonales. También influyen las actitudes que se tengan hacia la educación de los hijos o hacia las diferencias de las clases sociales. En términos generales se relacionan mejor en la misma clase social, sin que esto sea una regla. En lo profundo, las relaciones interpersonales dependen mucho de la adecuada relación que se establece con las personas queridas de la infancia.

- 4) **Proximidad Física.-** Es necesario que la pareja interactúe y conviva por medio de un contacto físico, lo cual hará más sólida y verdadera la relación, dando lugar a una comunicación más íntima. El contacto debe ser físico y

emocional. De ahí que la sabiduría popular hable de que “el amor de lejos...” no es amor.

- 5) **Apariencia Física.**- Se busca a una persona atractiva, pero la belleza es relativa y superficial, y resulta más importante la tendencia de que la pareja tenga un atractivo similar, muchas veces basado en atributos que se captan inconscientemente y que responden a una resonancia afectiva y a una familiaridad con los objetos infantiles.

Si bien es cierto las relaciones de pareja se deben de fundar sobre afectos positivos, pero también se basan en muchas ocasiones en aspectos negativos, como la destrucción, la hostilidad y la agresión, lo cual lleva a una desunión y un total desmembramiento del vínculo de la pareja. Existen casos donde los afectos negativos son los que permiten que la relación siga por mucho tiempo, considerándose a este tipo de relaciones, relaciones patológicas. (Nahoul, 2004).

En las relaciones de pareja entre los adolescentes no se puede evaluar la psicopatología en forma independiente de cada uno, ya que solo es preciso observar que la pareja constituye una entidad única, diferente y sobre todo nueva de los elementos que lo originan. (Nahoul, 2004).

Como se ha mencionado y de acuerdo a los autores (Papalia, 1987; Nahoul, 2004; Figueroa, 2007), se puede concluir que la etapa de la adolescencia es considerada una de las más complicadas durante todo el desarrollo del ser humano ya que en ella están implicados cambios físicos, emocionales, sexuales, sociales, educativos e incluso en algunos casos laborales.

Por lo tanto estos cambios forman la personalidad y van definiendo el comportamiento del adolescente en su vida futura. (Papalia, 1987; Nahoul, 2004; Figueroa, 2007).

Así mismo uno de los cambios mas importantes que se presentan son los psicológicos, estos son los que caracterizan a la adolescencia. El adolescente sufre vulnerabilidad pasando por crisis emocionales que van ayudándolo a consolidar sus propios valores. (Ibíd)

La interacción con su medio ambiente y la búsqueda de su rol en la sociedad le genera temor y en ocasiones desorientación, mostrándose confundido y ajeno a los diversos ambientes que lo rodean ya que todavía no se afianza en ninguno de ellos. (Oñate, R. 2004)

Dado esto, el adolescente experimenta un estado de labilidad, fragilidad emocional, falta de control y cambios constantes de humor los cuales son considerados normales durante la etapa de la adolescencia y por ello sean confundidos cuando el adolescente presenta conductas de depresión ó ideas suicidas que están fuera de lugar ó del límite normal de esta etapa y que provoca que los padres, no los atiendan ya que estas conductas generalmente se muestran en forma enmascarada. (Gutiérrez García y Cols., 2006).

2. DEPRESION

*No son los males violentos los que nos marcan,
sino los males sordos, los insistentes, los tolerables,
aquellos que forman parte de nuestra rutina
y nos minan meticulosamente como el tiempo.*

(Emile Ciorán, 1991)

En el presente capítulo se explican conceptos, definiciones generales, sintomatología de esta enfermedad, los factores de riesgo, así como las estadísticas tanto nacionales como internacionales de este padecimiento.

Así mismo se tratan las causas y factores precipitantes que provocan la depresión, los cuales son de suma importancia para establecer los parámetros de su prevención.

2.1. Antecedentes Históricos.

El estudio de los trastornos del estado de ánimo data desde los primeros registros escritos en la historia de la humanidad. La descripción clínica objetiva de la depresión fue hecha por Hipócrates por primera vez, quien nombra a la depresión como “Melancolía” e indujo que esta estaba vinculada con los “humores” categorizándola junto con la manía, el delirio y la paranoia como los cuatro principales tipos de enfermedades psiquiátricas. (Solloa, 2001).

Hipócrates afirmaba que, desde el punto de vista médico, los problemas que actualmente son considerados psiquiátricos, estaban relacionados con la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: Sangre, Bilis Negra, Bilis Amarilla y Flema. La melancolía era producida por la Bilis Negra o *Atrabilis*. (Calderón, 1998).

Areteo de Cappadocia en el siglo II formó un cuadro más completo y moderno de este desorden sugiriendo que la depresión era causada por factores psicológicos, además de enfatizar que las relaciones interpersonales eran de suma importancia en el curso de la enfermedad. Observó que la depresión es recurrente y la recuperación de un episodio no garantizaba la cura de la misma. (Solloa, 2001).

“De acuerdo a Calderón, (1998) Soranos de Ephesus, señala en su descripción del cuadro clínico, como síntomas principales de la melancolía: la tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en algunas ocasiones jovialidad. Asimismo, en la edad media, filósofos destacados como Santo Tomas de Aquino, sostenían que la melancolía era producto de demonios e influencias astrales. Estas creencias se comenzaron a abandonar en 1630, cuando Robert Burton publicó el tratado “Anatomía de la Melancolía”, obra que facilitó entonces la identificación de los estados depresivos”.

En el México virreinal, este cuadro fue considerado como problema médico, de acuerdo con la descripción de 1552 que hizo Martín de la Cruz, médico indigenista, dicha descripción fue traducida al latín por Juan Badino, generalmente se conoce como *Códice Badiano*, aunque su nombre original es *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis*. El código que aún se conserva en la biblioteca del Vaticano lleva el título de “Remedio Para la Sangre Negra” (Negri Remedudium Sanguinis) término común del cuadro en Europa del siglo XVI donde se recomienda como tratamiento un cocimiento de hierbas y jugo obtenido de flores de buen olor. (Calderón, G.,1998).

En 1911, Abraham publicó lo que puede considerarse la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión. Comentó que la ansiedad surgía cuando la depresión impedía que se lograra obtener la gratificación que se deseaba. Apareciendo la depresión igualmente cuando la persona ha renunciado a toda esperanza de tener una satisfacción a sus tendencias libidinales. Durante la depresión, la búsqueda de obtener satisfacción libidinal es totalmente reprimida logrando que la persona no se sienta amada y tampoco sea capaz de llegar a la intimidad emocional.

La importancia de las aportaciones de Abraham es que se percibe ó radica una ambivalencia del depresivo y su incapacidad de amar verdaderamente a los demás, mostrando una excesiva preocupación por si mismo, además de utilizar la culpa para llamar la atención de los demás. (Solloa, 2001).

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba totalmente concentrada en un objeto (obsesivamente) y que la memoria y la asociación de las ideas se encontraban continuamente perturbadas induciendo, en ocasiones, el suicidio. Como algunas causas posibles de la melancolía señaló, en primer lugar, las psicológicas (v.g. el miedo, el desengaño amoroso, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares) y en segundo, las físicas (p. ej. la amenorrea y el puerperio). (Calderón, 1998).

Para el siglo XIX, Kraepelin buscó un sistema de clasificación operativo basado en la medicina considerando que los desórdenes psiquiátricos tenían una causa orgánica no identificada, discriminando los elementos comunes de los síndromes descritos individualmente consolidándolos en tres categorías: (Solloa, 2001).

- 1.- Demencia Precoz
- 2.- Parafrenía
- 3.- Psicosis Maniaco–Depresivo

El alemán Griesinger y el Frances Descuret, en el siglo XIX realizaban para entonces el diagnostico de “nostalgia de niños”.

Para 1921 Kreapelin muestra un trabajo epidemiológico en una muestra de 900 maniaco-depresivos encontrando que en el 4% se había presentado el primer episodio antes de los 10 años. (Solloa, 2001).

El Italiano Sancte de Santics en 1924 dedicó en su libro de psiquiatría infantil dos capítulos a la depresión. Con la influencia de la corriente psicoanalítica se consideraba en los años treinta que la depresión infantil no existía por estar vinculada esta patología al desarrollo del superyo. Sin embargo dentro de la corriente psicoanalítica Klein, Spitz, Bolwlby y la misma Ana Freud tuvieron posturas distintas, ellos sí reconocían la existencia de la depresión infantil. (Solloa, 2001).

Por otro lado, respecto a la depresión infantil, en los sesentas surge el concepto de “depresión enmascarada” donde se aceptaba la depresión infantil encubierta bajo síntomas como la irritabilidad, agresividad y problemas de conducta. Desde entonces se comienza aceptar la depresión infantil abiertamente, así para 1971, en el IV congreso de Estocolmo de paidopsiquiatría, se elige como tema monográfico “los estados depresivos en el niño y el adolescente” (Solloa, 2001).

El gran incremento mundial de la depresión en los últimos años y la enorme cantidad de enfermos con cuadros sintomatológicos obviamente no incluidos en los cuadros psicóticos ó neuróticos, motivaron a los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a establecer un nuevo grupo en la IX revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades, que empezó a ser utilizada en enero de 1979, este grupo bajo el rubro 311 con el nombre de trastorno depresivo no clasificado. En otra parte, incluye a los pacientes que presentan este cuadro patológico, penoso y molesto, pero definitivamente curable con los recursos médicos actuales. (Calderón, G., 1998).

Solloa, (2001) menciona que en el Renacimiento surge el interés por la depresión con un nuevo enfoque de las causas, planteandose nuevamente que la melancolía y la manía alternan en el individuo.

En la misma línea Arieti y Bemporad postularon que los desordenes afectivos son desarrollados a consecuencia por tener una sensación de ser incapaz de enfrentar sus responsabilidades como adulto dentro de la sociedad. (Solloa, 2001).

La controversia sobre la depresión infantil y su existencia concluye con el enfrentamiento de Costello quien decía que la depresión infantil existía y Lefkowitz y Burton quienes la negaban y decían que los síntomas aparecen con una elevada frecuencia en los niños y desaparece conforme van creciendo. Y por lo tanto algo que no estaba tan extendido no podía ser considerado psicopatológico. Además de que si era transitorio, no era necesaria la intervención terapéutica, la respuesta de Costello se confirmó con la diferenciación que se mencionó anteriormente entre síntoma y síndrome, afirmando que la depresión infantil es un síndrome y no unos cuantos síntomas, Lefkowitz y Burton habían estudiado como síntomas más relevantes de la depresión en niños, los llantos y la falta de apetito, a lo que Costello mencionó que no eran precisamente los síntomas mas relevantes del síndrome depresivo. (Solloa, 2001).

2.2. Prevalencia de la Depresión.

Se calcula que existen 400 millones de depresivos en el mundo, Por lo que se considera que es la “era de la depresión”. La prevalencia de la depresión en la población mayor de 15 años oscila entre el 6% y el 8% siendo uno de los rasgos de este problema clínico, es que afecta más a mujeres que a hombres; por cada dos mujeres depresivas, existe un hombre depresivo, y se considera que la razón de esta doble morbilidad femenina proviene de factores diferenciales adscritos a la personalidad, su interacción social, la desigualdad de género e injusticias sociales. (Calderón G., 1998).

“En México, la (Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) (2001-2002) proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8.4 % de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV por sus siglas en inglés), un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una edad promedio de inicio de 24 años. Estas edades tempranas de inicio implican muchos años de sufrimiento y interrupciones en diferentes ámbitos de la vida como la educación, el empleo y el escoger a la pareja.” (Calderón G., 1998).

Por lo tanto, Mondragón, L., Borges, G., Gutiérrez, R., 2001 (citado en Benjet C, Borges G, Medina-Mora, Fleiz-Bautista, Zambrano-Ruiz J. 1996) encontraron que por mucho tiempo se consideró que la depresión no existía en niños y que aparecía sólo en la adolescencia, y en los últimos 30 años se empieza a detectar y reconocer la depresión mayor como un trastorno que también padecen los niños y adolescentes. Debido a la mayor comorbilidad y mayor agrupación familiar de la depresión, se considera que se inicia en la infancia o la adolescencia en una forma más severa del trastorno.

2.3. Definiciones y Conceptos Generales de la Depresión.

En este apartado, se describen algunas definiciones de la depresión, así como padecimientos asociados que permiten distinguir las diferencias entre éstos.

De manera coloquial, la palabra depresión significa decaimiento de ánimo o de la voluntad. A continuación se presentan distintas definiciones que ilustran el sentido variante de la depresión.

1. **Depresión:** es definida como el estado patológico en que existe disminución general de toda actividad psíquica y que afecta especialmente al componente afectivo de la personalidad.” (Diccionario de Pedagogía y Psicología, 1999, p.75).
2. **Depresión:** “Enfermedad que puede ser normal (llamada también abatimiento) ó patología en donde los sentimientos de impotencia, desesperanza, ineficacia y de tristeza pueden ser síntomas de varios trastornos” (Flores, G., 2005, p. 45).
3. **Síntoma Depresivo:** “La palabra depresión, cuando se utiliza como un síntoma individual, tiene un significado muy amplio, desde un estado de ánimo triste o de infelicidad, hasta sentirse desdichado ó melancólico. Estos síntomas depresivos son relativamente comunes a lo largo de la vida, pero también pueden formar parte de un trastorno psiquiátrico determinado aun que no necesariamente de tipo afectivo” (Solloa, 2001, p. 229).

4. **Síndrome Depresivo:** “En el síndrome depresivo hay un conjunto de signos y síntomas que ocurren juntos regularmente y no están asociados por casualidad. Se acepta de un modo generalizado que la depresión como síndrome consiste en nueve síntomas primarios junto con un estado de ánimo depresivo y la pérdida de interés y placer en casi todas las actividades. Estos síntomas deben durar por lo menos dos semanas para ser catalogados como síndrome”. (Solloa, 2001, p. 229).

5. **Trastorno Depresivo:** “El término trastorno depresivo posee connotaciones todavía más específicas que el de síndrome. El uso de depresión para designar un trastorno no sólo significa que existe síndrome depresivo que es hasta cierto punto incapacitante en áreas importantes de la vida (como el rendimiento escolar, relaciones interpersonales), sino que también existe un cuadro clínico característico con un tiempo de duración, una historia característica, una respuesta particular al tratamiento y determinados correlatos familiares, ambientales, biológicos, cognitivos o una combinación de ellos”. (Solloa, 2001, p. 230).

Como se puede notar, la palabra depresión es asociada con diferentes cuadros que no necesariamente expresan lo mismo, puede considerarse coloquialmente como una tristeza hasta convertirse en un síndrome o trastorno.

Por otra parte, Calderón, G. (1998) menciona que la clasificación de la depresión siempre ha sido objeto de polémicas y controversias. Este problema se ha incrementado en los últimos años presentándose un gran número de cuadros depresivos que no coinciden a ninguno de los cuadros anteriores, ya que es un hecho para los psiquiatras clínicos y médicos generales, los pacientes con trastornos depresivos no pueden ser considerados neuróticos y mucho menos psicóticos.

Por otro lado, establecer la diferencia entre las formas reactivas y las endógenas también es complejo. Considerando la historia de algunos pacientes que muestran causas ambientales y psicológicas como factores determinantes aparentemente obvios dando como nombre a esto depresión exógena ó reactiva; en otros casos no existen factores desencadenantes evidentes y la depresión es considerada como endógena. (Calderón, G.,1998).

Así mismo Calderón, G., (1998), menciona tres tipos de depresión:

1.- La **depresión psicótica**, donde los elementos genéticos juegan un papel muy importante ya que se caracteriza por una seria alteración de la personalidad, así como pérdida de la autocrítica y un choque con el medio.

2.- La **depresión neurótica**, aquí la personalidad del sujeto ha sido mal integrada durante la etapa evolutiva, debido a problemas importantes que se presentan durante la infancia o la adolescencia.

3.- La **depresión simple**, donde la personalidad no sufre ningún trastorno por lo que no se le considera como un trastorno psiquiátrico hasta ahora reconocido para el término; el enfermo es una persona con un estado satisfactorio de salud mental cuyos problemas psicológicos, ecológicos ó sociales le han provocado un desequilibrio bioquímico que afecta el metabolismo de las aminos biógenas cerebrales, originando el cuadro depresivo. Cuando el paciente se recupera, actúa seguro de no haber sufrido en algún momento un trastorno mental.

Por otra parte, de acuerdo a Sarason, I. y Sarason, B. (1996), la depresión ha sido subdividida en varias categorías, como trastornos depresivos primarios que se dividen en dos grandes grupos:

1. Trastorno depresivo mayor.
2. Distimia.

En los siguientes apartados se explican con más profundidad lo descrito anteriormente para su mayor entendimiento.

2.4. Diagnóstico de la Depresión.

Hay noches que ni el más ingenuo torturador podría haber inventado.

Sale uno deshecho, estupidizado, perdido.

Sin recuerdos ni presentimientos, y sin saber siquiera quién se es.

Y entonces es cuando el día parece inútil,

y la luz perniciosa y más opresora aún que las tinieblas.

(Emile Ciorán, 1991)

Diagnosticar a una persona con depresión cada vez se ha vuelto más sofisticado. La clasificación de la depresión, junto con sus cuadros diagnósticos, cada vez se han diferenciado y especializado más. En esta parte de la tesis se explican los criterios para su diagnóstico, así como para diferenciarlo de otros cuadros clínicos.

Vallejo, J., (1991), comenta que los antecedentes hereditarios, así como la personalidad, la ausencia ó la presencia de desencadenantes del individuo, son los factores importantes por los que se basan clínicamente para proporcionar un diagnóstico sobre la depresión endógena y neurótica, indica que para comprobar cualquier enfermedad orgánica subyacente es preciso considerar la evaluación por medio de exámenes y pruebas físicas para corroborar dicha interrogación.

Por otro lado, Solloa (2001), comenta que los síntomas depresivos pueden estar presentes en varias condiciones médicas y psicológicas que no precisamente forman un trastorno del estado de ánimo. Por lo tanto es necesario realizar un diagnóstico minucioso y profundo.

2.5. La Depresión como Patología y su Clasificación.

Es importante distinguir entre tristeza y depresión. La tristeza es básicamente un sentimiento de displacer motivado por alguna adversidad, que todo el mundo ha experimentado alguna vez, mientras que la depresión está formada por un cuadro clínico situado en el terreno de lo patológico y lo mórbido. (Sarason, I. y Sarason, B., 1996).

Entre los síntomas del cuadro depresivo que conforman el estado de ánimo, el sentimiento de tristeza ocupa un lugar secundario. La depresión debe ser conceptualizada como un síndrome que obedece a causas diversas. Su etiología se distribuye en cuatro apartados: (Sarason, I. y Sarason, B., 1996).

- 1) La herencia,
 - 2) La personalidad neurótica o la ansiedad crónica,
 - 3) La situación social, soledad, estrés, inactividad o desarraigo, y
 - 4) Un proceso corporal mórbido o la administración de un fármaco o una droga.
- (Sarason, I. y Sarason, B., 1996).

Los grados de depresión existentes pueden ser desde un grado leve hasta la enfermedad que amenaza la vida de quien la padece, la sensación de sentirse triste o decaído emocionalmente además de perder el interés por las cosas que antes se disfrutaban son parte de lo que se llama depresión. Cabe mencionar que la depresión es una enfermedad como la diabetes, la artritis y que no sólo es una sensación de desánimo ó de tristeza, la depresión progresa día a día afectando los pensamientos, la salud física y en la forma de comportarse de la persona. (Belloch A., Sandín, B. y Ramos, F. 1995).

En la misma línea Sarason, I. y Sarason, B. (1996) mencionan que la depresión no es culpa de quien la padece y que tampoco es una debilidad de la personalidad. Es considerada como una enfermedad médica que es frecuente y que además puede afectar a cualquier persona. Comentan que todos hemos experimentado episodios de depresión ó alegría en algún momento de nuestras vidas. La pérdida de un trabajo, la muerte de un ser querido pueden llevarnos a la depresión, la depresión es una de las condiciones diagnósticas más comunes entre los pacientes hospitalizados por trastornos mentales y es mucho más frecuente en la población en general.

Por lo tanto Carlson, N. (1996) menciona que la depresión en general no respeta posición económica, nivel educativo ni cualidades personales, todos podemos ser vulnerables a ella, sin embargo la depresión es mucho más común en mujeres que en hombres. Sin importar la raza, etnicidad, cultura, clase social, la mujer tiene casi el doble de probabilidad de que sufra depresión que los hombres, ya que las mujeres sufren además de desigualdad social y cuentan con menos redes de apoyo que los hombres, además de que la cultura favorece a que las mujeres expresen más sus estados de ánimo y los hombres busquen superarlos en otros sentidos.

En el mundo contemporáneo el problema central de la depresión, no sólo es fundada en su crecimiento de dicho fenómeno, en las últimas décadas principalmente se a reconocido que la depresión es el síntoma universal de la psicopatología y la clínica psiquiátrica nombrando a la era actual “la era de la depresión”. (Sarason, I. y Sarason, B., 1996).

Actualmente la depresión es un síntoma frecuente que normalmente está relacionado con el nivel académico, problemas escolares así como laborales, la falta de empleo, sueldos bajos, problemas en las relaciones interpersonales. La misma depresión lleva a la persona a sentir soledad, pérdida de motivación, retraso motor, además de convertir a la fatiga que experimenta el individuo en un trastorno psicótico quedando incapacitado para actuar de forma normal en la vida cotidiana del mismo. Una persona deprimida se va considerando desgraciada, frustrada, humillada, rechazada e incluso castigada, teniendo una visión del futuro sin esperanza. (Sarason, I. y Sarason, B.; 1996)

Por lo tanto las personas deprimidas tienen una consideración negativa del mundo, sintiéndose derrotadas socialmente, además de que consideran que el mundo le hace exigencias grandes, pero que le pone obstáculos para lograr sus objetivos en la vida. Una persona deprimida preveé que los problemas y experiencias propios comunes continuarían por un largo tiempo, además de que se acumularán otros peores en su vida. (Sarason, I. y Sarason, B.; 1996)

Aunado a lo anterior, las personas deprimidas tienden a formar sus propias experiencias mal interpretando situaciones concretas e irrelevantes y tomándolas como un fracaso, privación ó rechazo personal, tienden a predecir y discriminar de forma negativa situaciones futuras, todas las personas que tienen depresión manifiestan síntomas característicos que les afecta todos los días por un periodo de dos semanas por lo menos.(Sarason, I. y Sarason, B. (1996).

Los principales síntomas de la depresión más característicos son:

1. Perder interés en las cosas que antes disfrutaba.
2. Sentirse triste, caído emocionalmente ó cabizbajo.

Se asocian los siguientes síntomas secundarios:

- a) Sentir que no tienen energía, cansado ó al contrario, sentirse inquieto y sin poder quedarse tranquilo.
- b) Sentir que no vale nada ó sentirse culpable.
- c) Aumentar ó disminuir el apetito ó el peso.
- d) Tener pensamientos sobre la muerte ó el suicidio
- c) Tener problemas para concentrarse, pensar, recordar ó tomar decisiones.
- d) No poder dormir ó dormir demasiado.

Además se asocian otros síntomas del tipo físico ó psicológico, como pueden ser:

1. Dolor de cabeza
2. Dolores generales por todas las partes del cuerpo.
3. Problemas digestivos ó gástricos.
4. Problemas sexuales.
5. Sentirse pesimista.
6. Sentirse ansioso ó preocupado.

Estos síntomas son los más recurrentes en la depresión, sin embargo existen, como ya se mencionó, otros síntomas que también están asociados a la depresión, pero que se clasifican en otros diagnósticos para su especificación. En el siguiente subcapítulo se analiza con detenimiento estos criterios.

2.6. Trastornos del Estado de Ánimo de acuerdo al DSM- IV.

El DSM IV, por sus siglas en inglés significa Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, y es la principal referencia para psiquiatras, psicólogos y clínicos interesados en la materia. Ofrece una serie de criterios diagnósticos que son aceptados como serios y objetivos en casi todo el mundo. Se ofrece en este subcapítulo una síntesis de los trastornos asociados a la depresión, que se consideran en este manual como trastornos del estado de ánimo.

La característica principal de los trastornos de ánimo es una alteración del humor, se encuentra dividida en tres partes:

1.- La primera indica y describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco) los cuales han sido separados para facilitar el diagnóstico adecuado de los diversos trastornos de ánimo, estos episodios no contienen códigos diagnósticos asignados además de no poderse diagnosticar como entidades independientes, sin embargo son un fundamento para el diagnóstico de los trastornos.

2.- La segunda parte menciona los trastornos del estado de ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno bipolar I), la mayoría de los trastornos del estado de ánimo requieren la presencia ó ausencia de los episodios afectivos antes mencionados.

3.- La tercera parte señala especificaciones del episodio afectivo más reciente. Los trastornos del estado de ánimo se dividen en; trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos difieren de los trastornos bipolares por no haber historia previa de episodio maníaco, mixto ó hipomaníaco. Los trastornos bipolares cuentan con la historia de episodios maníacos, episodios mixtos ó episodios hipomaníacos generalmente acompañados por episodios depresivos mayores. (DSM IV, 2001)

1. El **trastorno depresivo mayor**, se caracteriza por uno ó más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos dos semanas de ánimo depresivo ó pérdida de interés acompañados al menos por otros cuatro síntomas de depresión).
2. El **trastorno distímico**, se caracteriza por al menos dos años en los que han existido más días con estado de ánimo depresivo, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

3. El **trastorno depresivo no especificado**, se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo ó trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ó ansioso y depresivo (ó síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada ó contradictoria).
4. El **trastorno bipolar I** se caracteriza por uno ó más episodios maníacos ó mixtos habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.
5. El **trastorno bipolar II** se caracteriza por uno ó más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodios hipomaniáco.
6. El **trastorno ciclotímico**, se caracteriza por al menos dos años de numerosos períodos de síntomas hipomaniácos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos periodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
7. El **trastorno bipolar no especificado** se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los criterios bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).
8. El **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**, se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un afecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

9. El **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias**, se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión ó la exposición de un tóxico.

10. El **trastorno del estado de ánimo no especificado**, se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., un agitación aguda). (DSM IV, 2001)

Las especificaciones que se describen en la tercera parte de esta sección tienen la finalidad de mejorar la especificidad diagnóstica, crear subgrupos más homogéneos, servir para la elección del tratamiento y mejorar la predicción pronóstica. Algunas de las especificaciones describen el episodio afectivo actual ó más reciente, (p. ej., grave/psicótico/ en remisión, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, de inicio en el posparto) esto es con la finalidad de tener un mejor entendimiento y pronosticar de manera asertiva en diagnostico de cada uno de los trastornos de la depresión.

Para mejor entendimiento se detallan cada uno de estos trastornos con la finalidad de resaltar lo más importante de cada uno de ellos, en base al Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales DSM-IV

2.7. Episodio Depresivo Mayor de acuerdo al DSM-IV.

Un episodio depresivo mayor tiene como principal característica un periodo de al menos dos semanas donde existe un estado de ánimo deprimido una pérdida de interés en la mayoría de todas sus actividades.

En adolescentes y niños se puede mostrar su estado de ánimo irritable en lugar de tristeza. La persona depresiva debe también experimentar por lo menos otros cuatro síntomas, como cambio de apetito ó peso, cambios de sueño y la actividad psicomotora, presentar falta de energía, sentimientos de culpa, dificultad para pensar, concentrarse ó tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte ó ideación, planes ó intentos suicidas.

Para poder indicar la existencia de un episodio depresivo mayor debe existir un síntoma nuevo ó el individuo tuvo que haber empeorado habiendo comparado su estado de ánimo antes del episodio con el actual.

Los síntomas que presenta el individuo deben haber permanecido todo el día ó la mayor parte del mismo por lo menos dos semanas consecutivas.

Este episodio depresivo debe ser acompañado de un malestar clínico significativo ó deterioro social laboral.

En algunos casos los episodios leves provocan que la actividad del sujeto parezca normal a cambio de un gran esfuerzo realizado por ellos.

Frecuentemente los familiares observan el aislamiento social ó el abandono por lo que le gusta, en algunos sujetos se presenta el desinterés por el deseo sexual, la alteración de sueños que presenta un episodio depresivo mayor es el insomnio, siendo característico *el insomnio medio* (p. ej., despertarse por la noche y no poder quedarse nuevamente dormido). *Insomnio tardío* (p. ej., despertarse pronto y no volver a quedarse dormido otra vez). *Insomnio Inicial* (p. ej., problemas para quedarse dormido), es menos frecuente que se presentan casos de hipersomnia (exceso de sueño) ya sea nocturno ó diurno, siendo esta una de las causas por las cuales el sujeto busca ayuda profesional.

Se presenta un sentimiento de inutilidad ó culpa asociada a un episodio depresivo mayor implicando evaluaciones equivocadas del propio valor ó preocupaciones referidas a errores pasados. Esos sujetos malinterpretan casi siempre los acontecimientos neutros ó triviales tomándolos como pruebas de sus defectos personales y adoptando un fuerte grado de responsabilidad por las adversidades.

Los pensamientos sobre la muerte. La idea de suicidio, pensamientos de muerte y tentativas suicidas son muy recurrentes llevando a una planeación de cómo cometer el suicidio llegando a ser variable la letalidad, la intensidad y la frecuencia del mismo.

Por ejemplo:

- A) Los individuos que tienen un bajo riesgo suicida, tienen pensamientos transitorios (uno o dos minutos) y son recurrentes una o dos veces a la semana.
- B) Los individuos con un alto riesgo suicida tienden a comprar un instrumento (p. ej. un arma, una cuerda) con la finalidad de usarlo en su intento de suicidio, suelen fijar un lugar, saber en que momento lo harán porque saben que estarán solos y así poderse suicidar.

Criterios para el Episodio Depresivo Mayor.

A.-Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo ó (2) pérdida de interés ó de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica ó las ideas delirantes ó alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1).-Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste ó vacío) ó la observación realizada por otros (p. ej., llanto). **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2).-Disminución acusada del interés ó de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

3).-Pérdida importante de peso sin hacer régimen ó aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), ó pérdida ó aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4).-Insomnio ó hipersomnia casi cada día

5).- Agitación ó enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud ó de estar enlentecido).

6).-Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7).-Sentimientos de inutilidad ó de culpa excesivos ó inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches ó culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8).-Disminución de la capacidad para pensar ó concentrarse, ó indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva ó una observación ajena).

9).-Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico ó una tentativa de suicidio ó un plan específico para suicidarse.

B.-Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto

C.-Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo ó deterioro social, laboral ó de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D.-Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ó una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E.-Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses ó se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos ó enlentecimiento psicomotor.

2.8. Trastorno Depresivo Mayor de acuerdo al DSM-IV.

Una de las características esenciales del trastorno depresivo mayor es que se caracteriza por uno ó más episodios depresivos mayores donde no existen historias de episodios maniacos, mixtos ó hipomaniacos, para ser diagnosticados no se considera los episodios de estado de ánimo inducido por sustancias (por los efectos fisiológicos directos de una droga), tampoco los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Debido a la presencia de un trastorno esquizofrénico los episodios no pueden explicarse mejor.

Dentro del código diagnóstico del trastorno depresivo mayor indica que se trata de un episodio único aunque a veces es difícil. Es un episodio único con síntomas fluctuantes de 2 episodios independientes.

Cuando no se han cumplido completamente los criterios del episodio depresivo mayor por lo menos 2 meses seguidos se considera que ha terminado el episodio.

El cuarto dígito dentro del código del trastorno depresivo mayor indica el estado actual de la alteración se indica como leve, moderado, grave síntomas psicóticos si se llega a cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor.

Si llega a presentar un episodio maniaco mixto ó hipomaniaco en el curso de un trastorno depresivo mayor, se cambia el diagnóstico por el trastorno bipolar. Por otro lado si se llegara a presentar algún síntoma maniaco ó hipomaniaco en forma directa de un tratamiento antidepresivo u otro medicamento por el consumo de sustancias ó por exposición a algún toxico esto sigue siendo parte del diagnóstico del trastorno depresivo mayor además que debe anotarse un diagnóstico adicional del trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas maniacos, etc.

Aunado se refiere que el Trastorno depresivo mayor es producido por un estrés psicosocial grave, como un divorcio ó la muerte de un ser querido, los factores de estrés psicosociales juegan un papel importante en el surgimiento del primero ó segundo episodio del trastorno depresivo mayor siendo de menor importancia en los episodios posteriores quienes son importantes para generar un

trastorno depresivo mayor también son las enfermedades médicas y la dependencia de sustancias, aún no se puede predecir en que momento el trastorno depresivo mayor se puede convertir en un trastorno bipolar algunos datos sugieren que es el inicio agudo de una depresión grave además con síntomas psicóticos y enlentecimiento psicomotor.

El trastorno depresivo mayor es frecuente en familiares de primer grado hablando biológicamente a diferencia de la población en general

Dentro del trastorno depresivo mayor, los episodios depresivos mayores deben ser diferenciados de:

1. Un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.
2. Un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.
3. Un trastorno Distímico
4. Un trastorno esquizoafectivo (esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno psiquiátrico no especificado).

•Criterios para el Diagnóstico de F32.x Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Único [296.2x]

A.-Presencia de un único episodio depresivo mayor (v. pag. 333)

B.-El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante ó un trastorno psicótico no especificado.

C.-Nunca se ha producido un episodio maníaco (v. pág. 338), un episodio mixto (v. pág. 341) ó un episodio hipomaníaco (v. pág. 344). **Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos ó a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos ó si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual ó más reciente (v. pág. 384):

.0 Leve

.1 Moderado

.2 Grave sin síntomas psicóticos

3 Grave con síntomas psicóticos

.4 En remisión parcial/en remisión total

.9 No especificado

Especificar (para el episodio actual ó para el más reciente):

[Para CIE-9-MC **Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión** (v. pág. 384)]

Crónico (v. pág. 390)

Con síntomas catatónicos (v. pág. 390)

Con síntomas melancólicos (v. pág. 391)

Con síntomas atípicos (v. pág. 392)

De inicio en el posparto (v. pág. 394)

2.9. Trastorno Distímico de acuerdo al DSM-IV.

Cuenta con un estado de ánimo crónicamente depresivo por lo menos 2 años durante todo el día, las personas que padecen este trastorno describen su estado de ánimo como triste “desanimado”.

En los niños suele tener una duración de 1 año y se manifiesta en forma de irritabilidad presentando síntomas como pérdida ó aumento de apetito, insomnio ó hipersomnias, falta de energía ó fatiga, baja autoestima, desesperanza, falta de concentración. Estas personas pueden mostrar pérdida de interés ó aumento de la autocritica, viéndose asimismo como poco interesante e inútiles.

A lo largo de 1 año en adolescentes y niños los intervalos libres que existen de síntomas no llegan a ser los síntomas depresivos crónicos llegan a incluir un episodio depresivo mayor durante los 2 años iniciales.

Criterios para el Diagnóstico de F34.1 Trastorno Distímico [300.4]

A.-Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B.-Presencia, mientras está deprimido, de 2 (ó más) de los siguientes síntomas:

(1) pérdida ó aumento de apetito

(2) insomnio ó hipersomnias

(3) falta de energía o fatiga

(4) baja autoestima

(5) dificultades para concentrarse ó para tomar decisiones

(6) sentimientos de desesperanza

C.-Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D.-No ha habido ningún episodio depresivo mayor (v. pág. 333) durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico ó un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo ó síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E.-Nunca ha habido un episodio maníaco (v. pág. 338), un episodio mixto (v. pag. 341) ó un episodio hipomaníaco (v. pág. 344) Y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F.-La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia ó el trastorno delirante.

G.-Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ó a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H.-Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo ó deterioro social, laboral ó de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años ó con posterioridad

Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico):

Con síntomas atípicos (v. pág. 392)

2.10. Trastorno Depresivo No Especificado de acuerdo al DSM-IV.

Este trastorno es caracterizado por no incluir síntomas de trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, en el trastorno depresivo no especificado en algunas ocasiones los síntomas depresivos suelen presentarse como parte de un trastorno de ansiedad no especificado.

2.11. Trastornos Bipolares de acuerdo al DSM-IV.

Aquí se incluye el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II, la ciclotimia y el trastorno bipolar no especificado.

Existen 6 criterios para el trastorno bipolar I: episodio maniaco único, episodio más reciente hipomaniaco, episodio más reciente maniaco, episodio más reciente mixto, episodio más reciente no especificado. Dentro del trastorno bipolar I episodio maniaco único se utiliza para describir a las personas que presentan su primer episodio de manía, los demás criterios son utilizados para especificar la naturaleza del episodio actual (ó más reciente) en sujetos que han tenido episodios afectivos recidivantes.

2.11.1. Trastorno bipolar I.

Su característica esencial es un curso clínico caracterizado por uno ó más episodios maniacos ó episodios mixtos generalmente estos sujetos también han presentado uno ó más episodios depresivos mayores.

Para establecer el diagnóstico del trastorno bipolar I no son considerados los trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.

Un cambio en la polaridad se define como un curso clínico donde un episodio depresivo mayor evoluciona hasta un episodio maniaco ó un episodio mixto ó ambos evolucionan hasta un episodio depresivo mayor.

Criterios para el diagnóstico de F30.x Trastorno bipolar 1, episodio maníaco único [296.0x]

A.- Presencia de un único episodio maníaco (v. pág. 338), sin episodios depresivos mayores anteriores.

Nota: La recidiva se define como un cambio en la polaridad desde la depresión, ó como un intervalo de al menos 2 meses sin síntomas maníacos.

B.- El episodio maníaco no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante ó un trastorno psicótico no especificado.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente (pág. 387)

.1 Leve/moderado/grave sin síntomas psicóticos

.2 Grave con síntomas psicóticos

.8 En remisión parcial/en remisión total

Especificar si:

Mixto: si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto (v. pag. 341)

Especificar (para el episodio actual ó el más reciente):

[Para CIE-9.MC especificaciones de gravedad/psicosis/remisión (v. pag. 386)]

Con síntomas catatónicos (v. pag. 390)

De inicio en el Postaparto (v.pag. 394)

Criterios para el Diagnóstico de F31.0 Trastorno Bipolar 1, Episodio más Reciente Hipomaniaco [296.40]

- A) Actualmente (o el más reciente) en un episodio Hipomaniaco (v. pag. 344)
- B) Previamente se ha presentado al menos un episodio maniaco (v. pág. 338) ó un episodio mixto (v. pág. 341)
- C) Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo ó un deterioro social, laboral ó de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D) Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia. un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante ó un trastorno psicótico no especificado.

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica) (v. pág. 396)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores) (v. pág. 397)

Con ciclos rápidos (v. pág. 398)

Criterios para el Diagnostico de F31.x Trastorno Bipolar I Episodio más Reciente Maníaco [296.4x]

A.- Actualmente (ó el más reciente) en un episodio maníaco (v. pág. 338)

B.- Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor (v. pág. 333) un episodio maníaco (v. pág. 338) ó un episodio mixto (v. pág. 341).

C.- Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquisoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante ó un trastorno psicótico no especificado.

Codificar el estado del episodio actual ó más reciente (pág. 386)

.1 leve/moderado/grave sin síntomas psicóticos

.2 grave con síntomas psicóticos

.7 en remisión parcial/en remisión total.

Especificar (para el episodio actual más reciente):

[Para CIE-9-MC especificaciones de gravedad/psicosis/remisión (v. pág. 386)]

Con síntomas Catatónicos (v. pág. 390)

De inicio en el Posparto (v. pág. 394)

Especificar: Especificaciones de curso longitudinal (con ó sin recuperación interepisódica) (ver pág 396)

Con Patrón Estacional (solo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores (v. pág. 397)

Con ciclos rápidos (v. pág. 398)

Criterios para el diagnóstico de F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto [296.6x]

A).- actualmente (ó el más reciente) en un episodio mixto (v.,pag.341)

B).- previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor (v.pag. 333), un episodio maniaco (v.pag. 338) ó un episodio mixto (v.pag. 341).

C).- Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante ó un trastorno psicótico no especificado.

Especificar (para el episodio actual ó el más reciente):

Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión (v. pág. 388)

Con síntomas catatónicos (v. pág. 390)

De inicio en el posparto (v. pág. 394)

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con ó sin recuperación interepisódica) (v. pág. 396)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores) (v. pág. 397)

Con ciclos rápidos (v. pág. 398)

- **Criterios para el Diagnóstico de F31.x Trastorno Bipolar I, Episodio más Reciente Depresivo [296.5x].**

A.-actualmente (ó el más reciente) en un episodio depresivo mayor (v.pag.333).

B.-Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco (v. pág. 338) ó un episodio mixto (v. pág. 341).

C.-Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante ó un trastorno psicótico no especificado.

Codificar el estado del episodio actual ó más reciente (pág. 385)

.3 Leve/moderado

.4 Grave sin síntomas psicóticos

.5 Grave con síntomas psicóticos

.7 En remisión parcial/en remisión total

Especificar (para el episodio actual ó el más reciente):

[Para CIE-9-MC Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión (v. pág. 384)]

Crónico (v. pág. 390)

Con síntomas catatónicos (v. pág. 390)

Con síntomas melancólicos (v. pág. 391)

Con síntomas atípicos (v. pág. 392)

De inicio en el posparto (v. pág. 394)

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica)
(v.pag. 396)

Con patrón estacional (solo es aplicable al patrón de los episodios depresivos
mayores) (v. pag. 397)

Con ciclos rápidos (v. pag. 398)

2.11.2. Trastorno Bipolar II.

Su principal característica es un curso clínico que se caracteriza por un ó más episodios depresivos mayores que generalmente es acompañado por lo menos por un episodio hipomaniaco estos no deben confundirse con un episodio depresivo mayor si existe un episodio maniaco ó mixto esto impide que se realice el diagnóstico de trastorno bipolar II.

Los trastornos que no son considerados para el diagnóstico de trastorno bipolar II son: el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias y los trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica.

Los síntomas de este trastorno deben provocar un malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral u otras áreas importantes de la actividad de la persona, en algunos casos los episodios hipomaniacos no causan deterioro por si mismos en su lugar el deterioro puede ser consecuencia de los episodios depresivos mayores ó un patrón crónico de episodios afectivos imprescindibles ó una actividad interpersonal ó laboral con fluctuaciones.

• **Criterios para el diagnóstico de F31.8 Trastorno bipolar II [296.89]**

- A. Presencia (o historia) de uno ó más episodios depresivos mayores (v.pag. 333)
- B. Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaniáco (v. pag. 344)
- C. No ha habido ningún episodio maníaco (v. pág. 338) ni un episodio mixto (v. página 341).

- D. Los síntomas afectivos de A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante ó un trastorno psicótico no especificado.
- E. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social/laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar el episodio actual ó más reciente:

Hipomaniáco: si el episodio actual (ó más reciente) es un episodio hipomaniáco (v. pág. 344)

Depresivo: si el episodio actual (ó más reciente) es un episodio depresivo mayor (v. pág. 333)

Especificar (para el episodio depresivo mayor actual ó el más reciente sólo si es el tipo más reciente de episodio afectivo):

Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión (v. pág. 384)

Nota: Los códigos del cuarto dígito especificados en la página 386 no se pueden utilizar porque el código del trastorno bipolar II ya emplea el cuarto dígito.

Crónico (v. pág. 390)

Con síntomas catatónicos (v. pág. 390)

Con síntomas melancólicos (v. pág. 391) **Con síntomas atípicos** (v. pág. 392)

De inicio en el posparto (v. pág. 394)

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica) (v. pág. 396)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores) (v. pág. 397)

Con ciclos rápidos (v. pág. 398)

2.12. Trastorno Ciclotímico de acuerdo al DSM-IV.

Su característica es una alteración del estado de ánimo crónico y fluctuaciones que comprende numerosos periodos de síntomas hipomaníacos y periodos de síntomas depresivos, los síntomas hipomaníacos son insuficientes en número, gravedad, importancia ó duración para cumplir los criterios para un episodio maníaco y los síntomas depresivos son insuficientes también para un episodio depresivo mayor.

El diagnóstico del trastorno ciclotímico, se establece solo si en el periodo inicial de dos años de síntomas ciclotímicos no se llega a presentar ningún episodio depresivo mayor, maniaco ó mixto.

Criterios para el diagnóstico de F34.0 Trastorno ciclotímico [301.13]

- A. Presencia, durante al menos 2 años, de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos (v.pag.344) y numerosos períodos de síntomas depresivo que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. **Nota:** En los niños y adolescentes la duración debe ser de al menos 1 año.
- B. Durante el período de más de 2 años (1 año en niños y adolescentes) la persona no ha dejado de presentar síntomas del Criterio A durante un tiempo superior a los 2 meses.
- C. Durante los primeros 2 años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor (v.
- D. pág. 333), episodio maníaco (v.pág.338) ó episodio mixto (v. pág. 341).

Nota: Después de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico (1 año en los niños y adolescentes), puede haber episodios maníacos o mixtos superpuestos al trastorno ciclotímico (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I) o episodios depresivos mayores (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar II).

- E. Los síntomas del Criterio A no se explican por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante ó un trastorno psicótico no especificado..
- F. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento) ó a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).
- G. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo ó deterioro social, laboral ó de otras áreas importantes se la actividad del individuo.

2.13. Trastorno Bipolar No Especificado de acuerdo al DSM-IV.

Esta categoría incluye los trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ningún tipo de trastorno bipolar específico.

Incluyen:

1.- alternancia rápida (en días) entre síntomas maníacos y síntomas depresivos que no incluyen el criterio de duración mínima para un episodio maniaco ó un episodio depresivo mayor.

2.- Episodios hipomaníacos recidivantes sin síntomas depresivos interrecurrentes.

3.- Un episodio maniaco ó mixto superpuesto a un trastorno delirante, una esquizofrenia residual ó trastorno psicótico no especificado.

4.-Situaciones donde clínicamente se a llegado a la conclusión de que existe un trastorno bipolar, el cual es difícil determinar si es primario, debido a enfermedad medica ó inducido por una sustancia

Criterios para el Diagnóstico de F31.9 Trastorno Bipolar I, Episodio más Reciente no Especificado [296.7]

A.- Actualmente (o en el episodio más reciente) se cumplen los criterios, excepto en la duración para un episodio maníaco (v. pág. 338), un episodio hipomaníaco (v. pág. 344), un episodio mixto (v. pág. 341) ó un episodio depresivo mayor (v. pág. 333)

B.- Previamente se han presentado al menos un episodio maníaco (v. pág. 338) o un episodio mixto (v. pág. 341)

C.- Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral ó de otras áreas importantes de la actividad del individuo

D.- Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor que la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia , un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante ó un psicótico no especificado.

E.- Los síntomas afectivos en los criterios A y B no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica) (v. pág. 396).

Con patrón estacional (solo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores) (v. pág. 397)

2.14. Trastorno Del Estado De Animo Debido A Enfermedad Médica de acuerdo al DSM-IV.

Su característica esencial es la hipersistente alteración en el estado de ánimo considerada debida a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad medica, esta alteración puede consistir en un estado de animo depresivo, una considerable disminución de intereses en general ó por el placer ó un estado de animo elevado, expansivo ó irritable.

La presentación clínica es similar al de un episodio depresivo mayor, maniaco ó mixto los criterios no son completos como para considerarlos, el síntoma predominante se indica utilizando uno de los subtipos siguientes:

Con síntomas depresivos, con episodios similares a los depresivos mayores, con síntomas maniacos, ó con síntomas mixtos.

Criterios para el diagnóstico de F06.xx Trastorno de estado de ánimo debido a... (indicarle enfermedad médica) [293.83]

- H. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizado por uno (ó ambos) de los siguientes estados:
 - 1. Estado de ánimo depresivo ó notable disminución de intereses ó del placer en todas ó casi todas las actividades.
 - 2. Estado de ánimo elevado, expansivo ó irritable.

- I. A partir de la historia clínica la exploración física ó las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es un consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

- J. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés a tener una enfermedad médica).
- K. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- L. Los síntomas provocan malestar clínico significativo ó deterioro social, laboral ó de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Codificación basada en tipo:

.32 Con síntomas depresivos: si el estado de ánimo predominante es depresivo pero no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor.

.32 Con episodio similar al depresivo mayor: si cumplen totalmente los criterios para un episodio mayor (excepto el criterio D).

.30 Con síntomas maníacos: si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico ó irritable.

.33 Con síntomas mixtos: si hay tanto síntomas de manía como depresión sin que ninguno predomine.

Nota de codificación: Se debe incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo F06.32. Trastorno del estado de ánimo debido a hipotiroidismo, con síntomas depresivos [239.83]; se codificará también la enfermedad médica en el Eje III.

Nota de codificación: Si los síntomas depresivos se presentan como parte de una demencia previa, indicar los síntomas depresivos codificando, si es posible, el subtipo de demencia, p.eje., F00.13 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con estado de ánimo depresivo [290.21].

2.15. Trastorno del Estado de Animo Inducido por Sustancias de acuerdo al DSM-IV.

Su característica esencial del trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias es una notable y persistente alteración en el estado de ánimo que se considera es provocada una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento, otro tratamiento somático de la depresión ó la exposición a un toxico) es importante mencionar que dependiendo de la naturaleza de la sustancia y del contexto de los síntomas se puede suponer de que sea depresivo ó con una notable perdida de interés, del placer ó que sea un estado de ánimo elevado, expansivo e irritable.

2. 15.1. Sustancias Específicas.

Los trastornos del estado de ánimo pueden presentarse en asociación por intoxicación de las siguientes sustancias: alcohol, alucinógenos, anfetaminas, sustancias de acción similar, cocaína, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, el trastorno del estado de ánimo se puede presentar en asociación con abstinencia de las siguientes sustancias de acción similar, cocaína, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

Criterios para el diagnóstico trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

M. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizado por uno (ó ambos) de los siguientes estados:

3. Estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades.
4. Estado de ánimo elevado, expansivo ó irritable.

N. A partir de la historia clínica la exploración física ó los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que (1) o (2):

1. Los síntomas de Criterio A aparecen durante ó en el mes siguiente a una intoxicación ó abstinencia.
2. El empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración.

O. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno de estado de ánimo no inducido por sustancias pueden ser las siguientes. los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (ó al consumo de medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p ej., alrededor de 1 mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, ó son claramente excesivos respecto a los que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada ó la duración de su uso, ó hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno de estado de ánimo no inducido por sustancias (p ej., una historia de episodios depresivos mayores recidivantes).

P. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Q. Los síntomas provocan malestar clínico significativo ó deterioro social, laboral ó de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota. Este diagnóstico debe hacerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas exceden de los normalmente asociados con el síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Código para trastorno del estado de ánimo inducido por (sustancia específica):

F10.8 Alcohol [291.8]; F16.8 Alucinógenos [292.84], F15.8 Anfetaminas (o sustancias de acción similar) [292.84]; F14.8 Cocaína [292.84]; Fenciclidina (o sustancias de acción similar) [292.84]; F18.8 Inhalantes [298.84]; F11.8 Opiáceos [292.84]; F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.84]; F19.8, otras sustancias (o desconocidas) [292.84].

Especificar por tipo:

Con síntomas depresivos: si el estado de ánimo predominante es depresivo.

Con síntomas maníacos: si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico ó irritable.

Con síntomas mixtos: Si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno de ellos predomine.

Especificar si (v. la tabla de la pág. 183 para comprobar si es aplicable a la sustancia):

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante ó poco tiempo después del síndrome de abstinencia.

Finalmente podemos concluir que en los últimos años la depresión es considerada una de las enfermedades más importantes ya que actualmente existen cifras alarmantes que demuestran que ya no solo es una enfermedad que ataca a adolescentes y adultos si no también a los niños, como se ha mencionado la depresión es presentada más en mujeres que en varones. (Calderón, G., 1998).

La culpa, las pérdidas, la falta de objetivos y metas alcanzadas pueden ser causa de depresión, los adolescentes de alguna manera son la población más vulnerable ya que se encuentran en una etapa de suma importancia para su desarrollo y en la mayor parte de los casos que llegan al suicidio estos se encontraban deprimidos, sin atención ó apoyo de un psicólogo y la ignorancia llevan a que se tenga un descuido hacia las conductas que presentan ya que se llegan a confundir con las conductas normales dentro de la adolescencia. (Sarason, I. y Sarason, B., 1996).

Como se ha mencionado la depresión se caracteriza por diferente sintomatología que va manifestándose de diferentes formas, pueden ser físicas, psicológicas, biológicas y emocionales. Los factores para que una persona se encuentre en un periodo de depresión suelen ser internos ó externos y de alguna manera la depresión lleva a que la persona sienta desesperanza, nostalgia perdida del interés por las cosas que disfrutaba. (Vallejo, J. 1991).

CAPITULO 3

SUICIDIO

Porque mi ultimo suspiro será pensando en él,

lo único que deseo es volver a verlo y poderlo tocar.

(Anónimo)

La investigación de este capítulo es motivado por el incremento de los porcentajes en que adolescentes han cometido suicidio, se intenta indagar el origen de la problemática que ha generado gran preocupación a la población y propiciado una mayor preparación por parte de los profesionales como psicólogos, orientadores, psiquiatras para estar más preparados y enfrentar esta problemática de la mejor manera posible.

3.1. Definición y Conceptos.

La palabra suicidio deriva del latín y se compone de dos términos: sui, de sí mismo y caedere de matar, lo que sería “matarse a si mismo:

Por lo tanto, el suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí. (Mondragón y cols., 2001).

Para Durkheim (1995) (Citado en Mondragón y Cols., 2001), se trata de todo caso de muerte mediante una acción producida por la victima misma y ante la cual tiene absoluta consciencia del resultado a producirse, así mismo, propone distintos tipos de suicidio.

- a) *El altruista*, la motivación hacia la muerte esta originada por una rígida estructuración en la sociedad en la que se vive. La muerte en si misma no es tan importante como preservar el honor.
- b) *El egoísta*, en el cual el individuo se orienta más por sus intereses particulares que por los de su grupo de referencia, aquí no interesa lo que los demás opinen.
- c) *El anómico*, que se produce ante una confusión de valores sociales, que lleva a una crisis individual acerca del sentido de la existencia.

Otros autores clasifican al suicidio según:

- a) *El origen*: puede ser psicótico, neurótico, psicodisplástico o filosófico: en el psicótico la persona se halla desconectada de la realidad y de lo que pasa en su entorno, sufre alucinaciones y tiene ideas ilógicas no aceptadas por los demás. El neurótico, se caracteriza por manifestaciones teatrales con escasa intención real de suicidio. En el psicodisplástico el psicópata dirige la agresividad hacia si mismo. el filosófico se produce en personas que sienten un vacío en su existencia.
- b) *La forma*: puede ser impulsivo, obsesivo y reflexivo. El primero se lleva a cabo súbitamente sin avisos previos de la intención. el obsesivo se produce por una idea de autodestrucción, que resulta imposible de rechazar. El refléxico se caracteriza por un análisis detenido de la idea de suicidio, siendo más frecuente en personas deprimidas. (Mondragón y Cols., 2001).

3.2. Consideraciones Generales Sobre el Suicidio.

El suicidio como se ha venido mencionando es un problema que está en constante crecimiento en nuestros días, sin embargo es importante reconocer que este problema no ha tenido la importancia que debiera ya que aun no se puede controlar que este mal vaya en aumento y sobre todo que no únicamente este atacando a los adolescentes si no además esta abarcando actualmente a edades tempranas como la niñez.

3.2.1. Prevalencia del Suicidio.

La fuente primaria sobre el suicidio consumado en el país es el Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática (INEGI), que reúne la información de los certificados de defunción y la difunde por medio de la publicación de los Anuarios Estadísticos de los Estados Unidos Mexicanos. (Mondragón y cols., 2001).

La Dirección General de Estadística de la Secretaría de Salud presenta anualmente información detallada sobre las causas de muerte recabadas por el INEGI, desglosándolas por edad, sexo y entidad federativa. Por otro lado la Procuraduría de Justicia y los Ministerios Públicos son otras fuentes de información, debido a que el suicidio y el intento suicida requiere de la investigación legal de estas instituciones. (Ibíd.).

Mondragón L. y cols., (2001) mencionan que el suicidio es un problema de salud pública que ha aumentado en las últimas décadas.

“En 1999, la tasa de mortalidad en México, por suicidio fue de 3.4 por 100,000 habitantes: 5.8 hombres y 1.0 mujeres. Los datos de la Secretaría de Salud indican que de 1970 a 1998 el suicidio se incremento en 215%, lo que representa 229% en los hombres y 165% en las mujeres.” (Ibíd.).

Esta multiplicidad de fuentes ha dado lugar a cierta incongruencia en los resultados y en las tendencias reportados por los diferentes investigadores. (Mondragón y cols., 2001).

Por otro lado Gutiérrez-García y Cols. (2006) indican que en el año 2000 se suicidaron casi un millón de personas en el mundo, lo que convirtió al suicidio en la décimo tercer causa de muerte. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) ha estimado que esta cifra podría duplicarse en 20 años. Típicamente, 25% de quienes intentaron alguna vez el suicidio, lo intentará nuevamente dentro del siguiente año y 10% lo logrará en el plazo de 10 años. Asimismo, entre el 45% y 70% de quienes intentan suicidio sufren principalmente depresión con rasgos de impulsividad y agresividad, trastornos de la personalidad y alcoholismo que a menudo van unidos a una pérdida reciente. (Gutiérrez-García y Cols. (2006) pag.68).

En el género masculino, el ahorcamiento es el método más usado para el suicidio, seguido por el que se consuma con armas de fuego, en el género femenino lo es el envenenamiento mediante la ingestión de benzodiazepinas, barbitúricos, analgésicos, y antibióticos, principalmente. Notablemente en la mayoría de los países los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres que en los hombres. (Gutiérrez-García y Cols. (2006) pag.68).

“Según cifras de la OMS (2002), el suicidio aumenta con la edad. Las personas de 75 años o mayores consuman el suicidio tres veces más que la población joven.” (OMS, Ginebra, 2002) (Citado en Gutiérrez-García y Cols. (2006) pag.68).

No obstante, en todo el mundo se está dando un aumento alarmante de suicidio entre jóvenes de 15 a 25 años de edad. En los Estados Unidos de Norteamérica el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes, mientras que en China, Suecia, Australia y Nueva Zelanda constituye la principal causa de mortalidad entre los adultos jóvenes, con un promedio de 100 a 200 intentos suicidas por cada suicidio consumado entre los adolescentes. La tasa de suicidio es mayor en Norteamérica con respecto a los países europeos y en lo particular, un estudio comparativo entre la Ciudad de México (México) y los Ángeles (EUA) ilustra que la tasa de suicidio es mayor en la segunda ciudad entre los jóvenes de más de veinte años de edad, lo que quizá se halla en relación con el arraigo religioso que existe en México, aunque la tasa de suicidio entre selectos es la más alta en ambas ciudades.” Híjar M., Dchu L., Graus JF, (2000), (citado en Gutiérrez-García y cols., 2006, pag. 68).

En México en el año 2002, ocurrieron 3089 suicidios con un aumento de 13% en dos años y de diez veces entre adolescentes en los pasados nueve años (Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática (INEGI, 2002). Un 82% corresponde a hombres y el 18% a mujeres, es decir, por cada mujer suicida se identificaron 5 hombres suicidas, de entre 15 y 34 años de edad. La serie histórica de suicidios en México indico que en el año de 1980 se cometieron 672 suicidios, en 1990, 1405 y 3089 en el 2002 ((INEGI, 2002) Puentes-Rosas y cols., 1990-2001). Así en 20 años los suicidios aumentaron un 459%, evidentemente sin relación con el aumento general de la población, (OMS, 2002). (Gutiérrez-García y Cols. (2006) pag.68).

Cabe mencionar que de acuerdo a investigadores de la Universidad Autónoma de México (UNAM) resulta alarmante el crecimiento que ha tenido el suicidio en hombres y mujeres por lo que recomiendan nuevas estrategias en la educación y la salud para erradicar este problema. En base a lo anterior la UNAM ha logrado identificar que más del 40% de la población entre hombres y mujeres que intentaron quitarse la vida, en alguna circunstancia reportaron problemas familiares quedando esto como la primera causa de suicidio, poniendo en segundo termino los problemas sentimentales (amorosos) y conflictos entre amigos. (Citado en Reyes, J. 2008)

“De acuerdo con Puentes–Rosas y cols. (1990-2001) en el año 2001 los estados mexicanos con más alta mortalidad por suicidio fueron Campeche y Tabasco (alrededor de 9 suicidios por 100000

habitantes) y la más baja se observó en Chiapas y en el Estado de México (1 por cada 100000). Notablemente, la cifra de suicidios de mujeres de edades de entre 11 y 19 años se triplicó en diez años y aumentó cerca del doble entre los hombres del mismo grupo de edad". (Gutiérrez-García y Cols. (2006) pag.68).

3.3. Suicidio Consumado, Intento de Suicidio e Ideación Suicida.

Es importante saber observar en que momento el adolescente se encuentra en una situación de crisis y de alguna manera intenta atentar contra si mismo pero sobre todo en que estado de vulnerabilidad se encuentra como para cometer suicidio.

- a) Suicidio Consumado:** acontece frecuentemente en hombres mayores de 50 años por ahorcamiento ó uso de armas de fuego. Aunque de manera alarmante, en años recientes ha ido en aumento el número de suicidios en jóvenes de entre 15 y 24 años de edad, y es más común entre los de clase socioeconómica baja, con tratamiento psiquiátrico previo, con algún trastorno de personalidad y antecedentes de abuso de sustancias y de intento de suicidio. (Mondragón y cols. 2001).

b) El intento de suicidio: es un acto deliberado que lleva al individuo a hacerse daño él mismo, sin resultados fatales. (Mondragón y cols. 2001).

c) La ideación suicida: se entiende como un síntoma frecuente e inespecífico, que refleja el nivel del conflicto interno, que aumenta cuando una persona con poca capacidad de enfrentamiento tiende a experimentar situaciones estresantes.

La ideación suicida incluye los deseos, planes, ideas o pensamientos del sujeto relacionados con quitarse la vida así como sus planes para llevarlo a cabo. (Mondragón y cols. 2001).

Así mismo, todo intento de suicidio de un adolescente esta dirigido a otro y trata de expresar una demanda de afecto, de amor, de ser escuchado y reconocido como persona. Debe ser interpretado como una pregunta que requiere una respuesta". (Serfaty, E., 1998).

En los últimos años se ha producido un incremento de los suicidios en las personas de 15 a 24 años de edad. Además que han crecido los trastornos de conducta antisocial, el consumo de alcohol, de drogas y las conductas suicidas. (Serfaty, E., 1998).

A) Dentro de las Conductas Suicidas se deben Destacar:

1.- Las Ideas de Suicidio: (pensamientos sobre la voluntad de quitarse la vida, que no vale la pena seguir viviendo, dejar de ser una carga para los demás).

2.- El Planeamiento del Suicidio: Como, Donde y Cuando llevar a cabo la conducta de autodestrucción (con que elementos-arma de fuego, ahorcamiento, salto al vacío, las vías del tren, etc.), el lugar y hasta a veces el día elegido.

3.- El Parasuicidio: Es un acto generalmente no fatal, que se ha incrementado en los últimos tiempos sobre todo en mujeres adolescentes o jóvenes. Es impulsivo y se utilizan sustancias medicamentosas.

Es frecuente en aquellas personas con modificaciones variables y repentinas del humor ó con personalidades de características antisociales. Existen síntomas depresivos en el 10% de los casos y se observa en un entorno de desorganización social.

4.- El suicidio: Tiene como característica preponderante el ser fatal y predeterminado. Es más habitual en el varón, con una personalidad premorbida normal. Existe depresión en el 70% de los casos y es frecuente el aislamiento social.

Efectuando un seguimiento en aquellos adolescentes que han realizado un intento de suicidio, se ha visto que el 10% se suicidan a los 10 años del primero. Solo una cuarta parte de ellos que realizan un intento concurren a la consulta médica; porque creen que deben arreglarselas solos, que no necesitan ayuda. (Serfaty, E., 1998).

Un informe de la Organización Mundial de la Salud, hace proyecciones de un incremento de esta problemática para los años 2000, debido en parte a la inequidad de oportunidades. (Serfaty, E., 1998).

Los estudios epidemiológicos indican que el género masculino comete más suicidio que el femenino, en una proporción 5:1 en todos los rangos de edad. En

cambio, las mujeres realizan intentos con mayor frecuencia en la misma proporción, generalmente ingiriendo pesticidas ó medicamentos. (Serfaty, E., 1998)

B).- En el suicida se detectan:

- 1) Los actos fatales ó suicidio consumado.
- 2) Los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio.
- 3) Los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica.

Los suicidios en adolescentes han tenido una variación estacionaria, habiéndose observado una elevación de la frecuencia en primavera, siguiéndole otoño. (Serfaty, E., 1998).

Uno de los temas que mayor inquietud ocasiona entre los profesionales de la salud y también entre los familiares y amigos de los adolescentes, es como poder advertir el riesgo de suicidio ante un adolescente que puede parecer conflictuado ó no. (Serfaty, E., 1998).

Un hecho a tener en cuenta es que generalmente avisan de alguna manera de que están pasando por una situación de crisis y piden ayuda: a través de escritos, poesías, cuentos, relatos, cartas en que el contenido es la muerte ó situaciones vinculadas. Se comunican con algún amigo ó familiar poco tiempo

antes de hacer el intento, anunciándolo en forma velada, como pidiendo una oportunidad de ser salvados. (Serfaty, E., 1998).

Las posibles soluciones predictores de una conducta suicida, son el haber tenido antes un intento de suicidio; el consumo actual de alcohol o alguna droga y la influencia del medio ambiente: el que haya habido casos de suicidio ó parasuicidio en el entorno. (Ibíd)

En cuanto a los antecedentes familiares se ha observado en un estudio del CIE de la Academia Nacional de Medicina, que aquellos con antecedentes de depresión en la madre o consumo de alcohol del padre, así como el consumo de drogas por un hermano, tenían más posibilidades de tener ideación suicida, que aquellos que no tenían estos antecedentes familiares. (Serfaty, E., 1998).

3.4. Motivos y Factores de Riesgo del Suicidio.

Los factores de riesgo pueden ser variables, el detonante puede ser el factor menos inesperado ya que en la mayor parte de las veces lo que es importante para el adolescente no lo es para los padres.

Así mismo la existencia de un clima de tensión, hostilidad ó violencia familiar, es también un factor de riesgo de suicidio en la adolescencia: aquellos jóvenes malhumorados, que contestan mal, golpean las puertas o dan respuestas

agresivas, en forma permanente, están manifestando de esta manera una situación de crisis interna. (Serfaty, E., 1998).

En estudios efectuados en el CIE-ANM se observó una asociación estadísticamente significativa entre la existencia de depresión grave y la frecuencia de ideas de suicidio. (Serfaty, E., 1998).

A) Son También Síntomas de Posibilidad de Suicidio:

- La presencia de ideas de suicidio
- La depresión grave
- El insomnio
- El pesimismo persistente
- Las ideas de culpabilidad
- La disminución en la sociabilidad

B) Son Síntomas Predictivos:

- Los intentos de suicidio anteriores
- Los anuncios sobre ideas de suicidio
- La tranquilidad inquietante
- Sueños sobre la muerte

Desde el punto de vista cultural, es innegable la influencia de la transmisión por la televisión o en las revistas o periódicos, de suicidios de adolescentes o escenas violentas, sobre el comportamiento de los mismos, incitando a situaciones de auto o heteroagresión. (Serfaty, E., 1998).

3.5. Trastornos Asociados al Suicidio.

En la misma línea, Mondragón y cols. (2001) indican que la presencia de un trastorno psiquiátrico está ligada al suicidio; más de 50% de los suicidios son consumados por personas con trastornos depresivos mayores. El abuso o dependencia de alcohol, está presente en alrededor de 20 a 25% de quienes se suicidan y también ocurren tasas elevadas de suicidio en la Esquizofrenia. La ansiedad, es otro trastorno asociado de manera relevante con el suicidio de modo que la comorbilidad de ansiedad con depresión aumenta el riesgo. Todo ello implica una alerta médica que debe llevar a los profesionales en el área a llevar de la mano un tratamiento terapéutico farmacológico adecuado y a tener una mayor vigilancia cuando se detecta la ideación suicida, sobre todo si hay antecedentes de depresión y de ansiedad.

Una repercusión grave de algunos trastornos psiquiátricos es el suicidio. Entre estos trastornos destacan:

- La depresión mayor
- El trastorno bipolar
- La esquizofrenia
- El alcoholismo
- El abuso de sustancias
- La ansiedad
- La anorexia nerviosa
- Los trastornos de la personalidad

3.6. Modelos Teóricos que Explican el Suicidio.

Encontrar una explicación sobre el suicidio es como querer encontrar una aguja en un pajar, los factores son todo un abanico de detonantes que de alguna manera

hacen que los adolescentes se sientan con minusvalía, aquí trataremos de encontrar algunas formas de ayuda con la finalidad de que el adolescente se sienta con redes de apoyo para poder solucionar su problema.

La ocurrencia de suicidio se apoya teóricamente en dos modelos. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM, (1999), (citado en Gutiérrez-García y cols. 2006).

a) Modelo I. Estrés-diátesis y se basa en que las características de algunos individuos les hace reaccionar de manera peculiar ante algunos estímulos del medio ambiente.

Diátesis, el termino diátesis se emplea para referirse a la predisposición que tienen ciertas personas para contraer una determinada enfermedad. Mann JJ, (2003) (citado en Gutiérrez-García y cols., 2006). El modelo de estrés-diátesis intenta explicar el por que algunas personas son más propensas a cometer suicidio. Los factores estresantes típicos asociados con el comportamiento suicida incluyen las experiencias traumáticas y la enfermedad psiquiátrica, principalmente la depresión, aunque se considera que el agravamiento del trastorno psiquiátrico puede llevar al suicidio, una crisis psicosocial puede convertirse en el factor estresante que desencadene el intento o al acto suicida. Mann JJ, (2003), (citado en Gutiérrez-García y cols., 2006).

El aspecto genético es inevitable. Roy A., (1983), (citado en Gutiérrez-García y cols.2006). Quienes intentan o logran suicidarse tienen una historia familiar de actos suicidas. en Roy A., Segal NL, (2001), (citado en Gutiérrez-García y cols., 2006), de manera comparable a la predisposición para desarrollar otros trastornos como la enfermedad bipolar o la esquizofrenia. La tasa de

concordancia entre el suicidio y los intentos suicidas son mayores entre los gemelos monocigóticos que entre los dicigóticos. Roy A., Segal NL, (2001), (citado en Gutiérrez-García y cols., 2006), y el suicidio es frecuente en niños adoptados provenientes de padres biológicos que cometieron suicidio, a pesar de las diferencias en el ambiente familiar. Schulsinger F, Kety SS, Rosenthal D, Wender PH, 1979), (citado en Gutiérrez-García y cols.2006).

b) Modelo II. Basado en la observación de que el suicidio conlleva un proceso.

Por lo tanto, el Suicidio como Proceso: el segundo modelo explicativo del fenómeno suicida lo enfoca como un proceso. Van Heerengen K, (2003), (citado en Gutiérrez-García y cols., 2006). Se basa en las características rasgo-estado de la personalidad del sujeto y su interacción con el medio ambiente.

El proceso suicida se inicia en el momento en que comienzan los pensamientos de cómo quitarse la vida, pasa por la realización de los primeros intentos suicidas, con un incremento gradual de la letalidad del intento, hasta lograrlo; es decir, la suicidalidad, que comprende las ideas y deseos suicidas ó ideación suicida, las conductas suicidas sin resultado de muerte ó intentos suicidas y los suicidios consumados.(Ibíd.)

Así se establece una secuencia progresiva, es posible que ocurran manifestaciones previas con actitudes de escape, venganza altruismo ó búsqueda de riesgo Woodwin FK, 2003, Maris RW, (2002), (citado en Gutiérrez-García y cols., 2006).

Por otro lado, se han descrito tres características dependientes de rasgo. De acuerdo a Van Heerengen K, (2003), (citado en Gutiérrez-García y cols., 2006).

a) *Pensamientos de Derrota*, en otras palabras una tendencia a percibirse como perdedor cuando se enfrentan ante situaciones estresantes de tipo psicosocial.

b) *Percepciones de “Imposibilidad de Escapatoria”* asociadas a alteraciones de memoria autobiográfica y déficit para resolver problemas.

c) *Percepción de “Imposibilidad de Rescate”*, es decir, desesperanza, el abandono de los intentos por responder a situaciones estresantes al carecer de control sobre ellas.

Los factores estresantes que pueden aumentar el riesgo de suicidio son principalmente la pobreza, la pérdida de un ser querido, las discusiones entre familiares ó con amigos, la ruptura de una relación y los problemas legales ó laborales. Mann JJ, (2004), (citado en Gutiérrez-García y cols., 2006).

En cuanto al perfil del temperamento y la personalidad de quienes intentan cometer suicidio en México se encuentran una actitud de búsqueda de novedades, evitación del daño, preocupación por trascender, pero sin una definición clara de objetivos y metas, y una baja capacidad de cooperación.

Una característica básica del suicida es una clara intención de morir, asociada a pocos motivos interpersonales para continuar viviendo. Antretter E, Dunkel D, Seibl R, Harina C, (2002), (citado en Gutiérrez-García y cols., 2006).

Se detecta la pérdida del control, asociada con ansiedad, pánico y vacuidad Gutiérrez-García y cols. (2006), todo ello aunado a una discapacidad para enfrentar y resolver problemas, particularmente entre los adolescentes.

La mayoría de los pacientes suicidas tienen una historia real, temida ó imaginaria de pérdida reciente, como puede ser la divergencia ó pérdida de alguien importante, disolución de una relación amorosa, embarazo no deseado ó aborto reciente.

Forster PL, Wu LH, (2002), (citado en Gutiérrez-García y cols., 2006). Por otro lado una enfermedad física, acompañada de depresión, generalmente está presente entre 25% y 75% de todas las víctimas de suicidio. Roy A., (1983), (citado en Gutiérrez-García y cols., 2006).

3.7. Poblaciones más Sensibles al Suicidio.

"(Gutiérrez-García y cols. 2006) nos dicen que la ideación suicida es común entre adolescentes femeninos con anorexia ó con bulimia nerviosa, hasta en 50%. Mientras que los intentos suicidas ocurren en 22% de las pacientes anoréxicas, sólo 11% de las bulímicas harán algún intento, quizá en relación con el hecho en que en la anorexia nerviosa concurren síntomas

depresivos con el uso de sustancias, en tanto que en la bulimia nerviosa existe una historia de abuso de fármacos y laxantes.

En el otro extremo de la vida ocurre la depresión de la tercera edad. En los pacientes geriátricos (de 70 a 85 ó más años) es común que coexista la depresión con otras enfermedades y a menudo el diagnóstico y tratamiento correctos están ausentes. Entre los varones mayores de 80 años, la prevalencia de suicidio se aproxima a 50 por cada 100,000 habitantes; ellos se van dejando morir lentamente, en un suicidio silencioso, lo cual ilustra que existen diferentes formas de manifestar un acto suicida de acuerdo a la edad y al deterioro psicosocial. (Gutiérrez-García y cols. 2006).

En sujetos vulnerables algunas experiencias pueden ser vistas como catastróficas y desencadenar el proceso suicida, especialmente cuando existe dependencia al alcohol y de otras drogas, antecedentes de abusos físicos ó sexuales en la infancia, de aislamiento social, de enfermedades somáticas dolorosas y discapacitantes y, particularmente, de trastornos como la depresión ó la esquizofrenia. (Gutiérrez-García y cols. 2006).

La depresión constituye un desencadenante del suicidio. Existe una estrecha relación entre los trastornos afectivos con la proporción a causarse daño a sí mismo deliberadamente, aparentemente con el objetivo de encontrar algún alivio al aniquilarse ó escapar. El deprimido se caracteriza por sus expectativas negativas sobre el futuro y por una sensación de dificultad extrema para alcanzar las metas propuestas, es decir por su desesperanza. Así, está ausente la motivación para dar

una respuesta adecuada a lo cotidiano y concurren déficit |cognoscitivo que interfieren con un nuevo aprendizaje por el abatimiento motriz y emocional, acompañado de ansiedad. Por ello, la desesperanza se correlaciona positivamente con la ideación suicida y se le considera un factor clave en la relación entre la depresión y el suicidio. (Gutiérrez-García y cols. 2006).

Otra entidad nosológica que con una frecuencia del 29% se asocia al suicidio es el trastorno bipolar. Estos pacientes con frecuencia despliegan ansiedad, abuso de diversas sustancias ó alcohol y trastornos alimenticios y es en la fase depresiva cuando existe un mayor riesgo de suicidio. En el caso de la esquizofrenia, también existen riesgos de suicidio a lo largo de todo el curso de la enfermedad. Más de 30% de estos enfermos han intentado suicidarse, principalmente los del subtipo esquizoafectivo, es decir en comorbilidad con depresión mayor. (Gutiérrez-García y cols. 2006)”.

3.8. Factores de riesgo.

Los factores de riesgo suicida se pueden dividir en fijos y modificables. Evidentemente, un buen tratamiento psiquiátrico difícilmente modificará los riesgos fijos, tales como el intento previo del suicidio, los factores genéticos, los de género, edad y etnia, el estado civil, la situación económica y la preferencia sexual. En cambio, los factores de riesgo modificables son principalmente, la ansiedad y la depresión, sin restar importancia al acceso a los medios para cometer el suicidio, la interrupción de tratamientos médicos, el aislamiento social y las enfermedades crónicas. (Gutiérrez-García y cols., 2006).

Cabe destacar que la discapacidad asociada a los trastornos psiquiátricos suelen conducir a la pérdida del empleo y pobreza, a la ruptura de las relaciones personales y al aislamiento social, formando así un círculo vicioso. (Ibíd).

En otra clasificación Ahrens B, Linden M, (2000), Bertolote JM, Fleischman A, De leo D, Was-Serman D, (2003), Chioqueta AP, Stiles TC, (2003), (En Gutiérrez-García y cols., 2006) los factores de riesgo del suicidio se establecen como:

1) Primarios: incluyen trastornos psiquiátricos antes mencionados y la enfermedad médica crónica.

2) Secundarios: son factores que llevan a una actitud disfuncional, como en la dificultad en la solución de problemas y el pesimismo.

3) Terciarios: incluyen factores demográficos como la edad, el género, ciertos periodos vulnerables (periodo premenstrual y cambios estacionales) y el formar parte de un grupo socialmente minoritario que con frecuencia es perseguido o vetado Sharman V, (2003), (citado en Gutiérrez-García y cols., 2006).

Aunque un posible marcador del suicida podría ser el uso de múltiples drogas y no tanto el tipo de droga usada, en general, el abuso de drogas adictivas, conlleva un alto riesgo de ideación suicida, Borges G, Walters EE, Kessler RC, (2000), (citado en Gutiérrez-García y cols., 2006). Aproximadamente un tercio de los hombres y una quinta parte de las mujeres que intentan suicidarse abusan del alcohol; así, cerca de una décima parte de alcohólicos mueren por suicidio y un

tercio de quienes habían intentado el suicidio consumieron alcohol dentro de las primeras seis horas previas al intento Borges G, y cols., (2004), (citado en Gutiérrez-García y cols., 2006). En ellos se encuentran añadidos otros trastornos, particularmente la depresión, es asociada a una conducta agresiva e impulsiva y a trastornos de la personalidad. De esta manera, las relaciones entre el suicidio y los trastornos psiquiátricos, obliga a la hospitalización de quien intenta el suicidio, Yap HK, (1993), (citado en Gutiérrez-García y cols. 2006).

Por otra parte Mondragón y cols. (2001) refieren que los factores de riesgo en los suicidas incluyen: aislamiento, salud precaria, depresión, alcoholismo, baja autoestima, desesperanza, sentimientos de rechazo familiar y social. También es importante considerar el antecedente de daño dirigido hacia sí mismo y la incapacidad para resolver problemas, principalmente los de tipo social. Frecuentemente el suicida da indicios verbales directos e indirectos de su intención suicida. Un 60% de los suicidas que logran su propósito habían consultado al médico el mes anterior al suceso; más de la mitad había comentado

con alguien su deseo de morir, y un tercio del total había hecho una amenaza declarada de suicidio. Así la evaluación de riesgo del paciente suicida debe ser una parte fundamental en la práctica clínica diaria, ya que la detección oportuna de los factores de riesgo suicida puede permitir su prevención.

Factores de Riesgo para el suicidio:

Factores Psicosociales.	Historia familiar de Trastornos Psiquiátricos.	Aislamiento Social o Soledad.	Factores Biopsiquiátricos.
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida reciente. • Pérdida de los padres en la infancia. • Inestabilidad familiar. • Riesgos de personalidad: Agresividad, Impulsividad, Labilidad de humor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión. • Esquizofrenia. • Ansiedad. • Enfermedad bipolar. • Alcoholismo. • Suicidio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desesperanza. • Estado civil: viudos, separados, divorciados, casados. • Historia previa de hospitalización por autolesiones. • Tratamiento psiquiátrico anterior. • No estar viviendo con la familia o contar con alguien. 	<ul style="list-style-type: none"> • Género masculino. • Depresión, alcoholismo, drogadicción, esquizofrenia. • Trastorno de personalidad antisocial. • Intento de suicidio previo. • Enfermedades discapacitantes, dolorosas, terminales. • Incapacidad para afrontar y resolver problemas.

Adicionalmente, quien intenta ó logra suicidarse pasaba por un estado de ansiedad en el momento del acto, las personas que sufren de ansiedad tienen un riesgo mayor de cometer suicidio en comparación con la población en general. Es irrelevante el tipo de ansiedad, lo importante es que suele ocurrir con depresión mayor. Los trastornos afectivos de ansiedad moderadamente severos, las reacciones transitorias de ajuste, la ansiedad como riesgo de personalidad y las características obsesivas también se consideran como factores de riesgo suicida. Chioqueta AP, Stiles TC, (2003), (citado en Gutiérrez-García y cols., 2006).

La medicina de la infancia y la adolescencia tradicionalmente guarda reservas en cuanto al uso de medicamentos, quizá en relación con el hecho de que simplemente se extrapolan los datos obtenidos a partir de los ensayos clínicos en adultos. Martínez-Medina MP, (2004), (citado en Gutiérrez-García y cols. 2006). No obstante, en el manejo del suicida, el tratamiento farmacológico debe ser la primera elección. En tal caso, los antidepresivos del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, son un recurso terapéutico en el que los beneficios superan ampliamente a los riesgos, tomando en cuenta que usándolos en combinación con la psicoterapia se logran beneficios superiores a los sólo producidos con tratamiento farmacológico Isacsson G, (2002), (citado en Gutiérrez-García y cols., 2006).

El fenómeno del suicidio debe considerarse como un trastorno biológico que puede ser desencadenado por situaciones medioambientales. Sus bases biológicas se están aclarando. El suicida potencial es una persona con un sufrimiento intenso y siempre es un paciente grave para quien por su desesperanza, las expectativas del futuro no superan un presente doloroso. Isacsson G, (2002), (citado en Gutiérrez-García y cols., 2006).

En general, esta vez sin diferenciar los tipos anteriormente expuestos, existen factores denominados de riesgo que pueden dar indicios sobre la posibilidad de una conducta suicida, en un individuo. Algunos de ellos son:

- Ideación Suicida: Es el más importante indicador de suicidio, pues se refiere a la existencia misma de la idea.

- Plan y Método: Entre más estructurado sea el plan y más peligroso el método, mayor es el riesgo.
- Sexo: Si bien los intentos de suicidio son más numerosos en mujeres, el 75% de los consumados corresponden a los hombres.
- Edad: Las tasas de suicidio van aumentando con la edad, aunque las tentativas en personas jóvenes.
- Estado Civil: Esta más presente en las personas viudas, solteras y separadas que entre las casadas.
- Perdidas Recientes: Muerte de familiares, desaparición de un miembro de la familia.
- Trastornos Psicossomáticos.

A su vez existen indicadores de la proximidad de un intento de suicidio.

- Hablar de suicidio.
- Interés sobre temas como el suicidio ó la muerte.
- Despedidas y reparticiones de Bienes.
- Recuperaciones Espontáneas.

3.9. El Suicidio en el Adolescente.

De alguna manera se desea aportar como los diferentes ambientes que rodea a los adolescentes influyen de manera directa para tomar una decisión tan delicada como lo es el suicidio, sin embargo es importante aclarar que todos están entrelazados y uno de pende de otro. La falta de amor, apoyo e identificación son unos de los factores que desencadenan esta decisión ya que son causa de depresión.

Particularmente, el suicidio entre los adolescentes ha tenido un aumento dramático en los años recientes, siendo la tercera causa de muerte mas frecuente entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad y la sexta causa de muerte para los jóvenes de entre 5 y 14 años de edad.

Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre si mismos, presión para lograr el éxito, inquietudes financieras y otros miembros mientras van creciendo, para algunos adolescentes, el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, ó las mudanzas y nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de si mismos. En algunos casos, el suicidio aparenta ser una “solución”.

La depresión y las tendencias suicidas son desórdenes mentales que se pueden tratar. hay que reconocer y diagnosticar la presencia de esas condiciones tanto de niños como de adolescentes y se debe desarrollar un plan de tratamiento. Cuando los padres sospechan que el niño ó el joven puede tener un problema serio, un examen psiquiátrico puede ser de gran ayuda.

Muchos de los síntomas de las tendencias suicidas son similares a los de la depresión, los padres deben de estar conscientes de las siguientes señales que pueden indicar que el adolescente esta contemplando el suicidio. Los psiquiatras de niños y adolescentes recomiendan que si el joven presenta uno ó más de estos síntomas, los padres deben hablar con su hijo sobre su preocupación y deben buscar ayuda profesional si los síntomas persisten.

- Cambios de hábitos de dormir y de comer.
- Retraimiento de sus amigos, de su familia ó de sus familiares habituales.
- Actuaciones violentas, comportamiento rebelde ó el escaparse de la casa
- Uso de drogas ó de alcohol.
- Abandono poco usual en su apariencia personal
- Cambios pronunciados en su personalidad.
- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, ó deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
- Quejas frecuentes de dolores físicos tales como los dolores de cabeza, de estomago y fatiga que están por lo general asociados con el estado emocional del joven.
- Perdida de interés de sus pasatiempos y otras distracciones.
- Poca tolerancia a los elogios ó los premios.

El adolescente que está contemplando el suicidio también puede:

- Quejarse de ser “malo” ó de sentirse “abominable”.
- Lanzar indirectas como: “no les seguiré siendo un problema” “nada me importa” “para que molestar ó “no te veré otra vez”.
- Poner en orden sus asuntos: por ejemplo, regalar sus posesiones favoritas, limpiar su cuarto, botar papeles ó cosas importantes, etc..
- Ponerse muy contento después de un periodo de depresión.

Siendo el suicidio un tema de tabú en nuestra sociedad, parece existir una tendencia a ocultar el hecho y asumir que es un fenómeno poco frecuente. Si bien es cierto que en términos de proporciones no posee las mismas magnitudes que otras problemáticas (infecciones de VIH, maltrato infantil, abuso y acoso sexual) no por esto podríamos decir que es una conducta que no se presenta entre algunos miembros de la población.

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. Así mismo, también se tiende a buscar culpables para buscar una explicación lógica y aceptable a la muerte de alguien. En ese mismo sentido, también existen falsas creencias que podrían reconfirmar la actitud de negación y censura hacia el suicidio, (Wekstein, 1979; Davison & Neale, 1996), (citado Fittipaldi, Javier, 2007).

Romo, G., (2002) nos dice que en la actualidad investigadores y profesionales en psicología han llegado al acuerdo en que el suicidio es una conducta compleja que tiene causas biológicas, psicológicas, familiares y sociales que ayudan a tomar la decisión de una muerte voluntaria.

Así mismo el suicidio se lleva a cabo por la necesidad de escapar a circunstancias dolorosas ó como en un acto de venganza hacia la persona que se considera la culpable por el sufrimiento de la persona suicida, una de las causas más comunes de la persona suicida es la percepción que tiene con respecto a la vida “piensa que la vida es dolorosa” y que solo la muerte le proporcionará alivio. (Romo, G., 2002).

Aunado a lo anterior algunos profesionales que se dedican al estudio de los niños y adolescentes comentan que el índice de suicidio ha ido aumentando ya que en la actualidad los niños y adolescentes se encuentran bajo un mayor nivel

de estrés en comparación a generaciones anteriores (Elkind, 1984) (Citado en Papalia, 2001, Wendkos y Duskin, 2001).

Por lo tanto es importante destacar que los adolescentes que intentan suicidarse en realidad no desean morir ya que solo desean que su vida sea diferente, al no lograrlo así el intento suicida son suplicas desesperadas en busca de atención y ayuda. (Papalia y Cols. 2001).

En la mayoría de los casos el adolescente suicida se encuentra en conflicto con los padres, no encontrando el apoyo necesario cuando ellos se encuentran solos y sin amor. Muchos de ellos provienen de familias conflictivas y en un alto porcentaje han sido víctimas de abuso y descuido. (Deykin, Alpert y Mcnamara, 1985)(Citado en Papalia y Cols. 2001).

La familia tiene un rol importante dentro del desarrollo del adolescente ya que la problemática de la idea de suicidarse tiene sus raíces desde la familia, los conflictos familiares, la violencia intrafamiliar, la falta de autoridad, los conflictos paternos filiales son la causa de un desequilibrio emocional y este a su vez se encuentra en una etapa de constantes cambios que le crean confusiones ya que se encuentra en busca de una personalidad más sólida, así mismo existen factores en la vida familiar que no permiten un desarrollo equilibrado en el adolescente y hace que el adolescente carezca de seguridad y confianza en si mismos para enfrentar las dificultades, es por eso que es importante señalar que las adversidades familiares contribuyen e incrementan la conducta suicida en el adolescente. (Fergusson y Lynskey, 1995) (Citado por Larraguivel, González, Martínez y Valenzuela, 2000).

Una de las conclusiones que mencionan Romero y Pastor (2003), fue que al comparar la adaptación del adolescente en el ambiente familiar, escolar, social y personal, las mujeres presentan mejor adaptación en todos sus ambientes que los

varones, dando a conocer que los varones presentan mayor riesgo de cometer suicidio ya que presentan una mayor desvinculación familiar.

Por lo tanto el suicidio se ha convertido en un problema social, además de que ya no es tan aislado como anteriormente se manejaba, en la actualidad y de acuerdo a algunas fuentes de información la tasa de suicidio fue en aumento durante 2008 a diferencia del 2007 dicho aumento del suicidio solo en Distrito Federal fue del 20 por ciento.

De acuerdo con los diferentes autores mencionados las causas del suicidio son diversas, esta idea de morir puede originarse por depresión, ansiedad, drogadicción, problemas económicos, abandonos, pérdidas ó algún trastorno emocional, la mayoría de estas causas generan en la persona desesperanza por lo que se encierran en su problema y para ellos no existen más soluciones que la muerte.

Este acontecimiento ha generado una idea falsa sobre las personas que llevan acabo el suicidio ya que los tienen con una imagen de "cobardes" por salir por la puerta falsa, pero la realidad es mas compleja de lo que podemos imaginar ya que existe solo un factor que viene siendo la cima de un cúmulo de conflictos personales, familiares y sociales de la persona, a esto se le une en que la mayor parte de los casos no se cuenta con el apoyo familiar, de los amigos y padecen depresión, ansiedad ó alguna enfermedad que hace que la persona ya no contemple más posibilidades de cura, todo esto conlleva a que la persona se aíse , se encierre a si misma, deje de realizar las actividades que le hacían sentir útil llevándolo a un estado de depresión.

Cabe mencionar que el no contar con los servicios psicológicos de apoyo para superar ó desistir del suicidio viene siendo uno de los factores importantes.

El apoyo de la familia, los amigos, la pareja, en algunos casos los hijos son redes de apoyo para la persona que desea suicidarse ya que pueden brindar ayuda moral, acompañamiento y realizar juntos actividades que lo distraigan además de hacerlos sentir útil, con opciones de vida y ganas de seguir viviendo.

La persona que desea suicidarse debe contar con la ayuda psicológica adecuada ó el apoyo especializado como la psicológica ó psiquiátrica en caso de presentarse algún trastorno ó enfermedad.

Lo antes mencionado es con la finalidad de que la persona que piensa en el suicidio deje de pensar que al suicidarse le quita el problema a la familia por el solo hecho de que ya no están pero la realidad es de que la familia se queda con un fuerte sentimiento de culpa, afectaciones emocionales, desintegración que además no son tan sencillas de superar.

CAPITULO 4

METODOLOGIA

4.1. Planteamiento del Problema

¿Cómo Puede Prevenirse el Suicidio en los Adolescentes?

4.2. Justificación

En México, las tasas de suicidio en menores de edad se ha triplicado en los últimos años y el fenómeno ha crecido en promedio 4 por ciento. (Reyes, J. 2008).

Es importante investigar el tema de la depresión y suicidio en adolescentes ya que hoy en día se han dado a conocer con más frecuencia números alarmantes de adolescentes que se suicidan, la depresión en la adolescencia se ha ido manifestando en diferentes formas y en los últimos años ha llegado a ser un problema público ya que el porcentaje de suicidios en adolescentes va incrementándose de forma alarmante y además en la actualidad ha llegado a afectar a los niños y adultos mayores.

4.3. Objetivos:

General:

1) Elaborar un cartel para profesionistas con la finalidad de prevenir el suicidio en los adolescentes.

2) Elaborar un cartel para la población en general (familiares, amigos, vecinos, compañeros, etc..) con el propósito de detectar conductas suicidas en los adolescentes y con ello prevenirlo.

4.4. Procedimientos:

Dado que fue una tesis de tipo documental, lo que se procedió hacer para llegar al objetivo fue:

- a) Investigar de manera documental las causas del suicidio en los adolescentes para crear una estrategia de prevención.

- b) Investigar el tema de adolescencia, depresión y suicidio de manera bibliográfica.

4.5. Tipo de Estudio.

Investigación bibliográfica y documental.

CAPITULO 5

RESULTADOS

PROPUESTA DE PREVENCIÓN

En los últimos años se han formulado diferentes mitos e ideas sobre el suicidio, los cuales han hecho tener una idea falsa de lo que en realidad rodea a este problema social. Los siguientes son algunos de los mitos existentes alrededor del suicidio, tal y como la evidencia lo señala, son más el desconocimiento y las falsas creencias las que prevalecen alrededor del tema, (Wekstein, 1979; Davison & Neale, 1996), (citado Fittipaldi, Javier, 2007).

5.1. MITOS QUE HAY QUE ROMPER PARA PREVENIR EL SUICIDIO EN EL ADOLESCENTE.

- ***Se cree que los que hablan sobre el suicidio no lo llevan a cabo.*** Sin embargo de cada 10 personas que se suicidan, 8 advirtieron de forma clara sus intenciones suicidas.
- ***El suicidio se produce sin previo aviso.*** Pero los estudios realizados muestran que estas personas suicidas proporcionan muchos indicios y advertencias sobre sus intenciones suicidas.
- ***Las personas suicidas están decididas a morir.*** Y en realidad la mayoría de las personas suicidas están indecisas entre vivir o morir, lo que hacen es apostar por la muerte dejando que sean los otros los que los salven. Casi nadie se suicida sin que los otros sepan como se sienten.
- ***Una vez que una persona está en estado suicida ya lo estará siempre.*** Y en realidad las personas que desean quitarse la vida están en estado suicida por un tiempo.
- ***La mejoría después de la crisis suicida viene a ser importante cuando el riesgo de suicidio se ha superado.*** Son muchos los suicidios

cometidos al cabo de tres meses de comenzada la mejoría cuando la persona tiene la suficiente energía como para poner sus ideas y sentimientos mórbidos en práctica.

- ***El suicidio es mucho más frecuente entre los ricos o a la inversa, se presenta casi siempre entre los pobres.*** Sin embargo, el suicidio no es una enfermedad de ricos ni la maldición de los pobres. El suicidio esta representado proporcionalmente en todos los niveles de la sociedad.
- ***Todas las personas suicidas son enfermos mentales y el suicidio es casi siempre la actuación de una persona psicótica.*** Los estudios realizados sobre cientos de notas de verdaderos suicidios indican que, aunque la persona suicida es extremadamente infeliz se halla alterada, no es necesariamente un enfermo mental. De hecho hay evidencias de pensamiento racional y de estar en contacto con la realidad.
- ***Ser miembro de un grupo espiritual en particular, es una ayuda para que la persona no considere el suicidio.*** En realidad es un error creer que la fuerte prohibición que existe dentro de la religión católica en particular, es un freno eficaz para evitar la actuación suicida de una persona. Además que una persona se identifique con una creencia en particular no es una representación de sus creencias particulares.
- ***El motivo del suicidio se puede establecer fácilmente.*** En realidad es muy difícil entender y saber porque una persona desea suicidarse. Por ejemplo: un revés en la situación económica seguido de la actuación suicida, no es una causa que explique fácilmente el suicidio.
- ***Todos los que cometen suicidio están deprimidos.*** Esta falacia radica en el hecho de que muchos de los signos de las actuaciones suicidas frustradas son ignorados porque la persona no actúa como si estuviera deprimida. Muchas de las personas que se suicidan no están deprimidas.

De hecho, algunas personas se muestran calmadas y en paz consigo misma.

- ***Una persona con una enfermedad física terminal, no contempla la posibilidad del suicidio.*** Teniendo en cuenta las condiciones de padecimiento tanto físico como moral, propios o de los seres amados, el suicidio es una posibilidad que frecuentemente pueden contemplar, en miras de darle fin a su sufrimiento, aún cuando la muerte se perciba como un hecho inminente.
- ***El suicidio es un evento aislado.*** Aún cuando existe un debate muy amplio en este sentido, se hace clara la conexión como factor desencadenante, sin que este factor pueda llamarse como tal la causa del suicidio.
- ***Pensar en el suicidio es algo más bien raro.*** Estimaciones hechas sobre estudios con muestras no clínicas, sugieren que el suicidio está presente desde un 40% hasta un 80% de la población. Esto significa que han pensado al menos una vez en la vida en la idea del suicidio.
- ***Preguntarle a alguna persona sobre sus ideas de suicidio, especialmente si esta deprimida, puede llevar a que la persona realice un intento que no se hubiese dado si no se le hubiese preguntado.*** Uno de los principales aprendizajes en la labor clínica, es indagar en profundidad sobre la ideación y su estructura. Además, el hacer la pregunta es conceder tácitamente un permiso a la persona para que hable sobre algo que puede considerar como un secreto inconfesable. De hecho, muchas personas se sienten más aliviadas al poder exponer sus ideas sobre suicidio.

- ***Las personas que realizan intentos con medios de baja letalidad, no están considerando seriamente la idea de matarse.*** De hecho aquí se confunde la letalidad con el intento. algunas personas no están bien informadas sobre la letalidad del método que van a emplear, como puede ser la utilización de píldoras. El método empleado no necesariamente está en sintonía con la intención de morir.

Como se ha mencionado el suicidio, es motivado por un estado de angustia, desesperación, desesperanza y soledad, segada por una falta de alternativas y una fuerte necesidad de escapar, correr y no ser alcanzado por aquello que causa dolor a la persona, aunado a esto es importante mencionar que las personas que se encuentran en un estado de depresión mayor con idea suicida muestran una desesperación de no querer sentir y de ya no pensar más para no sufrir su realidad que es causa de un gran dolor. (Huerta, J. 2009).

Por otro lado, las personas con idea suicida no buscan en realidad agredirse así mismas ya que existe un pequeño periodo de lucidez donde ellos saben que no deben hacerlo pero sigue la idea de que el suicidio para ellos es una salida a sus dificultades pero sobre todo a su dolor, la persona vive el suicidio como la posibilidad de escapar a todo lo que le aqueja, siendo para ellos una solución permanente a un problema que en ocasiones es temporal estando regularmente en un estado depresivo, una persona que tiene intentos previos de suicidio presenta mayor riesgo de suicidarse por lo antes mencionado.

5.2. AMBIENTES DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN EL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE.

La vida del ser humano está integrada por varios ámbitos que le ayudan a formar su personalidad, esto con la finalidad de que su desarrollo psicoemocional sea pleno, por lo tanto los ambientes en los que se desenvuelve forman parte de este desarrollo. (Huerta, J. 2009).

Aquí se mencionan algunas acciones concretas de cómo prevenir la depresión y el suicidio en los diferentes aspectos y ambientes de la vida del adolescente.

a) AMBIENTE FAMILIAR.

La pareja es la parte fundamental de una familia, por lo tanto se debe fomentar la comunicación, confianza y la unión en la pareja para que los hijos crezcan en un ambiente familiar sano; aumentar la autoestima en los hijos y cada uno de los miembros de la familia para que tengan una buena relación con el ambiente que los rodea, Se debe observar los cambios de conductas en la familia, motivar y fomentar la confianza en si mismos, motivar a los hijos para pertenecer a un grupo de actividades recreativas, no hacer caso omiso de los comentarios que se hagan sobre depresión, suicidio ó muerte en general, ayudar a los padres por medio de pláticas, talleres o terapia de pareja para que consoliden un hogar sano.

b) AMBIENTE ESCOLAR

Promover la capacitación para orientar y prevenir la depresión y el suicidio por medio de escuela para padres; talleres para maestros, estos talleres son con la finalidad de prevención, con información acerca de los síntomas que existen dentro de un cuadro depresivo y sobre el suicidio, además de explicar la forma de manifestarse de los síntomas; capacitar a los maestros para que sepan explicar la importancia de observar las señales que se puedan presentar. Para los alumnos, padres y amigos, buscar orientación y ayuda profesional psicológica; fomentar valores y principios en la familia, así como la lectura, cine teatro, deportes. Motivar a que los adolescentes tengan interés o curiosidad por aprender cosas nuevas e innovadoras en su desarrollo personal, profesional y emocional, además de fijarse metas y objetivos. Fomentar su autoestima y confianza en sí mismos, brindar apoyo para consolidar su identidad propia por medio de pláticas, talleres y orientación educativa o psicológica.

c) AMBIENTE SOCIAL

Fomentar las relaciones interpersonales, pertenecer a un grupo social sano, contar o buscar orientación para la prevención de drogas, prostitución, estrés y alcoholismo. Ayudar a los adolescentes con su autoestima para lograr una aceptación dentro de un grupo social. Apoyo para consolidar una identidad propia y sólida como adolescente; contar con redes de apoyo en familia y amigos, así como contar con ayuda psicológica por medio de pláticas, talleres, terapias de grupo que ayuden a fomentar la confianza en si mismo, contar también con ayuda institucional de salud en caso de requerir apoyo a un más especializada como la psicología, psiquiátrica, por último contar con motivación para que cuenten con actividades recreativas. (Huerta, J. 2009).

d) AMBIENTE LABORAL

Evitar o aprender a identificar y sobrellevar el estrés por medio de pláticas, talleres, comunicación, contar con capacitación abarcando temas como la motivación, el estrés. Orientar de que manera pueden lograr y buscar la realización profesional y personal, contar con la confianza en si mismo, que cuenten con un buen ambiente laboral. Enseñarles a tener gusto por lo que hacen, lograr tener un trabajo estable, orientar y apoyar para tener metas y objetivos claros a corto, mediano y largo plazo, fomentar la motivación laboral, el ser responsable y sobre todo la autoestima. Las empresas deben de contar con planificaciones de carrera para motivar y fomentar una idea esperanzadora del futuro.

f) RELACION DE PAREJA

Mantener una buena comunicación con la pareja, brindar orientación por medio de pláticas o talleres con ayuda de un psicólogo, sobre: agresividad, drogadicción, alcoholismo, prostitución, respeto, comprensión, tolerancia, violencia intrafamiliar, educación sexual, comunicación sexual con la pareja, prevención en la sexualidad, Contar con el apoyo emocional de una pareja o familia, llevar a cabo la mediación y la adaptabilidad; sobre todo el respeto para ellos mismos y el respeto por la pareja. Todo esto con la finalidad de que los futuros padres logren consolidar un hogar sano y donde exista el respeto de ideales, de cada uno de sus integrantes de la familia; esto a su vez hará que los hijos tengan otra visión de lo que es un hogar y la responsabilidad que se adquiere al tener a sus propios hijos.

g) PRINCIPIOS Y VALORES

Realizar talleres, cursos, platicas para fomentar valores y principios dentro y fuera de las familias, respeto por los padres y los hijos; fomentar la importancia del

autoestima de cada individuo; ayudar a que aumente la motivación personal así como la confianza en sí mismos, fomentar el ser responsables de actos y decisiones tomadas, fomentar los principios y valores además de ser compartidos en un futuro donde la base de estos siempre será la familia.

Con base a los capítulos anteriores se concluye que el suicidio se puede prevenir si se brinda apoyo profesional del psicólogo. Se puede ayudar al individuo a salir del estado emocional en el que se encuentra y lograr tener una mejor calidad de vida; pero sobre todo, ayudarlo a entender que su existencia tiene una finalidad y una meta por alcanzar además de que nuevamente aprenda a disfrutar y reencontrarse con la vida misma.

5.3. CONDUCTAS PARA DETECTAR SUICIDIO EN EL ADOLESCENTE.

La autora de la presente investigación, diseñó un cuadro de conductas donde profesionistas como público en general puedan detectar aquellas conductas que se consideran de riesgo de suicidio en adolescentes.

Para ello la autora creó dos carteles de apoyo, uno para profesionistas y otro para público en general, los cuales fueron titulados “Porque tu Vida es Importante, Recibe una Mano Amiga” (Conductas para Poder Detectar Depresión ó Ideas Suicidas en Adolescentes).

Con la finalidad de proporcionar un apoyo entendible, concreto y sobre todo que facilite la detección oportuna de conductas que lleven al suicidio, se investigó bibliografía que ayudara a aportar la idea de los

carteles y así señalar la importancia que existe en los cambios de conducta que presenta el adolescente.

Estos carteles tienen la finalidad de resaltar señales para que los profesionistas y la gente puedan detectar en sus pacientes, amigos o familiares.

Todo con la noble causa de prevenir el suicidio en los adolescentes.

Es importante reflexionar sobre el tema de depresión y suicidio ya que favorece a ser más observadores y saber que es importante estar alertas ante una situación de depresión o ideas suicidas en los adolescentes; esto nos ayudara a poder brindar como psicólogos la ayuda necesaria en el momento indicado.

PORQUE TU VIDA ES IMPORTANTE, RECIBE UNA MANO AMIGA.

5.4. CONDUCTAS PARA DETECTAR DEPRESIÓN O IDEAS SUICIDAS EN ADOLESCENTES.

(Para Profesionistas)

1. Ambivalencia emocional entre el querer morir o seguir viviendo.
2. Pérdida o aumento del apetito.
3. Sentimientos de inutilidad, baja autoestima.
4. Incapacidad de amar además de minusvalía.
5. Conductas de aislamiento.
6. Aumento ó disminución del sueño.
7. Duelos mal elaborados y sin ayuda profesional.
8. Episodios de desdicha, tristeza y melancolía.
9. Dolores de cabeza constantes, sentir constantemente cansancio.
10. Pensamientos constantes sobre la muerte ó ideas suicidas.
11. Desinterés por sus actividades dentro y fuera de casa.
12. Descuido general en su persona.
13. Problemas para concentrarse y retener información a corto plazo.
14. Problemas para tomar decisiones.
15. Sentir angustia ó preocupación.
16. Soledad, desesperanza, desilusión.
17. Presencia de problemas digestivos e incluso problemas sexuales.
18. Comentarios sobre formas de suicidio, sentimientos de destrucción.
19. Manifestar abiertamente su deseo de morir.
20. Apatía y una sensación de querer escapar.
21. Deseos de no recordar que le causa dolor.

PORQUE TU VIDA ES IMPORTANTE, RECIBE UNA MANO AMIGA.

(CONDUCTAS PARA PODER DETECTAR DEPRESION O IDEAS SUICIDAS EN ADOLESCENTES)
(Para Profesionistas)

1. Ambivalencia emocional entre el querer morir o seguir viviendo.
2. Perdida o aumento del apetito.
3. Sentimientos de inutilidad, baja autoestima.
4. Incapacidad de amar además de minusvalía.
5. Conductas de aislamiento.
6. Aumento ó disminución del sueño.
7. Duelos mal elaborados y sin ayuda profesional.
8. Episodios de desdicha, tristeza y melancolía.
9. Dolores de cabeza constantes, sentir constantemente cansancio.
10. Pensamientos constantes sobre la muerte ó ideas suicidas.
11. Desinterés por sus actividades dentro y fuera de casa.
12. Descuido general en su persona.
13. Problemas para concentrarse y retener información a corto plazo.
14. Problemas para tomar decisiones.
15. Sentir angustia ó preocupación.
16. Soledad, desesperanza, desilusión.
17. Presencia de problemas digestivos e incluso problemas sexuales.
18. Comentarios sobre formas de suicidio, sentimientos de destrucción.
19. Manifestar abiertamente su deseo de morir.
20. Apatía y una sensación de querer escapar.
21. Deseos de no recordar que le causa dolor..

PORQUE TU VIDA ES IMPORTANTE, RECIBE UNA MANO AMIGA.

5.5 CONDUCTAS PARA DETECTAR DEPRESION O IDEAS SUICIDAS EN ADOLESCENTES.

(Cuadro Preventivo para Público en General)

- Si el adolescente presenta cambios constantes sobre deseos de morir y seguir viviendo.
- Si aumenta o disminuye la cantidad de alimentos que consume diariamente.
- Si hace comentarios de que es inútil, que no vale nada además de sentir resentimiento hacia la gente o hacia su familia.
- Si todo el tiempo quiere estar solo (a), además de pasar mucho tiempo dormido o si ha presentado problemas para poder dormir.
- Si se presentó la muerte de algún familiar cercano, amigo o pareja y no tuvo la ayuda de un psicólogo.
- Si hay o se presentan sentimientos de tristeza o melancolía ganas de llorar sin razón aparente y que mencione que es una persona desdichada.
- Si muy seguido le duele la cabeza o dice que se siente cansado (a) sin haber realizado ninguna actividad.
- Si muy seguido comenta que se quiere morir o que ha pensado en planear su muerte, además de comentar que si estuviera muerto estaría mejor su familia y él (ella).
- Si no tiene interés por las actividades que realizaba en casa y fuera de ella como el trabajo, el estudio y los deportes.
- Si no tiene interés en su aseo personal por varios días.
- Si muy seguido tiene problemas para concentrarse ó de acordarse de cosas aunque no sean importantes e incluso si tiene problemas para tomar decisiones.

- Si le sudan las manos, si se come seguido las uñas, si siente desesperación, ganas de correr y nunca parar, presenta tic's, agitación en la respiración, siente miedo y no sabe por que.
- Si comenta que se siente solo, sin ilusiones en la vida y se ve con mucha tristeza y desesperanza, además siente que todo lo que hace no vale nada o ya no importa.
- Si comenta que constantemente tiene problemas digestivos como dolor de estomago, estreñimiento y además presenta poco deseo sexual.
- Si hace comentarios sobre diferentes formas de morir y además dice abiertamente que quiere morirse.
- Si tiene muchas ganas de escapar, no querer saber de nada, ni de nadie, además de no querer hablar de lo que le causa dolor.
- Si llora mucho sin razón aparente, se muestra pensativo, distraído o ausente y de repente su comportamiento cambia como si nada pasara y sonrío.
- Si dice tener mucho enojo hacia su familia, hacia la gente que le rodea y nadie hace caso a su enojo.
- Si en un tiempo corto se ha dedicado a llegar en diferentes horas en estado de ebriedad o drogado.
- Si se siente abandonado por alguna pareja, familiar o un amigo ya sea por cambio de residencia o por fallecimiento.
- Si ha tenido algún rompimiento sentimental e incluso si ha tenido pérdida de un trabajo y se muestra triste.

PORQUE TU VIDA ES IMPORTANTE, RECIBE UNA MANO AMIGA.

(CONDUCTAS PARA PODER DETECTAR DEPRESION O IDEAS SUICIDAS EN ADOLESCENTES).

(Para Público en General)

- Si el adolescente presenta cambios constantes sobre deseos de morir y seguir viviendo.
- Si aumenta o disminuye la cantidad de alimentos que consume diariamente.
- Si hace comentarios de que es inútil, que no vale nada además de sentir resentimiento hacia la gente o hacia su familia.
- Si todo el tiempo quiere estar solo (a), además de pasar mucho tiempo dormido o si ha presentado problemas para poder dormir.
- Si se presenta la muerte de algún familiar cercano, amigo o pareja y no tuvo la ayuda de un psicólogo.
- Si hay o se presentan sentimientos de tristeza o melancolía ganas de llorar sin razón aparente y que mencione que es una persona desdichada.
- Si muy seguido le duele la cabeza o dice que se siente cansado (a) sin haber realizado ninguna actividad.
- Si muy seguido comenta que se quiere morir o que ha pensado en planear su muerte, además de comentar que si estuviera muerto estaría mejor su familia y él (ella).
- Si no tiene interés por las actividades que realizaba en casa y fuera de ella como el trabajo, el estudio, los deportes, etc. .
- Si no tiene interés en su aseo personal por varios días.
- Si muy seguido tiene problemas para concentrarse ó de acordarse de cosas aunque no sean importantes e incluso si tiene problemas para tomar decisiones.
- Si le sudan las manos, si se come seguido las uñas, si siente desesperación, ganas de correr y nunca parar, presenta tic's , agitación en la respiración, siente miedo y no sabe por que.
- Si comenta que se siente solo, sin ilusiones en la vida y se ve con mucha tristeza y desesperanza, además siente que todo lo que hace no vale nada o ya no importa.
- Si comenta que constantemente tiene problemas digestivos como dolor de estomago, estreñimiento, etc.. y además presenta poco deseo sexual.
- Si hace comentarios sobre diferentes formas de morir y además dice abiertamente que quiere morir.
- Si tiene muchas ganas de escapar, no querer saber de nada, ni de nadie, además de no querer hablar de lo que le causa dolor.
- Si llora mucho sin razón aparente, se muestra pensativo, distraído o ausente y de repente su comportamiento cambia como si nada pasara y sonrío.
- Si dice tener mucho enojo hacia su familia, hacia la gente que le rodea y nadie hace caso a su enojo.
- Si en un tiempo corto se ha dedicado a llegar en diferentes horas en estado de ebriedad o drogado.
- Si se siente abandonado por alguna pareja, familiar o un amigo ya sea por cambio de residencia o por fallecimiento.
- Si ha tenido algún rompimiento sentimental e incluso si ha tenido perdida de un trabajo y se muestra triste.

CONCLUSIONES

Debido a la relevancia del tema de investigación, fue importante recabar información de varios autores donde se pudiera respaldar los resultados de la misma y así concretar la aportación de la autora de esta tesis.

En el capítulo 1 se investigó sobre la adolescencia donde se observa que todos los jóvenes se encuentran en un periodo de vulnerabilidad en el cual son presa fácil de presentar un desequilibrio emocional, dado a los cambios que experimentan. La depresión es la causa primordial para que el adolescente ante situaciones de frustración se sienta amenazado y vulnerable, además de sentir que no tiene salidas para situaciones donde le genere cierta angustia pero sobre todo para aquellas donde se requiera que tome decisiones maduras y su personalidad se vea quebrantada.

Por tal situación es importante mencionar que la personalidad de cada adolescente se va definiendo de acuerdo al tipo de relación que lleve con su entorno y por lo tanto la relación interpersonal del adolescente define el estilo emocional y social de una persona. (González Núñez, 1992) (Citado en Nahoul, 2004).

Así mismo, en el capítulo 2 se investigó sobre la depresión la cual ha sido causa de controversia en los últimos años, de que los adolescentes se sientan vulnerables y se encuentren atrapados en una ambivalencia entre el morir o querer vivir.

En el capítulo 3 se investigó sobre la idea suicida en el adolescente, acompañado de desesperanza, angustia, desamor, pérdidas, metas y objetivos no logrados son parte de lo que puede llevar a un adolescente a desear quitarse la vida, las malas relaciones familiares, sociales e incluso de pareja forman parte de un cúmulo de factores que pueden llevar a que el adolescente quiera atentar contra su vida.

Por tales motivos, se concluye que es de vital importancia promover que la familia esté cimentada en una relación armoniosa comenzando por los padres para que los hijos tengan una vinculación sana con el medio ambiente que les rodea.

Es importante destacar que las redes de apoyo que el adolescente pueda tener tienen un papel muy importante ya que en un estado de depresión son las primeras que aparecen como posible solución a sus problemas. El buscar ayuda profesional con los psicólogos, psicoterapeutas u orientación con profesores, orientadores escolares e incluso de algunas instituciones dentro del área de la salud puede ser importante si se busca a tiempo ya que si un adolescente se siente deprimido y sin salida, la idea de querer desaparecer vendrá una y otra vez; la atención a tiempo es de vital importancia ya que no se debe de ignorar comentarios sobre ideas suicidas o de muerte que el adolescente mencione.

La prevención es parte importante y sobre todo fundamental en la vida cotidiana del adolescente por tal motivo se aportó el primer cartel con el propósito de promover una guía práctica y útil para que los profesionistas puedan conocer, sepan identificar y se tenga de donde partir, para ofrecer un mejor apoyo profesional. El segundo cartel es una propuesta de ayuda al público en general donde se detalla más la diversidad de conductas que puede presentar el adolescente y que las identificamos erróneamente como propias de la etapa de la adolescencia.

Ambas aportaciones se realizaron con la finalidad de detectar a tiempo, saber observar y sobre todo poder ofrecer una ayuda oportuna al adolescente.

Cabe destacar que aun falta mucho por hacer, el lograr tener mejores alternativas y más apoyo por parte de instituciones de salud, es indispensable. Por lo tanto falta aun tener más opciones de ayuda para la prevención del suicidio tales como: redes de apoyo para el adolescente, ayuda terapéutica con el psicólogo, sensibilización de maestros y padres de familia, así como talleres de prevención.

BIBLIOGRAFÍA

Belloch, A. Sandín, B. y Ramos, F. (1995) *Manual de Psicología*, Vol. II. España: Isabel Capella. <http://www.monografias.com/trabajos10/depre/depre2.shtml>

Berjet, C., Borges G., Medina-Mora Ma. E. (2004 sep-oct) *La Depresión como inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México, Vol. 46, Núm.5. <http://www.scielosp.org/pdf/spm/u46n5/a06u46n5.pdf>.

Carlson, N. (1996) *fundamentos de la psicología fisiológica*. México: Editorial Prentice may.

Calderón, N. G. (1998) *Depresión, Sufrimiento y Liberación*, Edamex. México.

Cioran, E. M. (1991) "*El inconveniente de haber nacido*". Barcelona: Taurus

Diccionario de Pedagogía y Psicología, (1999), Madrid España, Cultura S.A. Madrid-España, Pag. 12, 13, 75 y 76.

Figueroa, S. J. (2007) *¿Qué es la Adolescencia?*.
www.geocities.com/creanimate123/Quees-adolescencia.htm

Fittipaldi, J. (2007) Suicidio en Niños y Adolescentes- Mitos y Falacias sobre el suicidio.

www.wikilearning.com/monografia/suicidio_en_ninos_y_adolescentes-mitos_y_falacias_sobre_el_suicidio/1363-3

Flores, G. (2005) *Diccionario Breve de Psicología Activa*, 2ª Ed. México: Alom Editores, S. A. de C.V. Pag. 45

Gómez, M. (2004) Acomodación individuo-medio ambiente *Relaciones Interpersonales*. México: Manual Moderno.

Gutiérrez-García A. G., Contreras, C. M., Orozco, Rodríguez, R. Ch. (sep-oct. 2006) *El Suicidio Conceptos Actuales Salud Mental*, Inst. Nal. Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, D.F., Vol. 29, Num. 5, pp. 66-74
<http://redalyc.uaemex.mx>.

Huerta, J. (Comunicación Personal, 3 de Julio, 2009)

Larraguivel M.,González P., Martínez V., Valenzuela R. (2000) *Factores de Riesgo de la Conducta Suicida en Niños y Adolescentes*. Revista Chilena de Pediatría v. 71 n.3 Santiago Mayo (2000) recuperado el día 12 de Febrero del 2007 de: http://www.scielo.php?pid=S0370410620000003000&scrip=SCI_arttext&tlng=es#22.

López-Ibor, A.J. (2001) *DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, España: Massón.

Mondragón, L. P., Borges G., Gutiérrez. R. (2001). *La Medición de la Conducta Suicida en México*, Salud Mental, Inst. Nal. Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, D.F., Vol. 24, Num. 6, pp. 4-15. <http://redalyc.uaemex.mx>.

Nahoul, S.V. (2004) *Relaciones Interpersonales en la Adolescencia. Relaciones Interpersonales*. México: Manual Moderno.

Oñate, R. (2004) *relaciones Interpersonales en la Infancia Relaciones Interpersonales*. México: Manual Moderno.

Papalia D., Wendkos S., Duskin R. (2001) *Desarrollo Humano* octava edición. Bogota: Mc Graw Hill.

Papalia, D.E., Wendkos, O.S. (1987). *Psicología*. México: MacGraw Hill

Puentes-Rosas E. (2004) *La Mortalidad por Suicidios: México 1990-2001*. Revista Panamericana de Salud Pública. http://journal.paho.org/?a_ID=383

Reyes, José J. (2008) en el "Economista" México. Lunes, 19 de Mayo..

Romo, D. y Pastor, P. (2003) *Estructura Familiar y Adaptación en Adolescentes*. Tesis de grado del programa profesional de psicología. Universidad Católica de Santa María.

Romo H.G. (2002) *Depresión y Suicidio*, Lucas Morea/sinexi S.A. (1997) Recuperado el día 20 de Diciembre del 2006 de: <http://www.monografías.com/trabajos> 26/Depresión-Suicidio/de Depresión.Suicidio.shtml.

S.A. (2000). *Las Distintas Etapas de la Adolescencia*. En "Euroresidentes", España: Ityls Siglo XXI. <http://www.euroresidentes.com/adolescentes/etapas-adolescencia.htm>

Sarason I. y Sarason B. (1996) *Depresión y Suicidio*. Psicología Anormal, México Trillas.

<http://www.scribd.com/doc/11445142/depresión-y-suicidio>

www.monografias.com

Saltijeral M. Ma. T. (2003 marzo-abril) *Revista Psicología*, México: Universidad Iberoamericana.

Serfaty, E. (1998) *Adolescencia Latinoamericana, Suicidio en Adolescencia, Argentina*. http://ral-adolece.bus.br/cielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S1414-71301998000100007&Ing=es&nrm=iso

Servicios de Salud Mental, (2007) *Adolescencia*,
http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/su_salud/jovenes/adelescencia.html

Solloa, G. L. M. (2001). *Trastornos Psicológicos en el Niño. Etiología, Características, Diagnóstico y Tratamiento*. Coedición Universidad Anáhuac, México: Trillas.

Vallejo, R. J. (1991) *Introducción a la Psicología y la Psiquiatría*, 3ª Ed., México: Salvat.