



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S.C**



INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE DE INCORPORACIÓN 8901-25

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROPUESTA DE TALLER PARA IDEACIÓN DE INTENTOS SUICIDA EN

ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN, DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO

CONDUCTUAL.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

“LICENCIADA EN PSICOLOGÍA”

PRESENTA:

JESSICA JAZMIN JIMENEZ SALAS

ASESOR DE TESINA:

MTRA. ILDA ROBLES GONZALES

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO DE 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por haberme permitido llegar hasta este punto, por haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A MI MAMÁ MARTHA.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, por sus valores, por la motivación constante que me ha permitido lograr este proyecto, pero mas que nada por su amor infinito, te amo.

A MI PAPÁ MARCOS ALBERTO

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha inculcado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A ustedes que a lo largo de la vida me guiaron siempre por el buen camino, me brindaron su apoyo y consejos, en los momentos difíciles me alentaron a seguir adelante, anhelando siempre mi preparación para enfrentarme a la vida.

Por todo ellos gracias.

LOS AMO

A MI HIJA SCARLETTE

Tu afecto y tu cariño son los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo, de mis ganas de buscar lo mejor para ti. Aun a tu corta edad, me has enseñado muchas cosas de esta vida.

Te agradezco por ayudarme a encontrar un lado dulce de la vida, fuiste mi motivación más grande para concluir con éxito este proyecto, para que en un futuro te sientas orgullosa de mi, para que nunca te dejes vencer por nada ni por nadie y de esta forma siempre logres tus objetivos.

TE AMO

A MI HERMANO ANGEL ALBERTO

Gracias por apoyarme, por siempre estar junto a mi, que a pesar de lo que hemos vivido sabes que siempre podrás contar conmigo, porque juntos somos un equipo.

TE AMO

A MI PAREJA

Gracias porque desde el momento en que nos conocimos, siempre me has apoyado para continuar con mis estudios profesionales y que al igual que yo siempre has luchado por crecer profesionalmente, para darle un mejor futuro a nuestra familia, gracias por tu apoyo y dedicación para que este proyecto se volviera realidad.

TE AMO

A MI ABUELA

Félix Garrido gracias por tu apoyo incondicional, siempre estaré agradecida con la vida por tenerte a mi lado, por tus consejos, por tus enseñanzas, por tu dedicación hacia nosotros.

TE AMO

A MI MAESTRA.

LIC. ILDA ROBLES

Gracias por sus enseñanzas durante esta gran experiencia de aprendizaje y conocimiento por su dedicación, paciencia, entrega para la elaboración de este proyecto, por confiar en mi.

El aprecio es muchísimo, siga siendo la gran maestra que es.

PRESENTACION

En México como en gran parte del continente americano, hablar sobre problemas sociales que no sean de seguridad o economía ha llegado a hacer un segundo término, sin embargo, a pesar de las dimensiones que estas dificultades han llegado a tener, no podemos ocultar otros grandes problemas que han ido incrementando día a día sin tener ningún cambio visible en nuestra sociedad.

Tal es el caso de suicidios en adolescentes, un problema social que comenzó como un acontecimiento sin precedentes en nuestro país aquejándole el hecho de ocurrir por accidentes inesperados, sin embargo, el aumento en la incidencia de este hecho y una notable falta de información sobre este tema, ha hecho evidente la necesidad de contar con un apoyo, o instrucción que ponga en acción a la sociedad para contribuir a evitar este terrible acontecimiento en nuestro país.

Un eje transversal para lograr que el índice de suicidio en adolescentes disminuya es conocer las causas que los orillan a tomar esta terrible decisión, una y sin duda la más habitual es la depresión.

En este trabajo de investigación relacionaremos la depresión con el suicidio en adolescentes, con el objetivo de trazar un plan de acción y prevención para jóvenes con ideación suicida que ayude a inhibir esta práctica tan lamentable que no solo atenta contra la vida del sujeto actor sino con un gran impacto psicológico en su familia, amigos y entorno social que lo rodea.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal el generar un curso- taller con la finalidad de cambiar la situación que viven los jóvenes en estado de depresión e ideas suicidas efecto de concientizar sobre dicho trastorno.

Por esta razón en el primer capítulo se abordan temas como la adolescencia, sus características, y sus cambios físicos, biológicos, psicológicos que pueden implicar un estado de depresión, en muchos de los casos atentar contra su vida.

En el capítulo dos se hace un análisis muy complejo sobre la depresión, así como los principales factores de esta, con el propósito de saber las causas que originan este trastorno para entenderlo y poder atenderlo.

También se abordan los antecedentes históricos de la depresión, así como su evolución a lo largo de los tiempos en la rama de la psicología-psiquiatría.

Por otro lado, se estudian los principales factores depresivos desde sus distintas clasificaciones.

Dentro del capítulo tres se retoman temas sobre el suicidio, así como las ideas suicidas, principalmente entre uno de los grupos más vulnerables de los últimos años como son los adolescentes.

Cabe mencionar que los adolescentes representan el primer lugar en muertes por depresión por lo cual es un tema relevante y de urgencia debido a que es importante atender las causas que orillan a los jóvenes a tomar estas decisiones.

Finalmente, en el capítulo cuatro se incorpora la metodología a desarrollar.

ÍNDICE

Agradecimientos	
Presentacion	
Introducción	
CAPITULO I: LA ADOLESCENCIA	8
1.1 Definición de adolescencia	10
1.2 Características generales de la adolescencia	12
1.3 Teorías sobre la adolescencia	13
1.3.1 Desde el psicoanálisis	14
1.3.2 Cognitivo- evolutiva	15
1.3.3 Sociológica	16
1.4 Proceso de desarrollo en la adolescencia	16
1.4.1 Desarrollo cognitivo	18
1.4.2 Desarrollo psicológico.	19
1.4.3 Desarrollo social	19
CAPITULO II: LA DEPRESIÓN, EL MAL DE LOS MILLENIALS ADOLESCENTES	21
2.1 Antecedentes históricos de la depresión en México	22
2.2 Definición de depresión	27
2.2.1 Principales síntomas clínicos acompañantes en la depresión infanto-juvenil	29
2.3 Factores involucrados en la depresión	32
2.3.1 Factores ambientales y familiares en la depresión	34
2.3.2 Sociales	35
2.3.3 Escolares	40
2.4 Criterios diagnosticos	42
2.5 Neurobiología de la depresion.	47
2.5.1 Alteraciones neurobiologicas en la depresion	48
2.5.2 Cambios estructurales	48
2.5.3 Cambios neuroendocrinos	49
2.5.4 Cambios celulares y moleculares	49
2.6 Alteraciones de neurotransmisores	50
2.6.1 Serotonina	51
2.6.2 Noradrenalina	53
2.6.3 Dopamina	54
2.6.4. Acetilcolina	55
CAPITULO III: DE LA DEPRESIÓN A LAS IDEAS SUICIDAS	56
3.1 Ideas suicidas	59
3.2 Factores asociados a las ideas suicidas	61

3.2.1 Factores Biológicos	63
3.2.2 Factores Psicológicos	64
3.2.3 Factores Familiares	66
3.3 Estadísticas del intento suicida	68
3.4 Perfil de conductas suicidas	71
3.5 Mitos y realidades del intento suicida	73
CAPITULO IV: METODOLOGIA A DESARROLLAR	76
4.1 Planteamiento del problema	77
4.2 Hipótesis	77
4.3 Variables	77
4.4 Unidad de Analisis	77
4.5 Unidad de muestra	78
4.6 Objetivo general	78
4.7 Objetivos específicos	78
4.8 Diseño de la investigación	78
4.9 Tipo de estudio.	78
4.10 Teoría	79
4.11 Método	79
4.12 Técnica	79
4.13 Instrumento	79
4.14 Población	80
4.15 Muestra	80
4.16 Criterios de Inclusión	80
4.17 Criterios de Exclusión	80
4.18 Sugerencias y Recomendaciones	81
Glosario	82
Anexos	86
Bibliografía	93
Cibergrafía	95

CAPITULO I: LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es el permiso de la sociedad para
combinar la madurez física con la irresponsabilidad psicológica.

Terri Apter

Jean Piaget define a la adolescencia como “simplemente una crisis pasajera que separa a la infancia de la edad adulta y se debe a la pubertad”. Dicho de otra forma, es una etapa donde el niño(a) busca obtener maduración física, psicológica y social.

La adolescencia es sin duda alguna la etapa de vida caracterizada por el desarrollo biológico, físico, psicológico, cognitivo de la persona, una condición natural con la cual se abra de plantear el proyecto de vida del sujeto, así como las preferencias de todo tipo, la fijación de metas futuras, ilusiones expectativas a corto largo plazo, también es la etapa de mayor sensibilidad de emociones que a veces puede reflejar un sentir de irreverencia o de incompreensión o bien de felicidad exacerbada, todos estos elementos son reflejo del entorno en el que a crecido o interactuado durante la niñez.

Según Papalia, Diane (2001), la adolescencia es la transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que implica importantes cambios físicos, cognitivos y psicosociales interrelacionados.

Dura casi una década, desde los 11 o los 12 años hasta los 19 o comienzos de los 20, pero ni el comienzo ni el fin están marcados con claridad. En general, se considera que la adolescencia empieza con la pubertad, el proceso que conduce a la madurez sexual o la fertilidad (capacidad de reproducción).

Ahora bien, en este periodo de vida el entorno familiar, escolar son fundamentales en la formación integral del adolescente, factor que algunas veces suele jugar en contra y se convierte en un obstáculo, agente que puede causar desconfianza en las expectativas propias del sujeto.

Autores como Garbarino, González & Faragó (2010) plantean por adolescencia: El período en el cual el sujeto pasa de los objetos amorosos endogámicos a los exogámicos y asume los cambios biológicos y psicológicos que conllevan la adquisición de la capacidad de procrear. Es un momento en que el sujeto entra en crisis con su propia historia, con las tradiciones y con los valores de los padres.

Así mismo se puede ver afectado en esta etapa es el de conflicto de identidad, es decir la situación existencial del quien soy o quien quiero ser, que muchas veces se origina por expectativas equivocadas del entorno social que rodea al adolescente, que puede provocar frustración por no realizar actividades de comportamientos que a él le producen satisfacción que se contraponen a comportamientos impuestos deliberados que hay que cumplir que impiden la independencia que ellos creen necesitar.

Cierto es que paralelamente a este conflicto de intereses y desarrollo que vive el adolescente se encuentra el rol de los padres o de las personas que coadyuvan a la formación de él, quienes no solo son responsables de proveer de formación axiológica, educativa, además influyen en la imposición de normas familiares, sociales, religiosas e incluso jurídicas que involucran el desenvolvimiento del adolescente en todos los aspectos cotidianos de su vida, que pocas veces son perceptibles como mecanismos de defensa para la prevención de conductas negativas que pueden suponer problemas o sanciones.

En este enfoque el adolescente se encuentra ante una situación de irritabilidad constante porque su interés de libertad e independencia se ve contrarrestado a la disciplina, misma que intrínsecamente dará como resultado el contribuir a la madurez en su edad adulta para quienes aceptan estas condiciones de forma positiva.

1.1 Definición de adolescencia

Desde la perspectiva J. Marías(año) la adolescencia constituye un periodo especial del desarrollo, del crecimiento y en la vida de cada individuo. Es una fase de transición entre un estadio, el infantil, para culminar en el adulto.

Dicho de otra manera, se trata de una etapa de elaboración de la identidad definitiva de cada sujeto que se plasmará en una individualización adulta. Todo ello supone un trabajo mental, gradual, lento y lleno de dificultades que hacen que la adolescencia sea un episodio del que casi todo mundo se avergüenze.

Susana Quiroga (2004) entiende por adolescencia: un proceso de cambio, por tal razón, de transición. Tanto para el adolescente como para la familia, es el momento de la vida en que se presentan más problemas nuevos y con menos tiempo para resolverlos que en cualquier otro periodo anterior de su vida. Su apariencia adulta le requiere que actúe como tal, cuando aún no tiene recursos psíquicos para hacerlo.

Además de ser la época del desarrollo de las características sexuales, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales-cognitivas-emocionales- autoestima-autonomía-valores e identidad se van afirmando en esta etapa. Así pues, la adolescencia es una etapa del desarrollo humano, en la cual se experimentan cambios biológicos, físicos, psicológicos y sociales, a la vez se produce una variación en la manera en cómo las personas interactúan con el mundo que les rodea.

De acuerdo con McConville (2014), no es una etapa más de desarrollo, sino una literal remodelación de la niñez, una organización radical del self psicológico para el viaje que le espera. Se trata, ni más ni menos, que de reorganizar la experiencia.

Ha de separarse del campo de las vivencias infantil-adolescencia, crecimiento emocional, proceso familiar para reorganizar su propio campo, desde un nuevo sentido.

Como señala la UNICEF, hay que revalorizar la adolescencia como etapa de posibilidades, pero, más allá de lo que esta organización internacional proponga, se trata de una oportunidad para ser personas o tal vez para despertar, desapegarnos y desidentificarnos, pero no sólo de los progenitores, sino también de la mente, las emociones, el ego, las formas, y tocar al ser o a la esencia desde la conciencia. Rogers (2007)

Vale la pena decir que la adolescencia es una etapa fundamental en el desarrollo psicológico de una persona, pues es el periodo en el que forja su personalidad, consolida su conciencia del yo adquirida en su primera infancia, es una época de búsqueda de oposición, rebelión y extremismo a veces la edad de los ideales, de verlo todo claro para al instante siguiente verse inmerso en la confusión.

Así pues podemos definir a la adolescencia como una de las fases de la vida más fascinantes, quizás la más compleja, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades experimentando una nueva sensación de independencia.

Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia a desarrollar habilidades que les permitan convertirse en adultos atentos y responsables.

Cuando los adolescentes reciben el apoyo, aliento de los adultos, se desarrollan formas inimaginables, convirtiéndolos en personas plenas, llenos de energía, curiosidad, con gran capacidad de cambiar modelos de conducta sociales por ende es el principio de un gran cambio, en el que el individuo empieza a tomar decisiones propias a medida que va pasando el tiempo sabe que esas decisiones tomadas tendrán una consecuencia que les llevará a ejecutar una conducta, ya sea ésta de riesgo o no.

1.2 Características psicológicas en la adolescencia.

Krauskopf (1994) Define a la adolescencia como el periodo en que se producen con mayor intensidad la interacción entre las tendencias individuales, las adquisiciones psicosociales, las metas socialmente disponibles, las fortalezas y desventajas del entorno.

Por lo tanto, el desarrollo del adolescente es un proceso de cambios, transformaciones que permite un enriquecimiento personal y progresivo en una delicada interacción con los entes sociales del entorno.

En efecto es aquel espacio de vida en el que comúnmente todo se presenta de un color gris, parece que todo el mundo los ataca, los critican concentrándose en señalar sus acciones, pensamientos, comportamientos, actitudes negativas.

De esta manera los adolescentes llegan al pensamiento formal a través de la selección de un conjunto de valores morales, son capaces de considerar alternativas, servirse de la lógica para meditar sobre su pasado y futuro.

Tal si como adoptan un código ético personal que resulta en la solución de la crisis de identidad.

Por tanto, si el adolescente logra desarrollar un razonamiento moral ligado del pensamiento formal, podrá evaluar las situaciones que se presenten como favorables o desfavorables para su persona, evitar verse involucrado en comportamientos de riesgo (suicidio, delincuencia, drogadicción, conductas violentas, etc.)

Este razonamiento moral del adolescente sumado a su ambiente social, como lo son la familia, sus iguales a si mismo su cultura, puede influir en su desarrollo moral.

Por lo que se refiere a McConville (2009) señala que, durante esta etapa, las emociones están a flor de piel, los jóvenes presentan episodios de enojo, ira, tristeza, depresión, miedo, ansiedad, timidez, etc. Los cambios de personalidad están a la orden del día, además, son súbitos, rápidos, sin aparentes excusas o razones, en especial la irritabilidad.

Ahora bien, también surge una suerte de indiferencia o una falta de interés generalizado, a veces se trata de una actitud que escogen como defensa a la intrusión adulta. Los cambios de humor repentinos sin causa aparente, una depresión profunda un enojo desbordado son algunas de las emociones en esta etapa de la vida.

1.3 Teorías sobre la adolescencia

La adolescencia se presenta como un tema abierto a la investigación, objeto de preocupación para padres, educadores e instituciones públicas. Hay diversas ciencias que se ocupan de su estudio desde enfoques diferentes y en ocasiones contradictorios.

G. Stanley Hall (1844-1924) aplicó el punto de vista evolucionista de Darwin a la hora de conceptualizar el desarrollo adolescente. Así, el factor principal del desarrollo para él residía en factores fisiológicos genéticamente determinados, siendo el ambiente un factor secundario.

Sin embargo, reconocía que en la adolescencia los factores ambientales jugaban un papel mayor que en periodos anteriores, era necesario contemplar dinámicamente la interacción entre la herencia

al mismo tiempo las influencias ambientales para determinar el curso del desarrollo de los jóvenes en este periodo.

Delval (1996) En la actualidad, las concepciones principales sobre la adolescencia se pueden resumir en tres tendencias dominantes la perspectiva psicoanalítica, la cognitivo-evolutiva y la sociológica. Cada una de ellas resalta un aspecto particular del cambio adolescente partiendo de sus presupuestos teóricos.

1.3.1 Desde el psicoanálisis

Freud (2000) Desde el psicoanálisis se parte de considerar la adolescencia el resultado del brote pulsional que se produce por la pubertad (etapa genital), que altera el equilibrio psíquico alcanzado durante la infancia (etapa de latencia).

Este desequilibrio incrementa el grado de vulnerabilidad del individuo a diferencia puede dar lugar a procesos de desajuste y crisis, en los cuales están implicados mecanismos de defensa psicológicos (fundamentalmente la represión de impulsos amenazantes) en ocasiones inadaptados.

Dicho de otra manera, este proceso se interpreta como una recapitulación de procesos libidinales previos, especialmente la primera infancia, semejantes a un segundo procesos de individualización. A saber, que el adolescente está impulsado por una búsqueda de independencia.

J. E. Adrián y E. Rangel (2003) Durante el periodo de ruptura y sustitución de vínculos afectivos, el adolescente experimenta regresiones en el comportamiento, tales como: identificación con personajes famosos, como artistas o deportistas, fusión con ideales abstractos referidos a la belleza, la religión, la política o la filosofía, al igual estados de ambivalencia, manifestados en la inestabilidad emocional de las relaciones, las contradicciones en los deseos o pensamientos, las fluctuaciones en los estados de humor, comportamiento, la rebelión y el inconformismo.

En definitiva, el individuo tiene que ir construyendo una noción de identidad personal que implica una unidad de continuidad del yo frente a los cambios del ambiente, del crecimiento individual, (por ejemplo, en el ámbito de su autoimagen y auto concepto) para establecer procesos de

identificación y compromiso respecto a valores, actitudes, proyectos de vida que guíen su tránsito a la vida adulta.

1.3.2 Cognitivo-evolutiva

Jean Piaget (2011) Desde la perspectiva cognitivo-evolutiva la adolescencia es vista como un periodo en el que se producen importantes cambios en las capacidades cognitivas, por tanto, en el pensamiento de los jóvenes, asociados a procesos de inserción en la sociedad adulta.

Asimismo, desde el enfoque cognitivo, Delval (1994), señala a partir de Piaget, que durante la adolescencia se producen importantes cambios en el pensamiento que van unidos a modificaciones en la posición social.

El carácter fundamental de la adolescencia es la inserción en la sociedad de los adultos, por ello las características de la adolescencia están muy en relación con la sociedad en la que se produce.

Dicho de otra forma, es una etapa fundamental para encontrarse a sí mismo de nuevo, es la difícil tarea en la que está inmerso todo adolescente. En este proceso ocurren alteraciones fisiológicas, psicológicas, sociológicas, que influyen en el desarrollo de la personalidad del joven.

Con respecto a estas nuevas capacidades cognitivas les capacita para el desarrollo de un pensamiento autónomo, crítico, que aplicará en su perspectiva sobre la sociedad y en la elaboración de proyectos de vida.

Desde esta perspectiva la adolescencia se produce, por una interacción entre factores individuales y sociales.

1.3.3 Sociología

Por su parte, Delval (1994), indica que, desde el enfoque psicosocial, la adolescencia se atribuye primordialmente a causas sociales exteriores. De manera que las diversas problemáticas que se viven durante la adolescencia son el resultado de tensiones y presiones que vienen de la sociedad.

El sujeto tiene que incorporar los valores y las creencias de la sociedad, es decir, terminar de socializarse, al mismo tiempo que adoptar determinados papeles sociales; esos papeles le son asignados al niño, mientras que el adolescente tiene mayores posibilidades de elección, por el medio en que se desarrollan escuela, hogar, amigos.

En efecto la adolescencia es vista como el resultado individual de las tensiones que se generan en el ámbito social, cuando las generaciones de jóvenes reclaman un estatus de independencia en la sociedad. Desde esta perspectiva se enfatizan los procesos de integración en el mundo laboral.

Por tanto, aquí la adolescencia se atribuye principalmente a causas y factores sociales, externos al individuo.

1.4 Proceso de desarrollo en la adolescencia

De acuerdo a la OMS la adolescencia se define como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10-19 años.

Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento sobre todo de cambios, superando únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración, las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras dependiendo de los contextos socioeconómicos.

Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes así como las prácticas sexuales.

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia.

Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social, económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto inclusive asumir funciones adultas así mismo la capacidad de razonamiento abstracto.

Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional de gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.

Muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Muchos de ellos también experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental. Los patrones de conducta que se establecen durante este proceso, como el consumo o no consumo de drogas o la asunción de riesgos o de medidas de protección en relación con las prácticas sexuales, pueden tener efectos positivos, negativos duraderos en la salud así mismo el bienestar futuro del individuo.

De todo ello se deduce que este proceso representa para los adultos una oportunidad única para influir en los jóvenes.

Los adolescentes son diferentes de los niños pequeños y también de los adultos, en concreto, un adolescente no es plenamente capaz de comprender conceptos complejos, ni de entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni tampoco de percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto de la toma de decisiones relacionadas con la salud, por ejemplo, decisiones referidas a su comportamiento sexual.

Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta.

Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo, la adaptación de los adolescentes inclusive de intervenir eficazmente cuando surjan problemas.

Esta incapacidad puede hacerlo particularmente vulnerable a la explotación sexual y a la asunción de conductas de alto riesgo.

Las leyes, costumbres y usanzas también pueden afectar a los adolescentes de distinto modo que a los adultos. Así, por ejemplo, las leyes y políticas a menudo restringen el acceso de los adolescentes a la información y los servicios de salud reproductiva, máxime si no están casados.

En los casos en que sí tienen acceso a servicios de esta índole, puede ocurrir que la actitud de las personas encargadas de dispensarlos muestra frente a los adolescentes sexualmente activos suponga en la práctica un obstáculo importante para la utilización de esos servicios.

1.4.1 Desarrollo cognitivo

Desde la perspectiva de Gaete (2015) El desarrollo cognitivo de esta etapa comprende el comienzo del surgimiento del pensamiento abstracto o formal. La toma de decisiones empieza a involucrar habilidades más complejas, que son esenciales para la creatividad y el rendimiento académico de un nivel superior.

Así pues, estos cambios se manifiestan frecuentemente como un soñar despierto, que no solo es normal, sino además importante para el desarrollo de la identidad, porque le permite al adolescente representar, explorar, resolver problemas, recrear aspectos importantes de su vida.

1.4.2 Desarrollo psicológico

Con respecto a esta etapa continúa aumentando el nuevo sentido de individualidad. Sin embargo, la autoimagen es muy dependiente de la opinión de terceros.

El joven tiende al aislamiento y pasa más tiempo a solas, se incrementa el rango y la apertura de las emociones que experimenta, adquiriendo la capacidad de examinar los sentimientos de los demás y de preocuparse por los otros.

Muuss R (1988) El egocentrismo es significativo, y durante décadas se le responsabilizó de generar en los adolescentes un sentimiento de invulnerabilidad que los predisponía a conductas de riesgo, las cuales son frecuentes en esta etapa.

En pocas palabras el adolescente pierde la confianza en sí mismo, ya que trata de encontrar una identidad propia, debido a que existe una transformación en su estructura física, psicológica y social; generando en el individuo una fase de frustración que no le permite alcanzar la estabilidad deseada. Así pues, esta fase podría convertirse en una etapa cada vez más compleja y difícil de solucionar.

1.4.3 Desarrollo social

Santrock, J.W. (2003). Se inicia la movilización hacia afuera de la familia. Aumenta el deseo de independencia del joven y disminuye su interés por las actividades familiares.

El adolescente empieza a poner a prueba la autoridad, evidencia más resistencia a los límites. Se puede señalar que en efecto se encuentra influenciada por los valores o normas socioculturales en las que se desenvuelve el individuo en su vida cotidiana, desde el punto de vista social el

adolescente ya no es un niño, pero tampoco un adulto, aunque casi todas las culturas reconocen este estado de transición, la duración de esta varía de una a otra.

En definitiva, es un periodo en donde los adolescentes se esfuerzan por entenderse a sí mismos, exploran e intentan saber quiénes son, a donde se dirige su vida, no solo tratan de comprenderse sino también evalúan sus atributos, esto conforma su autoestima y el auto concepto, que durante la adolescencia se experimentan diversos cambios a nivel biopsicosocial, buscando su identidad propia que le permita permanecer a un grupo determinado.

Podemos concluir que la manera de relacionarnos con los demás proporciona información acerca de la sociedad en la que vivimos, las personas con las que interaccionamos y sobre uno mismo. A su vez la manera de relacionarnos con los demás está influenciada por diferentes factores como las relaciones familiares o la propia personalidad.

Es razonable pensar que todos los cambios experimentados por los adolescentes a lo largo de esta etapa van a tener una repercusión directa sobre las relaciones que los jóvenes establecen con los que le rodean, como la familia, la escuela o las amistades.

Sin embargo, podemos encontrar un continuo en las relaciones sociales que tuvieron sus inicios en la niñez.

Los adolescentes que en años anteriores se mostraban sociables y cariñosos es muy probable que sigan comportándose de esta manera con las personas cercanas a ellos o ellas, al igual que los introvertidos o retraídos seguirán luchando contra su timidez o las familias que han padecido conflictos antes de esta etapa tal vez se incrementen en la adolescencia.

CAPITULO II: LA DEPRESIÓN, EL MAL DE LOS MILLENNIALS ADOLESCENTES

“Los depresivos no quieren ser felices, quieren ser infelices para confirmar su depresión. Si son felices no están deprimidos y tienen que salir al mundo a vivir, lo cual puede ser deprimente.”

CLIVE OWEN

2.1 Antecedentes históricos de la depresión.

En la sociedad actual el término “depresión” se ha popularizado y banalizado. En cierto modo ha perdido su carácter de enfermedad, y hoy hablamos muy a la ligera de “tener depresión”, estar “depre” u otras expresiones similares, ante situaciones que tienen que ver más con la tristeza que con la depresión.

Parece que no esta bien visto estar triste. Con frecuencia asociamos la tristeza a un sentimiento de debilidad, sobre todo por el sexo masculino. Así sustituimos tristeza por depresión, dando a entender que nuestro estado de ánimo no es fruto de nuestra debilidad sino de una enfermedad. Por ejemplo, en la civilización griega los médicos trataron de explicar las enfermedades basándose en la teoría del paralelismo de los elementos básicos y los fluidos corporales:

- Cuatro elementos básicos: fuego, tierra, agua y aire.
- Cuatro fluidos corporales: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra.

Para los griegos cualquier enfermedad era explicada por su teoría de los humores, que, dicho sea de paso, gozó de una gran aceptación hasta el siglo XVII. El precursor fue Empédocles (490-430 a.C.) que estableció el término de “eutimia” o humor normal que equivalía a la salud en estado pleno.

Más tarde, Hipócrates (460-377 a.C.) clasificó las enfermedades según el tipo de humor que se alteraba, dando esto lugar a distintos temperamentos:

- Colérico, Flemático, Sanguíneo, Melancólico.

Para Hipócrates la melancolía (término usado para hablar de depresión) era una alteración de la bilis negra. Es muy posible que la asociación de la depresión con la bilis negra tuviera que ver con la observación de los vómitos de algunos enfermos. En aquella época el uso de eméticos y purgantes era muy común.

Una de las más graves complicaciones que se pueden derivar de una depresión es el suicidio, bastante frecuente en la época griega, sin embargo, este hecho no fue vinculado con la depresión hasta el siglo XVII.

Junto al término de melancolía acuñado por Hipócrates, apareció en el siglo V el término “Acedía”. Aparece por primera vez en el siglo V, en el libro “Sobre el espíritu de la Tristeza” escrito por un monje italiano llamado Juan Cassien. Para este monje la acedía era un estado de angustia del corazón de los hombres virtuosos, que sufrían el doloroso vicio de la tristeza.

La palabra acedía proviene del vocablo griego “akédia” que se puede traducir como tristeza y angustia. Cassien consideró que este estado era provocado por la soledad y la pérdida de la fe en Dios.

La palabra acedía fue muy usada en círculos religiosos y populares, pero nunca llegó a contar con la aceptación de los “médicos” de la época.

La medicina como ciencia sufrió un importante impulso en tiempos de la dominación árabe. Uno de los médicos más famosos del mundo árabe, Isaac ibn Imran, escribió en el año 800 un libro sobre la melancolía, que habría de influir notablemente en los médicos de la edad media, que en muchos aspectos iban a remolque de sus enemigos sarracenos.

Isaac ibn Imran escribió que la melancolía es un trastorno del espíritu y no tanto una alteración corporal. La descripción y los síntomas que describe son muy similares a los de la psiquiatría actual:

Estado de ánimo triste, distinto a la tristeza ocasionada por una desgracia o la pérdida de un ser querido.

- Abatimiento.
- Angustia y fatiga, junto a otros más.

En cuanto al origen de la enfermedad, pensaba que era de origen multifactorial e hizo especial hincapié en los errores de los médicos de la época.

El renacimiento supone un cambio radical en la forma de entender al hombre. El concepto grecolatino es ampliado y el hombre entra a formar parte de un todo con el universo. Los renacentistas desarrollan el concepto de enfermedad como el resultado de la interacción de la teoría de los humores de Hipócrates con la pasión por los movimientos estelares en el estudio del firmamento.

Las enfermedades vendrán determinadas por los segmentos celestes así como la influencia de los planetas. Los médicos renacentistas llegaron a realizar complejas combinaciones con los siguientes elementos:

- Principios fisiológicos (sangre, bilis, bilis negra y flema).
- Rasgos del temperamento (sanguíneo, flemático, colérico y melancólico).
- Posición en el segmento celeste (Saturno, Urano, Neptuno y Plutón).
- Para los médicos renacentistas el “Melancholicus” corresponde al segmento celeste influido por el planeta Saturno. Para ellos, los términos saturnino y melancólico eran una misma cosa.

En su obra “De Melancolía” (1558) el catedrático granadino, Pedro de Mercado, presenta una marcada influencia de la religión en sus ideas. Considera que el diagnóstico de la melancolía corresponde al teólogo, aunque luego sean los físicos (médicos) los que se encarguen de su tratamiento. En esa época, tan influida por el temor al diablo, era célebre la frase: “El demonio se alegra con el humor melancólico de una persona”.

En 1599, el médico renacentista André du Laurens consideró que la depresión melancólica era provocada por una alteración visceral.

Con la llegada de la Ilustración, el llamado siglo de las luces (XVIII), comienza en Europa un proceso de modernización al mismo tiempo un desarrollo de los métodos científicos. El triunfo de

“la Razón” supone en los aspectos médicos el fin del componente mágico, esotérico y planetario del Renacimiento.

Juan Bautista Helmont inicia la química moderna y es un destacado científico que acaba con la teoría humoral de Hipócrates, al demostrar que la sangre no estaba constituida por los cuatro humores. Establece las bases científicas de las enfermedades mentales. Le siguieron otros autores como Gay-Lussac o Claude Bernard, considerado como el padre de la medicina experimental.

En pleno auge de los enciclopedistas, triunfan las teorías de Lineo y Bufón para clasificar todas las especies animales. Animado por este espíritu estructurador, Francois Boissier de Sauvages llevó a cabo una portentosa obra enciclopédica. En una de sus entradas trata sobre “la Melancholía” definiendo sus características generales y distintos subtipos de la enfermedad.

De la mano del psiquiatra francés, Jean Etienne D. Esquirol (1772-1840), la melancolía, la manía pasan a formar parte del campo de la medicina y ser consideradas como enfermedades mentales independientes de otras alteraciones mentales con las que frecuentemente se mezclaban.

El abuso del término melancolía por los poetas y escritores románticos, influyó decisivamente en su pérdida de valor clínico. De esta forma el término “depresión” empezó a ganar popularidad entre los psiquiatras de la época.

Desde los siglos IV-V antes de cristo los medicos griegos de la escuela de Hipócrates describen pacientes con enfermedades mentales similares a la melancolia (tristeza extrema) y a la mania (alegría e s extremas).

Areto de Cadacopia (siglo II d.C.) fue el primero en sugerir que la mania era el estadio final de la melancolia y Galeano de Pergamo (131-201 d.C) describio la melancolia, como un trastorno crónico, recurrente con el origen del cerebro.

Freud y su escuela, creian que los niños eran incapaces de sentir depresión al no haber desarrollado completamente su personalidad.

Cabe resaltar que en 1975 la depresión en niños fue oficialmente reconocida en una conferencia sobre depresión infantil celebrada en Washington. Pero desde principios de los años 1970 y con más fuerza en los años 1980, se empezó a reconocer la presencia de síntomas depresivos en niños que acudían a las consultas de psiquiatría infantil-adolescente.

Cesar Soutullo (2005) Define a la depresión como una enfermedad psiquiátrica bastante frecuente y seria en niños y adolescentes. Se le clasifica dentro de los llamados trastornos del humor, y esta descrita desde hace siglos en distintas culturas.

Hasta relativamente poco tiempo los expertos dudaban de la existencia de la depresión en los niños así como en los adolescentes, los libros de texto, manuales afirmaban que los niños no podían experimentar la sensación de depresión porque tenían una personalidad inmadura.

Hay que tener en cuenta que la depresión en general consiste en un estado de ánimo caracterizado por la presencia de tristeza y por la ausencia del disfrute de la vida, puesto que este trastorno es una vivencia de profunda desesperanza, cansancio, una melancolía que lo invade todo, falta de entusiasmo, incapacidad para concentrarse, la convicción de que todo está mal inclusive que nada tiene arreglo.

Por otra parte, Cytryn y Mcknew (1972) afirma que se diagnosticaban depresiones enmascaradas en jóvenes que manifestaban hiperactividad, comportamiento agresivo o delincuencia cuando niños o adolescentes mostraban ocasionalmente un estado de ánimo deprimido y se referían a test depresivos o pesimistas en los test proyectivos.

Del Barrio (2007) definir a la depresión en los primeros años no es fácil ni desde el punto de vista teórico ni desde el aplicado.

Por ello no es de extrañar que en sus comienzos la Depresión Infantil fue negada y solo unos pocos pioneros la vislumbraron como Spitz y Bowly, se puede sostener que, aunque la DI existió siempre, pero comenzó a considerarse entre los profesionales de la medicina inclusive la psicología en los años 70.

La primera descripción de la depresión infantil la elaboro Spitz observando a niños que habían sufrido una separación materna cuyo rango de edad estaba entre los 6-9 meses: Los niños se vuelven llorones, exigentes, pérdida de peso, negación de contacto físico, rigidez facial, insomnio.

Hoy en día la comunidad científica esta de acuerdo en admitir que la depresión infantil existe, es un trastorno afectivo muy similar a la depresión adulta.

2.2 Definición de Depresión.

Tener problemas emocionales no son elecciones, nadie desea atravesar por una depresión, esto sucede cuando se acumulan situaciones complicadas; Esta esta falsa creencia que la depresion es igual a la debilidad.

Del Barrio (2002) una definición globalizadora de la depresión infantil y adolescente podría ser: cambio persistente en la conducta consistente en el descenso de la capacidad de disfrutar de los acontecimientos, comunicar con los demás, rendir escolarmente, presentación de alteraciones de funciones corporales, acompañada de acciones plurales de protesta.

Con respecto a Pablo Rivero (2009) La depresión mayor es un trastorno del humor, constituido por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar) se pueden presentar síntomas de tipo cognitivo, físicos.

Es importante considerar la relación con su entorno, es decir interpreta en terminos de daños y perdidas la mayor parte de sus experiencias vitales al tiempo que cree que el futuro vendra acompañado de fracasos inclusive frustraciones. Dado que la persona con depresion se siente desesperanzada, cree que las situaciones seran incontrolables.

Desde la perspectiva cognitiva Aaron Beck (1967) el paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno, del futuro. A este esquema se le conoce

como la triada cognitiva. El paciente se ve en si mismo incapaz e inutil, quizas despreciable o defectuoso.

Eso quiere decir que los adolescentes que sufren este trastorno, a menudo, no son adecuadamente conscientes de sus sentimientos inclusive en sus emociones. Entre otras cosas porque en nuestra sociedad, los síntomas físicos son mejor aceptados y menos estigmatizados, que los síntomas mentales.

Es más sencillo decir “me duele la cabeza” que reconocer que está triste o se siente solo. Por eso, una de las vías que elige el trastorno para manifestarse, es la física.

Nunca hay que olvidar que la depresión es una emoci3n negativa secundaria, el miedo, los niños que tienen miedo se sienten inseguros, ademas por su desarrollo cognitivo tienen menos recursos mentales, sociales para hacer frente a ese problema.

Ademas de esto hay que sumarle su imaginación, los niños pueden hacer que sus temores cobren una realidad ajena al mundo adulto.

Lara, Acevedo y López (1998), indican que la depresión, puede ser entendida como un estado de ánimo, como la presencia de sintomatología depresiva asi mismo como trastorno clínico.

Para Lara (1999), la depresión es uno de los estados psicológicos desagradables que afecta a la mayoría de las personas en alguna época de su vida; este estado puede ser transitorio o prolongarse más allá de meses o años.

Además de que ante la diversa problemática que genera en los individuos, se ha reconocido en países con diversas culturas como el problema de salud mental más común.

Para Craig (2001), la depresión durante la adolescencia ocurre junto con otros trastornos como la ansiedad y los trastornos de conducta, en respuesta a tensiones internas y externas. Señala que es más probable que los varones se involucren en problemas cuando están deprimidos, en tanto que

las mujeres suelen presentar trastornos alimentarios como la anorexia o la bulimia al deprimirse, además de que la depresión se interrelaciona con los pensamientos suicidas.

Muchos autores coinciden en decir que debido a la inestabilidad que caracteriza a los adolescentes es frecuente que presenten síntomas de diversos trastornos psicológicos que tienden a desaparecer con la conclusión de esta etapa, la depresión es uno de ellos. Mariño, Medina-Mora, Chaparro, González, Forteza, (1993).

A este respecto Conger (1980), considera que la depresión en los adolescentes suele manifestarse de una manera distinta a la que se encuentra entre los adultos que la padecen.

Recogiendo lo mas importante los adolescentes pueden mostrarse renuentes a expresar abiertamente sus sentimientos, de manera que la depresión en los adolescentes puede tomar una de las siguientes dos formas:

En la primera, el adolescente puede quejarse de una falta de sentimientos incluso de una sensación de vacío, más no es que el adolescente carezca de sentimientos, sino que no puede manejar o expresar los que ahora tiene.

Un segundo tipo de depresión, se basa en las antiguas y repetidas experiencias de derrota o fracaso, este tipo de depresión se acentúa ante la pérdida de una relación querida, como la de los padres o la de algún amigo.

2.2.1 Principales síntomas clínicos acompañantes en la depresión infanto-juvenil.

En general, la depresión infanto-juvenil tiene un modo de presentación polimorfo, puede enmascararse con los distintos trastornos que aparecen en determinados cuadros psicopatológicos. En estas etapas, la irritabilidad constituye un síntoma característico de la depresión.

Las manifestaciones sintomáticas están marcadas por la edad del niño, que pueden agruparse según su desarrollo evolutivo. Los trastornos depresivos afectan a personas de cualquier edad, condición

económica, nivel cultural por lo que suponen un gran coste para el individuo, la familia, el sistema sanitario y la comunidad en general.

Si bien existen numerosos estudios sobre prevalencia, diagnóstico y tratamiento de la depresión en edad adulta, son escasos los estudios realizados entre la población infantil, adolescente. Sus resultados, además, son variables, debido a la dificultad diagnóstica en esta edad, los criterios diagnósticos empleados o las técnicas de entrevista utilizadas.

Dadas las peculiaridades de la depresión en la infancia y la adolescencia, es importante disponer de profesionales en atención primaria así mismo en salud mental infantojuvenil que tengan formación inclusive experiencia en el manejo del trastorno en estas edades, así como contar con los recursos necesarios para su diagnóstico y tratamiento.

Principales síntomas clínicos acompañantes en la depresión infanto-juvenil

<p>Menores de 7 años</p> 	<p>El síntoma de presentación más frecuente, es la ansiedad. Manifiestan irritabilidad, rabietas frecuentes, llanto inmotivado, quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales), pérdida de interés por los juegos habituales, cansancio excesivo.</p> <p>Pueden presentar un fracaso en alcanzar el peso para su edad cronológica, retraso psicomotor o dificultad en el desarrollo emocional.</p> <p>En niños pequeños, el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia con los trastornos de ansiedad, las fobias escolares y los trastornos de eliminación (encopresis, enuresis)</p>
<p>Niños de 7 años a edad puberal.</p> 	<p>Los síntomas se presentan fundamentalmente en tres esferas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Esfera afectiva y conductual: irritabilidad, agresividad, agitación o inhibición psicomotriz, apatía, tristeza, sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad en ocasiones ideas recurrentes de muerte. Esfera cognitiva- actividad escolar: baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, trastornos de conducta en la escuela. Esfera somática: cefaleas, dolor abdominal, trastorno del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio hipersomnia), disminución del apetito.
<p>Adolescentes</p> 	<p>Los síntomas son semejantes a los de la edad puberal, aparecen más conductas negativas y disociales, consumo de alcohol, sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor, agresividad, deseos intensos de fuga, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, tristeza, cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada, disminución de la autoestima).</p> <p>En ocasiones pueden tener pensamientos relativos al suicidio.</p> <p>Es frecuente que el trastorno depresivo se presente asociado a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria.</p>

Rivero, 2009, guía de práctica clínica " Depresión mayor sobre infancia y adolescencia".

La depresión en los niños no se manifiesta tanto como un estado de ánimo alterado identificado claramente por el paciente, sino como un conjunto de síntomas variables en función del estado evolutivo, que abarcan desde alteraciones conductuales (conductas delictivas, agresividad, consumo de tóxicos), hasta retraso del desarrollo psicomotor, disminución del rendimiento escolar o aparición de síntomas somáticos, lo que dificulta el diagnóstico.

El diagnóstico de la depresión infantojuvenil es clínico por lo que ha de realizarse a través de una entrevista detallada dirigida tanto al paciente como a sus cuidadores investigando sobre posibles estresores desencadenantes personales o sociales, antecedentes personales, familiares de enfermedad mental, una exploración física y analítica que permita descartar enfermedades médicas que pueden manifestarse con síntomas depresivos.

La depresión es una de las causas más importantes de riesgo de suicidio; por ello, es necesario preguntar siempre por ideas autolíticas o deseos de muerte, ya que, lejos de incitar a ellas, podremos evitar un paso al acto.

2.3 Factores involucrados en la depresión.

Los factores de riesgo se definen como aquellos atributos o variables que incrementan la probabilidad de que personas con características similares desarrollen alguna problemática.

En el caso de la depresión, variables como la edad, el sexo, el divorcio, los problemas familiares e incluso las características socioeconómicas de la región son algunos ejemplos de factores de riesgo.

Lozano (1982) menciona que un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de desarrollar una enfermedad o de que ocurra un evento adverso.

Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sino que se asocian con el evento así como tienen valor predictivo, pueden usarse para la prevención.

En la adolescencia la depresión se presenta con las siguientes particularidades:

- El desarrollo normal de los habituales altibajos en el estado de ánimo, así como los trastornos del desarrollo confunden y complican el diagnóstico en el curso de la depresión, dificultando el tratamiento.
- Con frecuencia, la depresión queda enmascarada bajo otros síntomas, como agresividad o irritabilidad. Indicios tan típicos de la depresión como la tristeza, problemas para dormir o falta de autoestima pueden estar solapados por una conducta desobediente, discusiones frecuentes, consumo de drogas, etc.
- La depresión en los adolescentes es más compleja y ubica al paciente en situación de mayor riesgo de cometer suicidio que en los pacientes adultos.
- Las principales áreas de conflictos son: la familiar, de pareja, la escolar, en ese orden. Presencia de manifestaciones depresivas tanto en la entrevista psiquiátrica como en exámenes psicológicos.
- En adolescentes testigos de violencia intrafamiliar, se identifican alteraciones emocionales (depresión), cognitivas y de aprendizaje; evaluadas por entrevista psiquiátrica, examen psicológico, caracterización del profesor, con similitudes de frecuencia al realizar la triangulación.
- Se ha podido sustentar la afirmación que existe relación entre los conflictos intrafamiliares las alteraciones emocionales del adolescente (depresivo-ansiosa) y las dificultades del aprendizaje.

La depresión ha sido asociada al síndrome de riesgo en la adolescencia, el cual consiste en la presencia simultánea de factores de riesgo asociados a la presentación de los cuatro problemas típicos en salud del adolescente:

- a. Abuso de sustancias
- b. Embarazo o iniciación sexual temprana

- c. Deserción escolar o problemas de rendimiento académico
- d. Delincuencia

Por tanto, las conductas de riesgo, son aquellas que tienen mayor probabilidad que produzca consecuencias negativas para la salud del joven, éstas constituyen un conjunto amplio, como por ejemplo farmacodependencia, conducta sexual temprana, delincuencia, conductas violentas, deserción escolar, bulimia, anorexia, problemas específicos de la psicopatología como la depresión adolescente.

La depresión en niños y adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgos. La mayor parte de las perturbaciones, tanto adultas como infantiles no tienen una causa clara, si no que con frecuencia están ante el caso de combinación de factores que ayudan a la aparición de la perturbación, teniendo en cuenta que estos factores pueden ser de carácter social, escolar, familiar, ambientales.

2.3.1 Factores ambientales y familiares en la depresión.

Los factores familiares así como del entorno juegan un importante papel en el desarrollo de la depresión, fundamentalmente aquellos que están fuera del propio control.

El contexto familiar en el que vive el niño o el adolescente parece jugar un papel trascendental en el desarrollo de la depresión. Los factores de riesgo más comunes son la existencia de conflictos conyugales, dificultades emocionales entre uno de los padres y el niño.

Son también factores de riesgo asociados con la depresión las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual, la negligencia en el cuidado, así como los eventos negativos, el divorcio o separación de los padres, pérdida de amistades, muerte de un familiar o amigo.

Riesgos en relación con el entorno

Ruiz Lozano (2006) La depresión juvenil se asocia en muchas ocasiones con la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo de diferentes miembros de su entorno social, de esta manera los niños y adolescentes con pocos amigos presentan una mayor probabilidad de desarrollar depresión, así como trastornos de conducta, mayor aislamiento social.

Otros factores también asociados con un número mayor de síntomas depresivos son el vivir en estructuras familiares diferentes de los padres biológicos, problemas de salud en los adolescentes, mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo, pareja.

Por último, la adicción a la nicotina, el abuso de alcohol o el consumir drogas ilícitas son considerados también factores de riesgo asociados con la depresión.

2.3.2 Factores Sociales

Son de naturaleza múltiple, muchos de ellos no provienen del sujeto sino del entorno que introduce desajustes en la respuesta emocional del sujeto.

Aunque la depresión suele producirse por acontecimientos negativos, tales como:

- La muerte de un ser querido
- Pérdida abrupta del trabajo
- Vive solo
- Conflicto familiar severo
- Abuso de alcohol y drogas
- Escasa participación y apoyo en red social
- Autoestima baja

Está suficientemente demostrada la relación que existe entre la ocurrencia de algunos eventos negativos de la vida cotidiana, que causan aflicción o estrés, y la aparición de trastornos depresivos.

Entre estos, las pérdidas debido a separaciones o fallecimientos son especialmente importantes.

Los hechos cotidianos que causan estrés a menudo preceden mas frecuentemente al primer episodio de trastorno depresivo que a los episodios subsiguientes.

Tambien tiene que ver con la historia de vida de la persona, ya que desde que nace el ser humano es dotado, en la mayoría de los casos, de amor, protección y seguridad por la madre como por los demás miembros de la familia, conforme va creciendo va teniendo una identidad asi como una posición en su entorno social por lo cual necesita el apoyo de algún miembro de la familia, a lo largo de su vida esta persona necesita aún más de algún punto de apoyo, a medida que la persona se desarrolla y crece, estos van cambiando.

Por ejemplo, están determinados proyectos de vida, empresas o incluso sentirse una persona importante como un deportista o un famoso artista, o un hombre o una mujer que triunfe en la vida.

De cualquier forma, se sabe gracias a los estudios etiológicos, que los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y el desarrollo de nuestra especie, lo cual se puede observar por las manifestaciones físicas y psicológicas de angustia que se presentan cuando sea sufrido una pérdida, cuando por consiguiente en determinadas ocasiones se origina una depresión.

Para los seres humanos los vínculos afectivos son muy importantes y en consecuencia se puede ocasionar una depresión al sentir la destrucción de estos, la forma en que se llama a estas depresiones.

Son las salidas o entradas en donde la salida son una de función de un ser querido una separación de divorcio, la incorporación de un hijo en el ejército etc; las entradas son consideradas como el ingreso de una persona al espacio vital o interpersonal del individuo cuando se siente invadido el lugar en donde se relaciona; esto es que ciertos tipos de situación cotidiana están estrechamente relacionados con la enfermedad depresiva.

En estudios realizados se ha comprobado que personas que perdían a una madre antes de los 11 años de edad y las que no tenían una relación estrecha con alguien en que pudieran confiar, eran más susceptibles a alguna depresión.

Y lo cual demuestra que somos seres sociales por lo cual no podemos mantener una vida equilibrada sin relaciones de este tipo que intervienen en muchos aspectos anímico psicológicos y culturales del individuo.

Así por ejemplo las personas que tienen una mala relación conyugal son blanco perfecto para que se presente una depresión ya que esto es peor a que si no tuviera ninguna relación, eso es porque la mala relación se suma a su falta de autoestima y nos hace más vulnerable a las enfermedades depresivas; hay incluso personas que se casan sólo porque piensan que si no lo hacen en ese momento y con esa persona, ya nadie va a querer estar con ella, esto es a causa de su bajo nivel de autoestima que tienen.

Entonces se podría decir que las causas sociales de la depresión son por la desintegración de vínculos familiares, disminución de apoyo espiritual de la iglesia, el cual es una lasa muy importante influyente por las costumbres, educación u opinión personal; la falta de vínculos con los vecinos o las amistades y también por migraciones de algún familiar o como ya se mencionó por la intromisión de alguien al entorno familiar.

Estos factores son importantes para que se origine una depresión dentro de los cuales también están implicados otros no menos importantes que pueden disparar un trastorno.

Cuando una persona se siente, como es característico, muy poca cosa, con la autoestima baja suelen determinados casos refugiarse en las drogas o en el alcohol el cual es también un depresivo del sistema nervioso y en ocasiones puede provocar una reacción tóxica al igual que algunos fármacos que son recetados para la presión alta pueden ser depresores así mismo, de las drogas él sabe que son especialmente un tipo de depresores por las consecuencias que lleva el tomarlas.

Se sabe de igual forma que la mayoría de las personas que ingieren alcohol o drogas las manifestaciones son comúnmente de tipo ansiosas es por eso que este tipo de depresiones se pueden clasificar dentro de las depresiones ansiosas.

La disponibilidad de soporte y apoyo reduce el riesgo de aparición de los trastornos de expresivos y disminuye sus efectos nocivos cuando se presentan.

Como ejemplo algunos estudios relativos al duelo sugieren que los trastornos depresivos aparecen con mayor frecuencia en aquellas personas que no tienen hijos adultos que los apoyen durante el periodo posterior a la pérdida.

Las personas que tienen escasas actividades sociales y vocacionales son más vulnerables a los trastornos depresivos. Lo mismo pasa con las personas que no tienen parejas o viven sola.

a) Apoyo social

Kupersmith y Patterson (1991). El apoyo social de un niño comienza en el seno familiar. Se inicia con un apego seguro, se consolida con una crianza basada en la confianza. Sin embargo, el apoyo trasciende, desde los seis años un niño comienza a necesitar de un mundo social mas amplio que incluye a sus amigos, la aceptación del entorno mas extenso, asi se crea un nuevo ámbito de apoyo.

Tian, Chen, Wang, Liu y Zang (2012) especifican las diferencias que el apoyo paterno tiene en diferentes etapas adolescentes; en la adolescencia temprana este es mas percibido más fuertemente que en la adolescencia media y el apoyo de sus amigos es más intensamente percibido por las niñas que por los niños; los efectos del apoyo paterno son positivos, no solo con respecto a la depresión, sino tambien en el fomento de las relaciones con los compañeros.

La falta de apoyo de los compañeros actúa fundamentalmente sobre los sentimientos de soledad, mientras que la ausencia del paterno actúa sobre la depresión.

El apoyo social es un excelente recurso para ayudar a superar tanto la tristeza como la depresión. Sin embargo, muchas veces, cuando estamos tristes nos aislamos, no buscamos apoyo e incluso llegamos a rechazarlo.

En resumen, la ausencia de apoyo social y familiar produce desadaptación social en el sujeto y ello conlleva fracaso escolar, rechazo de los otros.

b) Acontecimientos negativos

Kessler (1997). Los acontecimientos negativos, como sugiere la teoría conductista serían el desencadenante de la depresión, puesto que habría experiencias negativas sumadas y además como añadido a una ausencia de refuerzos.

La enfermedad, ausencia de los padres, el maltrato, los acontecimientos que más frecuentemente producen esta reacción, pero también fenómenos de más baja intensidad como exclusión por parte de los compañeros de escuela, configuración de la estructura familiar.

Otros acontecimientos difíciles en la vida de una persona, es cuando los padres se divorcian, se separan o se vuelven a casar, pueden desencadenar una depresión.

Para algunas personas, una atmósfera familiar negativa, estresante o triste puede llevar a una depresión. Otras situaciones vitales de mucho estrés, como la pobreza, el no tener hogar o la violencia también pueden contribuir a que la gente se deprima.

Tener que afrontar el acoso o bullying, o la presión del grupo de iguales puede hacer que una persona se sienta aislada, marginada o insegura.

La vida está llena de altibajos. El estrés, las dificultades y los contratiempos suceden, pero afortunadamente, no a menudo. La forma en que reaccionamos a las dificultades de la vida es muy importante. La actitud de una persona puede contribuir a que se deprima o puede ayudar a protegerla de la depresión.

Las investigaciones muestran que una actitud positiva actúa como una protección contra la depresión, incluso para las personas que corren el riesgo de desarrollarla por sus genes, su química cerebral o las circunstancias vitales que están atravesando. Lo contrario también es cierto: las personas que tienden a pensar de forma negativa corren un mayor riesgo de desarrollar una depresión.

No podemos controlar nuestros genes, nuestra química cerebral ni otros factores que también contribuyen a la depresión. Pero sí que tenemos un control sobre cómo vemos e interpretamos las situaciones y cómo las afrontamos.

Esforzarse en pensar en positivo, como creer que todo problema se puede solucionar, puede ayudar a protegerse de la depresión. También ayuda desarrollar unas buenas habilidades de afrontamiento, así como un sistema de apoyo basado en unas relaciones sociales positivas. Estos factores ayudan a desarrollar la resiliencia (la cualidad que ayuda a las personas a recuperarse y a salir adelante, incluso en situaciones difíciles).

Situaciones como estas no han de llevar necesariamente a una depresión, pero no saberlas afrontar o afrontarlas sin ningún tipo de apoyo puede facilitar el desarrollo de una depresión. Todos esos factores producen vulnerabilidad a desarrollar depresión, pero a su vez es un factor de riesgo para la conducta suicida.

El hecho de que un acontecimiento difícil lleve o no a una depresión pueden depender en gran medida de lo bien que la personas sea capaz de afrontarlo, mantenerse positivo para pedir y recibir apoyo.

2.3.3 Factores Escolares

La relación entre rendimiento escolar y depresión es compleja, se tienen sugerencias de que existen mayores episodios depresivos en aquellos individuos que se perciben incompetentes académicamente, así como aportaciones de que no existe una relación entre los logros académicos y la depresión.

Problemas en el área escolar se asocian a diversos trastornos en la infancia y en la adolescencia. En cuanto a la competencia académica, Alaéz (1998) encontró que los niños y los adolescentes con rendimiento escolar bajo, tendían a presentar problemas en la escuela asociado con depresión o trastornos de conducta, además los padres tendían a catalogarlo como menos hábilesasi como problemas en competencia escolar y social.

Pérez, Díaz y Vinet (2005), encontró que los adolescentes con mayor vulnerabilidad aumentaban la condición de riesgo si vivían en contextos educativos adversos.

Las personas jóvenes con depresión a menudo experimentan problemas a causa de una disminución del interés en el progreso académico, tienen dificultades para concentrarse, prestar atención tanto en clase como a la hora de hacer los deberes en casa, manifiestan una pérdida de la energía y motivación requeridos para el éxito académico, lo que hace que el rendimiento académico sea cada vez más difícil de mantener, algunos individuos se sienten alterados que abandonan sus esperanzas de alcanzar cualquier logro o éxito académico, dejan de asistir completamente a la escuela.

2.4 Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10) y la de la American Psychiatric Association DSM-IV-TR (2003)

Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según la CIE-10
A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos — Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras — Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta — Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual — Empeoramiento matutino del humor depresivo — Presencia de enlentecimiento motor o agitación — Pérdida marcada del apetito — Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes — Notable disminución del interés sexual

Rivero;2009; retomada del CIE10

El paciente puede presentar inicialmente uno o mas sintomas fisicos (fatiga, dolor). La entrevista detallada nos revelara ánimo bajo o pérdida de interes. A veces el problema que se presenta es la irritabilidad.

Algunos enfermos tienen un alto riesgo de presentar depresión (p.e: puerperio, accidente cerebrovascular reciente, enfermedad de parkinson o esclerosis múltiple).

Frecuentemente se presentan sintomas asociados:

- Trastornos de sueño
- Culpabilidad o baja autoestima
- Astenia o perdida de energía
- Falta de concentración

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10.

Presentación sintomática según la edad

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión (ver tabla):

- ánimo depresivo
- pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar
- aumento de la fatigabilidad

A. Criterios generales para episodio depresivo	
— El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas	
— El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico	
B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:	
Adultos	Niños y adolescentes
Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.	El estado de ánimo puede ser deprimido o irritable. Los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas físicas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual. El estado irritable puede mostrarse como “paso al acto”, comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles. En adolescentes mayores el trastorno de ánimo puede ser similar a los adultos.
Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.	La pérdida de interés puede ser en el juego o en las actividades escolares.
Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.	La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga.
C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:	
Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.	Similar a los adultos

Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.	Los niños pueden presentar auto-desvalorización. La culpa excesiva o inapropiada no suele estar presente.
Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.	Indicios no verbales de conducta suicida, incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y “gestos” autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc.).
Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.	Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar
Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.	Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento hiperactivo.
Alteraciones del sueño de cualquier tipo.	Similar a los adultos
Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.	Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo.
D. Puede haber o no síndrome somático	Los síntomas físicos, como las quejas somáticas, son particularmente frecuentes en niños.
<p>Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B.</p> <p>Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C. Hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.</p> <p>Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas.</p> <p>Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes.</p> <p>Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.</p> <p>Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.</p>	

Rivero;2009; retomada del DSM-IV

Los cambios asociados al trastorno depresivo, pueden ser más fácilmente identificables en los ámbitos en los cuales las personas se desenvuelven más regularmente.

De esta forma, los cambios en los contextos familiares, educativos o laborales, persistentes por más de dos semanas casi todos los días, puede ser manifestaciones de un cuadro depresivo, como, por ejemplo:

- Falta de interés en las actividades que normalmente resultan agradables
- Desgano o sensación de agotamiento constantes
- Alteraciones fisiológicas sostenidas, como insomnio-hipersomnia o falta-aumento del apetito.
- Disminución de la capacidad para concentrarse o disminución del rendimiento escolar o laboral
- Irritabilidad o labilidad emocional
- Quejas somáticas constantes
- Aumento en el consumo de sustancias
- Expresión de ideas de desesperanza o culpa

En las mujeres, la depresión tiende a aparecer en una edad más temprana, se presenta con una mayor frecuencia de episodios, con un mayor número de síntomas y con tasas mucho mayores de depresión atípica.

La depresión está clasificada como un trastorno afectivo, lo que implica cambios en el humor, sugiriendo que los efectos de la depresión están circunscritos al funcionamiento emocional. Sin embargo, el impacto de la depresión es mucho más profundo, afectando prácticamente todos los aspectos de la vida de la persona deprimida, tales como las relaciones interpersonales, el funcionamiento conductual y el funcionamiento cognitivo.

Crterios diagn3sticos de episodio depresivo mayor segun DSM-IV

<p>A. Cinco o m3s de los sntomas siguientes durante un perodo de dos semanas y que representen un cambio respecto a la actividad previa: uno de los sntomas debe ser (1) estado de 3nimo depresivo o (2) p3rdida de inter3s o placer.</p> <p>(1) Estado de 3nimo depresivo la mayor parte del d3a, casi todos los d3as, indicado por el relato subjetivo o por observaci3n de otros.</p> <p>(2) Marcada disminuci3n del inter3s o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del d3a, casi todos los d3as.</p> <p>(3) P3rdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminuci3n o aumento del apetito casi todos los d3as.</p> <p>(4) Insomnio o hipersomnias casi todos los d3as.</p> <p>(5) Agitaci3n o retraso psicomotores casi todos los d3as.</p> <p>(6) Fatiga o p3rdida de energ3a casi todos los d3as.</p> <p>(7) Sentimientos de desvalorizaci3n o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los d3as (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).</p> <p>(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisi3n casi todos los d3as (indicada por el relato subjetivo o por observaci3n de otros).</p> <p>(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideaci3n suicida recurrente sin plan espec3fico o un intento de suicidio o un plan de suicidio espec3fico.</p>
<p>B. Los sntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.</p>
<p>C. Los sntomas provocan malestar cl3nicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.</p>
<p>D. Los sntomas no obedecen a los efectos fisiol3gicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicaci3n), ni a una enfermedad m3dica general (por ejemplo, hipotiroidismo).</p>
<p>E. Los sntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que, tras la p3rdida de un ser querido, los sntomas persisten por m3s de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupaci3n m3rbida con desvalorizaci3n, ideaci3n suicida, sntomas psic3ticos o retraso psicomotor.</p>

Rivero;2009; retomada del DSM-IV

El episodio depresivo mayor es la forma m3s frecuente de los trastornos depresivos. Se presenta en el transcurso de una depresi3n unipolar recurrente o de los trastornos bipolares, en los cuales tambi3n se presentan episodios de man3a o de hipoman3a (en la que el estado de 3nimo elevado no provoca trastornos severos en la percepci3n de la realidad y en la toma de decisiones de consecuencias graves).

El diagnóstico preciso y correcto del episodio depresivo tiene una importancia esencial para el tratamiento a largo plazo. Por ello, además de establecer la forma del episodio depresivo, es necesario considerar la frecuente comorbilidad con trastornos de ansiedad, los cuales frecuentemente coexisten.

2.5 Neurobiología de la depresión.

La depresión es una enfermedad que no distingue condición económica, edad, sexo, religión o núcleo familiar, todos estamos propensos a desarrollarla. De allí la importancia de tratarla a tiempo y, sobre todo, que la persona esté predispuesta a recibir ayuda. La evolución de una depresión leve puede terminar en suicidio en cuestión de días.

El sistema nervioso es uno de los que más impacto sufre. Las personas con depresión se sienten cansadas, irritadas, con problemas para dormir y falta de ganas para realizar sus actividades diarias. Como consecuencia del punto anterior, la persona puede descuidar su aspecto personal, su vida profesional y familiar. Esto a su vez aumenta la depresión.

Las últimas evidencias científicas están permitiendo conocer la relación existente entre los trastornos depresivos y los procesos estructurales y funcionales que se originan en el cerebro, cambiando así el paradigma de esta enfermedad y presentando la depresión con un modelo neurobiológico, con afectación de órganos, fisiopatología y anatomía patológica.

Según estas complejas investigaciones neurocerebrales, que incluyen redes neuronales y plasticidad neuronal²⁴, los trastornos depresivos se asocian con alteraciones de los patrones de actividad existentes entre determinadas estructuras cerebrales (la corteza prefrontal y el sistema límbico) que, a través de circuitos de interconexión, participan en la regulación afectiva. Estas alteraciones tienen implicaciones en la patogénesis de la depresión mayor²⁵. Además, este modelo permite mejorar la comprensión de cómo determinados tratamientos pueden actuar mitigando los efectos de esta enfermedad.

2.5.1 Alteraciones neurobiológicas en la depresión

Gracias a la investigación básica y a los últimos avances aplicados a las técnicas de neuroimagen en la depresión, se han observado alteraciones neurobiológicas entre las que destacan:

- a) cambios estructurales (como la disminución del volumen del hipocampo)
- b) cambios neuroendocrinos.
- c) cambios celulares y moleculares (como alteraciones en el ciclo vital de las neuronas y disminución de los factores neurotróficos).

2.5.2 Cambios estructurales

Estudios de investigación básica y neuroanatómica, las áreas neurocerebrales que se han visto implicadas en la regulación afectiva son: la corteza prefrontal ventromedial (CPFVM), la corteza prefrontal latero-orbital (CPFLO), la corteza prefrontal dorsolateral (CPDL), la corteza cingulada anterior (CCA), el cuerpo estriado, la amígdala y el hipocampo.

Estudios de hemodinamia llevados a cabo en estas áreas cerebrales en pacientes con depresión mayor indicaron que, en comparación con los sujetos sanos, se observó una hiperactividad en el córtex prefrontal (CPFVM y CPFLO) y una hipoactividad en la CPDL, hecho que puede estar relacionado con los síntomas manifestados en la depresión mayor.

Por otra parte, los resultados de los estudios realizados mediante pruebas de resonancia magnética sugieren la existencia de una disminución en la capacidad de conexión entre la amígdala y la CCA, que puede afectar su función en la regulación emocional.

En cuanto al hipocampo, estructura clave en la regulación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, que se observa alterado en los trastornos depresivos mayores²⁹, varios estudios han demostrado que su volumen está significativamente reducido en los pacientes con depresión mayor en comparación con los sujetos control.

El hipocampo es un área neurocerebral clave en la fisiopatología de la depresión y en la regulación del eje del estrés. Además, se ha demostrado que el grado de reducción del hipocampo aumenta con respecto al número y la duración de los episodios depresivos no tratados

2.5.3 Cambios neuroendocrinos

Los cambios descritos en el hipocampo podrían estar relacionados con la alteración de la regulación neuroendocrina y dar lugar a la producción de niveles más elevados de cortisol, efecto que puede afectar a la neuroplasticidad y la resistencia celular, que se modula a través del factor neurotrófico cerebral.

Una activación excesiva del eje hipotalámico-hipofisarioadrenal puede dar lugar a una cantidad excesiva de cortisol y catecolaminas en la circulación sanguínea, que pueden resultar tóxicos para el organismo.

Esto es de particular importancia porque varios estudios sobre la relación entre la depresión y la ECV encontraron que los pacientes con depresión presentan un alto riesgo de ECV y que la depresión empeora el pronóstico de las ECV y la mortalidad.

2.5.4 Cambios celulares y moleculares.

Por otro lado, la depresión se asocia a una alteración del ciclo vital de las neuronas ya que el aumento de la concentración del cortisol puede contribuir a la degeneración y muerte neuronal, en la medida en que este incremento reduce la concentración de los niveles del BDNF, factor crítico para el ciclo vital de las neuronas.

La depresión puede afectar a la neuroplasticidad y la resistencia celular, que se modula a través del factor neurotrófico cerebral (BDNF). Además, el estrés se puede asociar con una disminución de la plasticidad neuronal, en modelos con animales se ha visto cómo en situaciones de dolor crónico hay una disminución de la neurogénesis y la diferenciación neuronal en el hipocampo.

De esta manera, algunos estudios preclínicos muestran que, en la depresión, así como en el dolor y en el estrés, la neurogénesis y la producción de BDNF se encuentran disminuidos.

Por último, la depresión también aparece asociada con unos niveles bajos de los neurotransmisores serotonina (5-HT) y noradrenalina (NE). En estudios de neuroimagen en pacientes no tratados con diagnóstico de depresión mayor.

2.6 Alteraciones de neurotransmisores

Cárdenas Suarez dice que para que el cerebro funcione normalmente debe disponer de todos los mensajeros químicos o neurotransmisores y en las proporciones adecuadas, el flujo, reflujo de la información neuronal necesita de los neurotransmisores y cualquier alteración de los niveles normales o cualquier lesión de las áreas sensibles a ellos tiene efectos sobre la manera de pensar, sentir, actuar así mismo reaccionar.

Así mismo cuando la producción de neurotransmisores es excesiva, deficiente o nula se presentan problemas mentales como la esquizofrenia, parkinson, alzhéimer, angustia, ideación suicida o depresión. Incluso el exceso de un químico o la escasez de otro pueden desencadenar periodos de conductas inadecuadas como momentos de euforia inesperados o sensación de angustia sin motivo aparente, seguidos de estados depresivos.

Es decir, que es necesario que los seres humanos tengan niveles adecuados de los impulsos eléctricos, así como de neurotransmisores para que de esta forma su cerebro tenga un funcionamiento normal.

Características principales de los neurotransmisores:

- Se liberan en una neurona y se enlazan con los receptores de las células adyacentes.
- Son de acción local.
- Viajan a través de la hendidura sináptica
- Tienen un inicio y final bien definidos en cuanto a su acción.

Información específica de cada neurotransmisor

Neurotransmisor	Localización	Función
Serotonina	Varias regiones del SNC	Mayormente inhibitorio, sueño, involucrado en estados de animo y emociones.
Dopamina	Encéfalo, Sistema Nervioso Autónomo (SNA).	Mayormente inhibitorio, esta presente en emociones y estado de animo, regula el control motor.
Acetilcolina	Sinapsis con músculos y glándulas, se encuentra en muchas partes del sistema nervioso central (SNC).	Excitatorio o inhibitorio. Involucrado en la memoria

Cárdenas Z.LD, (2014)

2.6.1 Serotonina

La serotonina ejerce importante acción en el talante, conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardiacas y el ciclo de sueño-vigilia. La mayoría de la serotonina cerebral se genera en los núcleos del rafé, principalmente en el noveno núcleo del rafé, que se localiza encordado entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo, estructuras que forman parte del tallo cerebral.

Asi mismo es un neuromodulador importante en patologias del afecto como depresión, trastornos de la ansiedad, adicciones y trastornos de control de impulsos, regula la composición del liquido cefalorraquídeo, la nocicepción (respuesta nerviosa a un estímulo doloroso) y la emesis (vómito).

Se estima que solamente 1 a 2% del total de la concentración de serotonina se encuentra en el cerebro, gran parte de la serotonina se encuentra por fuera del sistema nervioso central, en las plaquetas y los mastocitos. Quienes presentan bajos niveles de serotonina experimentan diversos grados de obsesión, angustia asi mismo depresión.

También se sabe que los asesinos y los iracundos que han llegado a cometer crímenes en arrebatos de ira, poseen bajos niveles de serotonina. Los medicamentos inhibidores de la recaptura de serotonina son antidepresivos altamente efectivos y ampliamente utilizados en la práctica de la clínica.

La serotonina es producida a partir del aminoácido triptófano, el cual es transportado a través de la barrera hemato-encefálica hasta las neuronas por el gran transportador neutral de aminoácidos (LNAA).

El LNAA también mueve otros aminoácidos: tirosina, valina, leucina e isoleucina a través de la barrera hematoencefálica. El triptófano debe competir con estos otros aminoácidos para el transporte en el cerebro.

Por lo tanto, la cantidad de triptófano transportado depende tanto de su concentración como de la concentración de los otros aminoácidos en el cuerpo.

La serotonina influye en la mayoría de las células cerebrales tanto directa como indirectamente.

- **Función intestinal:** La mayor parte de la serotonina del cuerpo se encuentra en el tracto gastrointestinal, donde regula la función intestinal y los movimientos. También desempeña un papel en la reducción del apetito al comer.
- **Estado de ánimo:** En el cerebro, la serotonina afecta los niveles de humor, ansiedad y felicidad. Las drogas ilegales que alteran el estado de ánimo, como el éxtasis y el LSD, causan un aumento significativo en los niveles de serotonina.
- **Coagulación:** La serotonina contribuye a la formación de coágulos en la sangre, las plaquetas son las encargadas de liberarlos cuando hay una herida. La vasoconstricción resultante o, el estrechamiento de los vasos sanguíneos, reduce el flujo sanguíneo y ayuda a que se formen coágulos.

- **Náuseas:** El intestino produce más serotonina para aumentar el tiempo de tránsito y expulsar los agentes irritantes en la diarrea. Esto estimula el área en el cerebro que provoca las náuseas, haciendo que el individuo sienta asco o arcadas.

Finalmente, la serotonina desempeña un papel clave en la conducta humana, y se le conoce como el neurotransmisor de la felicidad. Los científicos lo llaman el neurotransmisor del aprendizaje.

2.6.2 Noradrenalina

El Locus coeruleus (LC) es el núcleo del encéfalo, en el tallo cerebral, que genera la noradrenalina (NA); las neuronas del LC envían sus axones principalmente a las estructuras límbicas, que incluyen la amígdala, la formación hipocámpica y la corteza frontal.

El Locus coeruleus, estructura que forma parte de la formación reticular, posee actividad tónica como marcapaso.

La actividad de las neuronas del LC aumenta significativamente en la vigilia y en episodios de estrés, en los cuales su actividad neuronal alcanza niveles de intensidad máxima, y de ese modo contribuye a alertar el organismo lo necesario para sobrevivir.

Es lógico aceptar que el estrés crónico genera depresión reactiva, como se observa en los modelos animales de depresión, y que las reservas de NA en el LC obviamente tienden a depletarse, lo que conduce a mantener el estado de depresión reactiva, en el caso de los individuos con depresión secundaria al estrés crónico ocurre un fenómeno fisiológico similar.

La carencia de este neurotransmisor o su desequilibrio con la serotonina puede ser la causa de psicosis depresiva unipolar o bipolar, los medicamentos antidepresivos específicos están dirigidos a mejorar actividad de la noradrenalina en la sinapsis.

El aminoácido tirosina es el precursor indispensable para la síntesis de la NA. La tirosina es primero convertida a dopa (dihidroxifenilalanina) por la tirosina-hidroxilasa. La dopa es convertida a noradrenalina por la enzima dopamina-beta-hidroxilasa.

2.6.3 Dopamina

La dopamina es una catecolamina que se genera por neuronas pigmentadas en la pars compacta del Locus niger; y en neuronas de la parte ventral del tegmento mesencefálico; de aquí se origina la vía que existe entre la substantia nigra y el cuerpo estriado (vía nigroestriada), la vía que va del área tegmental ventral del mesencéfalo hacia el núcleo accumbens del sistema límbico y a la corteza prefrontal (vía mesolímbicocortical).

Una tercera vía dopaminérgica se origina de neuronas del túbulo de la hipótesis a la adenohipófisis (vía tuberohipofisaria), aunque esta última solamente participa en la síntesis de prolactina.

El centro principal del placer del cerebro lo constituye el Nucleus Accumbens, que está bien conectado con la amígdala y otras partes del sistema límbico, en este se almacenan las mayores cantidades de dopamina, es muy sensible a otros neurotransmisores del placer como la serotonina, endorfinas.

La dopamina es principalmente un neurotransmisor inhibitorio. Este neurotransmisor, en las vías mesocortical y mesolímbica, participa en el mantenimiento del estado de alerta. Se deriva del aminoácido tirosina y la síntesis es por la misma vía que para la noradrenalina.

La serotonina y la noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está involucrada en la función motriz.

Estas tres sustancias son sin duda fundamentales para un funcionamiento normal del cerebro; por esta razón dichos neurotransmisores han sido el centro de estudios neurocientíficos durante muchos años.

2.6.4 Acetilcolina

Es el neurotransmisor más ampliamente distribuido en el sistema nervioso, ayuda en la conducción de impulsos eléctricos entre las neuronas a través de la sinapsis, desde las neuronas hasta los músculos para producir contracciones.

Su deficiencia produce debilidad progresiva y fatiga de los músculos voluntarios como los que se utilizan para caminar, masticar, hablar y respirar.

Este neurotransmisor regula la actividad de áreas en el cerebro relacionadas con la tensión, el aprendizaje así mismo la memoria.

A continuación, se mencionan algunos de los trastornos mentales en donde existe mayor incidencia de suicidio según el DSM-IV-TR:

- Trastorno disocial.
- Esquizofrenia.
- Delirio inducido por sustancias.
- Trastorno esquizoafectivo.
- Trastorno delirante.
- Trastorno psicótico breve.
- Trastorno depresivo mayor
- Episodio maniaco o mixto, bipolar.

CAPITULO III: DE LA DEPRESIÓN A LAS IDEAS SUICIDAS

“¿Cómo juzgar en un mundo donde se intenta sobrevivir a cualquier precio, a aquellas personas que deciden morir? Nadie puede juzgar. Sólo uno sabe la dimensión de su propio sufrimiento, o de la ausencia total de sentido de su vida.”

PAULO COELHO

Desde la perspectiva de Jimenez (2006) en Grecia el suicido era perseguido, el cadaver del suicida era considerado indigno, no podia ser enterrado en el cementerio y cuando, habia muerto con la espada, su mano derecha era amputada y enterrada a parte.

De acuerdo a Plaza (2007), en el imperio Romano, el suicidio no se contemplaba como signo de enfermedad o de intenso malestar emocional, si no mas bien se consideraba incluso horroroso.

Desde la antigüedad, la historia del suicidio se ha abordado de manera general, sin hacer referencia al suicidio de alguna población en específico.

Encontramos que en las civilizaciones: mesopotámica, egipcia, griega y romana, ya se consideraba al suicidio como producto de un estado de ánimo melancólico; los literatos lo consideraron un acto que pone fin a una situación dolorosa.

En la Edad Media, en el año 1621 desde el punto de vista religioso, el suicidio era un pecado y un crimen, el cual mereció castigos, incautación de bienes, y la prohibición a la población de no mencionar el nombre del suicida.

Se consideró a la melancolía como la base del suicidio, por lo tanto, la persona enferma de melancolía o tristeza, era tratada por el médico a partir de la práctica de sangrías, en la cual se filtraba la sangre para eliminar la acumulación de bilis negra en el cerebro, se le prohibía al melancólico comer carne, quesos curadosbeber vinos negros y espesos.

En la Edad Media, en el año 1621 desde el punto de vista religioso, el suicidio era un pecado incluso un crimen, el cual mereció castigos, incautación de bienes, y la prohibición a la población de no mencionar el nombre del suicida.

Se estima que la tasa de suicidio entre adolescentes se ha cuadruplicado en las últimas décadas, siendo en la actualidad la tercera causa de muerte entre jóvenes varones de edades comprendidas entre 15 y 29 años.

Shenidman (1976). La voz “suicidio” proviene de las expresiones latinas sui y occidere que lo definen como el hecho de matarse a si mismo.

La definición de Durkheim, se llama suicidio toda muerte que resulta, mediata e inmediatamente, de un acto positivo o negativo realizado por la victima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado.

Jiménez (2006) El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas, sin embargo, la actitud hacia la conducta suicida en distintas sociedades ha variado en función de los principios filosóficos, religiosos y culturales.

No es posible llevar a cabo un intento de suicidio o consumarlo sin haber pensado en ello.

La Oms define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal a través del cual pretende obtener los cambios deseados”.

Si el suicidio de una persona adulta suele generar desconcierto en su entorno más cercano, este sentimiento es mucho más intenso y generalizado cuando el acto lo realiza un niño o un adolescente. Si por algo se caracteriza esta etapa de la vida es por la inocencia, la ilusión, cualidades que hacen que, antes de adquirir la plena madurez, la persona trate de llevar a cabo su proyecto personal sin plantearse impedimento alguno.

El suicidio infanto-juvenil ha tratado de ocultarse o de negarse, bien por el miedo a la inculpación a las familias, bien por considerarse un hecho reprobable de manos del cristianismo, principal creencia religiosa que ha dominado.

3.1 Ideas suicidas

Para empezar Klerman (1987) define a la ideación suicida “cuando un sujeto, persistentemente, piensa, planea, o desea cometer suicidio”.

En estudios de población general se encuentra que un 20% de personas reconocen haber tenido al menos un episodio de ideación suicida moderada o severa, definida como ideas persistentes de suicidio que duran al menos dos semanas, haciendo algún plan e identificando los medios necesarios.

Si bien los pensamientos, así como los deseos de muerte pueden aparecer en una ocasión puntual, en general cuando se habla de ideación suicida o pensamientos suicidas se suele hacer referencia a un patrón de pensamiento recurrente en que aparece el deseo de morir.

Pueden aparecer una forma meramente cognitiva, si bien lo más habitual es que se produzca cierto anhelo o deseo a nivel emocional o motivacional.

La mayor parte de los pensamientos suicidas se tienen en momentos de intenso dolor y sufrimiento emocional. El individuo siente que independientemente de lo que haga no va a poder modificar el motivo de su sufrimiento.

No se siente capaz de dar con la solución, sino que se siente impotente y en ausencia de todo control. La persona con estos pensamientos pierde tiende a padecer una sensación de desesperanza. Por lo general la idea subyacente, el objetivo que se busca en sí con la ideación suicida no es la de acabar con la propia vida en sí mismo, sino terminar con dicho estado de dolor e indefensión.

Es un comportamiento mas que un acto, que busca y encuentra una solución a un problema existencial mediante un acto que atenta contra la vida del sujeto, en si mismo seria la culminación de otra serie de actos llevados a cabo en función de la ideación al plan suicida del sujeto.

Ideación suicida: Pensamientos que pueden variar desde ideas como que la vida no merece la pena, hasta planes bien estructurados sobre como morir o intensas preocupaciones auto lesivas.

- **Idea suicida sin un método específico:** Donde el sujeto tiene deseos de matarse, pero aún no tiene un método definido para llevarlo a cabo.
- **Idea suicida con un método específico no planificado:** En la cual el sujeto desea suicidarse y elige un método determinado para llevarlo a cabo, pero aun no tiene idea de cuando lo va a ejecutar, en que lugar, ni tampoco tiene en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.
- **El plan suicida o idea suicida planificada:** Aquí el individuo elige un método habitualmente mortal, el lugar donde lo realiza, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión, cuyo propósito es morir.

Es necesario que tomemos en cuenta cada una de las características anteriores, para que de esta forma sea posible prevenir el suicidio en adolescentes victimas de la depresión.

De la Torre Marti (2013) define a la ideación suicida como “la aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar la propia existencia” También se incluyen aquellos pensamientos que refieren a la falta de valor del sentido de la vida, deseos de quitarse la vida, la planificación del acto suicida y fantasías en torno a la muerte.

Menciona la autora, que se debe hacer particular diferenciación entre lo que se entiende como ideas suicidas y el acto suicida propiamente dicho, ya que éste último tiene como resultado final la eliminación de su propia vida, mientras que las ideas hacen referencia a una tentativa de autolesión o autoeliminación intencionada sin resultado de muerte.

Beck, Rush, Shaw y Emery, (1983) El suicida puede decir, por ejemplo: “no deseo seguir viviendo” o “quiero terminar con todo”. Otras expresiones que pueden indicar ideas de suicidio son “no voy

a aguantar mucho más”, “soy una carga para todo el mundo”, “las cosas no van a mejorar nunca”, “toda mi vida he sido inútil, etc”.

En ocasiones, la expresión de los deseos de suicidio es indirecta y sólo puede comprenderse retrospectivamente.”

Dicho sufrimiento se acompaña de sentimientos negativos, entre las que destacan la desesperanza, pesimismo respecto al futuro, la impotencia, vivencia de incapacidad para resolver el problema, por ende, la idea que nadie puede ayudarle.

3.2 Factores asociados a las ideas suicidas

La biografía de una persona esta construida de sucesos positivos y acontecimientos negativos, de alegrías, tristezas, de esperanzas cumplidas, expectativas frustradas. Lo que resulta curioso es como determinadas personas son mas vulnerables a diversas situaciones.

Al respecto, Vianchá (2013) plantea que la aparición de un factor de riesgo asociado con las ideas suicidas, no puede ser considerado como el único factor asociado, ya que el suicidio es un proceso dinámico de carácter multifactorial y no sólo un hecho estático e individual.

Tal como fue señalado, son diversos los factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que interactúan e influyen en la manera que se configura el fenómeno de la conducta suicida en adolescentes.

Según De la Torre Marti, (2003) las personas que se encuentran en riesgo suicida, presentan los siguientes signos o señales de alerta habituales:

- **Verbaliza directamente la idea o posibilidad de suicidarse**, con frases como “quiero quitarme de en medio”, “la vida no merece la pena”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto”. Es posible que las verbalizaciones de algunos pacientes sean menos completas por lo que es imprescindible mantenerse atentos cuando aparecen otras sutiles como “esto no durará mucho”, “pronto aliviaré mi sufrimiento”, “dejaré de ser una carga”; así como las dirigidas hacia él mismo, el futuro o

la vida tales como “no valgo para nada”, “esta vida no tiene sentido”, “estaríais mejor así”, “estoy cansado de luchar”, “quiero terminar con todo”, “las cosas no van a mejorar nunca”.

- **Piensa a menudo en el suicidio y no puede dejar de darle vueltas.** Si esto ocurre, se requiere diferenciar la posibilidad de suicidarse con el miedo a perder el control en un problema de ansiedad u obsesión.
- **Amenaza o se lo comenta a personas cercanas,** lo cual se podría entender como una petición de ayuda. Es frecuente que se comente la insatisfacción y poca voluntad de vivir a otras personas cercanas antes que, al profesional sanitario, por lo que puede ser de gran utilidad obtener información adicional de la familia y relaciones íntimas siempre que sea posible.
- **Lleva a cabo determinados preparativos relacionados con su desaparición,** como, por ejemplo, arreglar documentos, cerrar asuntos, preparar el testamento, regalar objetos o bienes y llamar a otras personas para despedirse.
- **Reconoce sentirse solo, aislado y se ve incapaz de aguantarlo o solucionarlo.** Piensa en ello constantemente y no ve ninguna salida a su situación. Se puede notar que transmite sentimientos de impotencia, indefensión, depresión y especialmente desesperanza.
- **Pierde interés** por aficiones, obligaciones, familia, amigos, trabajo y apariencia personal y comienza a aislarse personal y socialmente. Por ejemplo, deja de ir a clase, salir los fines de semana, llamar a sus amigos, se encierra en su cuarto más de lo habitual.
- **Está muy deprimido** y mejora de forma repentina e inesperada, momento en el cual el paciente puede sentirse con fuerzas suficientes para llevar a cabo sus planes de suicidio.
- Aparece un **cambio repentino en su conducta.** Por ejemplo, un aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad, ingesta de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a las

habituales y con una frecuencia inusual, calma o tranquilidad repentina cuando previamente ha presentado gran agitación, etc.

- Se observa u obtiene información de **autolesiones**, sean estas lesiones más o menos relevantes.

Principales factores de riesgo
Depresión mayor
Presencia de otros trastornos comórbidos
Edad adolescente
Factores psicológicos (desesperanza, rigidez cognitiva)
Factores genéticos y biológicos
Antecedentes psiquiátricos
Sucesos vitales estresantes
Maltrato físico y abuso sexual
Acoso por partes de iguales, bullying

Rivero,2009, guía de práctica clínica” Depresión mayor sobre infancia y adolescencia”

3.2.1 Factores Biológicos

Shaffer (2003) El principal factor que se relaciona con una respuesta neurobiológica frente al suicidio, son las alteraciones del sistema de neurotransmisión serotoninérgica factor que desempeña un rol importante en la regulación del humor.

En cuanto a la vulnerabilidad del niño/a y la conducta suicida, Cyrulnik (2014) plantea:

La vulnerabilidad emocional, por lo tanto, se adquiere durante interacciones precoces mediante una asociación entre cierta aptitud genética y una estructura ambiental.

El sistema “serotonina-lóbulos prefrontales” no adquiere entonces la función pacificadora que le permite dominar las pulsiones.

Cuando en su mundo surge un peligro, el circuito límbico que trata las emociones, se “inflama” y consume mucha energía. Debido a que la inhibición, ese freno que proviene de los lóbulos prefrontales, no se ha instaurado, el sujeto permanece sometido a sus emociones, que es incapaz de controlar.

Al respecto, Gutiérrez-García y Contreras (2008), plantean que la corteza prefrontal desempeña un papel fundamental en la regulación del estado de ánimo y se relaciona con el suicidio.

Señalan a partir de una revisión acerca del tema, que son de particular interés, las alteraciones encontradas en la corteza prefrontal y el hipocampo, ya que estas dos estructuras participan en la integración de la emoción y el manejo del estrés, aspectos que estarían relacionados con la conducta suicida en jóvenes.

Asimismo, señalan la relevancia del daño cortical prefrontal, ya que produce desinhibición conductual e incremento de la impulsividad, los cuales son identificados como factores de la ideación suicida.

3.2.2 Factores Psicológicos.

Pfeffer (2002) A nivel de factores psicológicos, la alta incidencia de trastornos de Salud Mental se considera como factor predisponente de la ideación suicida infanto-juvenil.

Tal como se ha señalado, existe consenso acerca de que la ideación suicida presenta trastornos psiquiátricos a la base, siendo clara y documentada la asociación con la depresión. Sin embargo, se observa variabilidad acerca de la relación con otras patologías.

Villardón (1993) plantea que el alto nivel de estrés se asocia a un nivel alto de ideación suicida y que el afrontamiento mal adaptativo tiene poder predictivo del pensamiento suicida. La autora especifica que la dimensión más importante es la visión optimista de la vida y de la propia capacidad de afrontamiento.

Casullo (2004) En la actualidad hay un mayor conocimiento sobre el papel que cumplen los rasgos de personalidad en la intención de un sujeto de suicidarse, a pesar de esto no existe un tipo de personalidad específica que caracterice al paciente suicida o al que intente suicidarse, algunos de los rasgos que se encuentran son la impulsividad, agresividad, inmadurez e inestabilidad y en los más jóvenes una reacción excesiva ante el estrés; muchos adolescentes muestran fatigas, intranquilidad e incapacidad para estar solos.

Por otra parte, la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos que más se relaciona con el riesgo suicida. Beck y Lester (1973), encontraron que un componente específico de la depresión, constituido por expectativas negativas del futuro y una visión desfavorable de sí mismo, se correlacionaba con el deseo de suicidarse.

El concepto de desesperanza como un sistema de esquemas cognoscitivos que comparten el elemento común de expectativas negativas. La desesperanza se entiende como la percepción que la persona tiene sobre los acontecimientos venideros, de tal manera que condicionan u orientan la conducta del individuo sobre el qué hacer.

Plantearlo como un estado dinámico, es reconocer que el estar en desesperanza es el resultado de un proceso, valorado en un momento y circunstancias determinadas, y sujeto a situaciones de cambio positivo o negativo Quintanilla (2003).

Así, la desesperanza es el sentimiento de no encontrar alternativas de solución ante una determinada situación o de no tener expectativas de futuro, que frecuentemente se acompaña de la ausencia de un sentimiento de trascendencia.

3.2.3 Factores Familiares

Desde la perspectiva de Healy-Pirkola (1999). Los factores familiares que predisponen a un individuo al comportamiento suicida pueden ser ambientales o genéticos. Una mala estructura familiar incrementa el riesgo de suicidios en personas jóvenes.

El maltrato, particularmente los abusos sexuales en la infancia, incrementan el comportamiento de riesgos suicidas en la edad adulta y podrían explicar el alto grado de psicopatología parental que tendería a la impulsividad, la agresión, en consecuencia, las tentativas de suicidio en padres abusivos.

Beaumont (1992) otra causa relacionada es la escasa comunicación entre los padres, la historia familiar previa de conducta suicida, los problemas parentales, antecedentes de depresión, el abuso de sustancias, las disputas graves entre padres e hijos.

Separación parental o divorcio

Con respecto a las víctimas de suicidio la probabilidad de que pertenecieran a familias con padres separados o divorciados era mayor que en los controles y que en adolescentes que habían realizado tentativas de suicidio.

La probabilidad de haber vivido al menos tres cambios de figuras parentales a una edad comprendida entre los 5 y 15 años era mayor que en lo que habían presentado comportamientos auto ilícitos.

Así pues, los datos indican que las pérdidas parentales por separación o divorcio se asocian más a psicopatología (incluido el comportamiento suicida). Al parecer las pérdidas parentales por muerte podrían tener consecuencias diferentes que si se producen por separación o divorcio.

El medio familiar cuando presenta conflictos que afectan la estabilidad emocional de sus integrantes se considera un factor de riesgo relevante para el intento suicida. La familia puede

volverse nociva cuando sin saberlo se convierte en un medio patógeno, es decir no cumple con su papel, cuando las relaciones entre los individuos que la componen son inadecuadas.

Estas mismas relaciones no armónicas contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar genera que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes o depresiones.

Entre estos factores:

- Trastornos psiquiátricos en los padres
- Un ambiente demasiado normativo, demasiado coercitivo o, a la inversa demasiado permisivo, un ambiente hostil, incomprensivo, inseguro, patológico, que juzga siempre en negativo, culpabilizante, o simplemente indiferente, egocéntrico, un ambiente donde los valores profundos son ridiculizados (verdad, justicia, amor).
- Abuso de alcohol, consumo de sustancias ilegales y conductas antisociales.
- Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio.
- Violencia familiar que incluye abuso físico, psicológico y sexual.
- Mala o poca comunicación intrafamiliar.
- Constante agresión intrafamiliar.
- Divorcio, separación o fallecimiento de los padres.
- Desempleo en la familia. • Acceso fácil a las armas de fuego.
- Constantes cambios de domicilio.
- Hacinamiento en el hogar, en el cual conviven varias generaciones.
- Pocas manifestaciones afectivas entre los miembros de la familia.
- Humillaciones a los adolescentes en sus llamados de atención y mucho mas riesgoso en presencia de sus amistades.
- Una inadecuada educación para una sexualidad plena.
- Familias adoptivas
- Enfermedades terminales e infecciosas

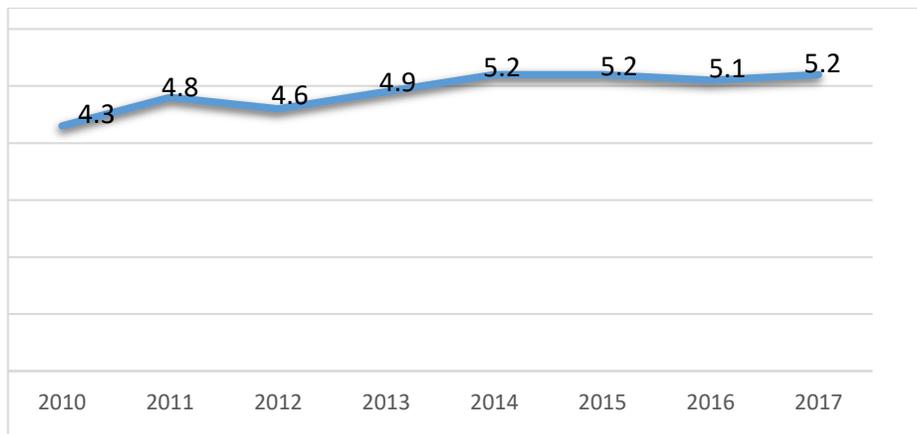
3.3 Estadísticas del intento suicida.

OMS (2014) La Organización Mundial de la Salud considera el suicidio como un problema grave de salud pública y señala que los efectos en las familias, los amigos y la sociedad, son complejos y perduran aún mucho tiempo después de la pérdida.

Con el propósito de reducir los índices de suicidio, el 10 de septiembre, Día Mundial para la Prevención del Suicidio, se fomentan en todo el mundo compromisos y medidas prácticas para prevenirlos.

Como parte de estos propósitos, el INEGI pone a disposición datos de suicidios en México, que se derivan de las estadísticas de mortalidad publicadas por el Instituto.

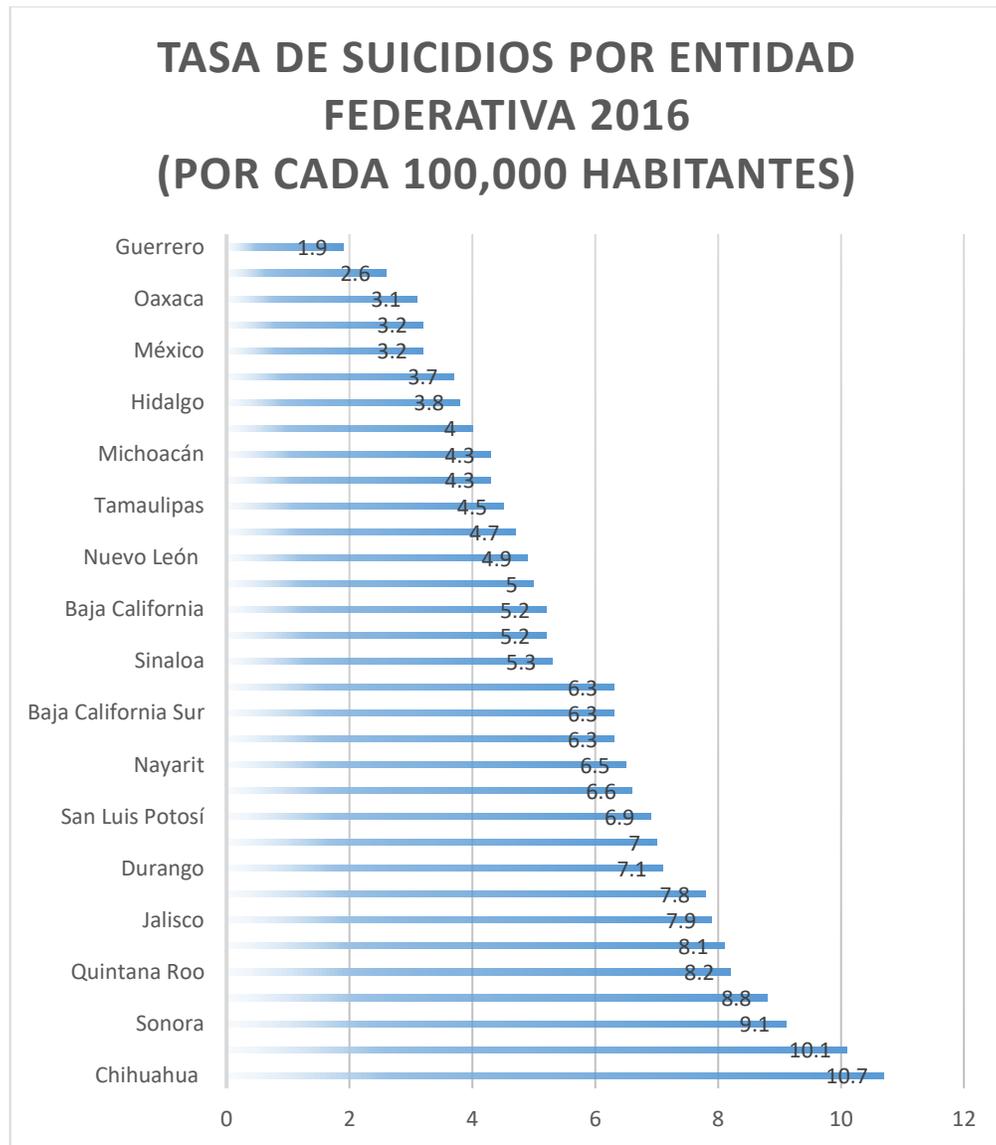
Tasa de suicidios 2010-2016 (Por cada 100 000 habitantes).



INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, varios años.
CONAPO. Proyecciones de la población de México 2010 a 2050

El volumen de suicidios varía entre zonas geográficas y entidades federativas, para 2017, las entidades federativas que tuvieron mayores tasas de suicidio fueron Chihuahua y Aguascalientes con 10.7 y 10.1 suicidios por cada 100 000 mil habitantes respectivamente; niveles que duplican la tasa nacional que es de 5.2.

Tasa de suicidios por entidad Federativa 2016(Por cada 100 000 habitantes)



Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, 2017.
CONAPO. Proyecciones de la población de México 2010 a 2050.

Con respecto al sexo de las personas fallecidas por suicidio, es conocido que la tendencia ha sido más pronunciada en los hombres que en las mujeres; así, para ellos, la tasa de suicidio en 2017 fue de 8.7 por cada 100 mil hombres; en tanto que, para ellas, de 1.9 por cada 100 mil mujeres.

Según la edad de los fallecidos, a partir del grupo de 15 a 19 años hasta el grupo de 50 a 54 años superan el dato nacional de tasas de suicidio, de ellos, llama poderosamente la atención que los jóvenes de 20 a 24 años ocupan la tasa más alta con 9.3 por cada 100 mil jóvenes entre estas edades.

Por sexo y grupo de edad, en el caso de las mujeres, el grupo de 15 a 19 años presenta la tasa de suicidio más alta con 4.0 suicidios por cada 100 mil mujeres, en los hombres sobresale el grupo de 20 a 24 años con una tasa de 15.1 suicidios por cada 100 mil jóvenes de esas edades.

Grupo quinquenal de edad	Total	Hombres	Mujeres
Total	5.2	8.7	1.9
10 a 14 años	1.9	2.0	1.7
15 a 19 años	7.1	10.1	4.0
20 a 24 años	9.3	15.1	3.4
24 a 29 años	8.3	13.8	3.0
30 a 34 años	7.8	14.0	2.1
35 a 39 años	7.5	13.2	2.4
40 a 44 años	6.7	11.4	2.4
45 a 49 años	5.7	10.1	1.6
50 a 54 años	5.5	9.8	1.5
55 a 59 años	4.5	8.0	1.4
60 a 64 años	4.4	7.8	1.3
65 años y más	4.9	9.5	1.1

Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad 2017. Base de datos. CONAPO. Proyecciones de la población de México 2010 a 2050.

3.4 Perfil de conductas suicidas

En cuanto a la OMS, cada 40 segundos una persona se suicida en el mundo, y cada tres segundos otra lo intenta. En algunos casos la soledad y el aislamiento mantenidos en el tiempo junto a la ausencia de apoyo social, actúan como precipitantes.

Las personas con manifestaciones de conducta suicida tienen rasgos comunes que conviene precisar, el patrón característico consiste en:

- a) Pensamiento dicotómico (blanco/negro)
- b) Rigidez y constricción cognitiva
- c) Perfeccionismo hacia sí y hacia los demás, con altos niveles de autocrítica
- d) Falta de especificidad en la memoria autobiográfica, vaga y general, que se ha asociado con la depresión, y conducta suicida. Ellis y Rutherford (2008) destacaron que esos recuerdos inespecíficos interfieren con la solución de problemas interpersonales, porque las experiencias pasadas no pueden utilizarse para estrategias afectivas de afrontamientos actuales.
- e) Deterioro de la resolución de problemas y escasa confianza en la solución.
- f) Vulnerabilidad de las experiencias percibidas en relación con ocurrencias negativas, aproximando rápidamente las adversidades que generan malestar. Esto puede influir en la desesperanza y la impotencia con expectativas negativas sobre el futuro.

A saber, son incapaces de imaginar alternativas o considerar nuevos cursos de acción, están más orientados al presente y ven a la muerte de un modo favorable no obstante tienen dificultad para generar razones para vivir.

Por otra parte, hay ausencia de factores de protección como atracción por vivir, rechazo a la muerte, creencias de supervivencia, afrontamiento, sentido de autoeficacia personal, objeciones morales y religiosas al suicidio, miedo a la autolesión, y sentido de responsabilidad hacia la familia

Ejemplos de narrativas de individuos suicidas:

- ◆ ***No puedo continuar deprimido más tiempo; tengo que acabar con este dolor matandome.*** Schneidman (2001) denominó a este dolor emocional como psicalgia.
- ◆ ***Mi familia estaría mejor sin mí; era una cosa sin vida, respiraba, pero nada más. Supe que todo el mundo estaría mejor si yo estuviera muerto. Acabaría con mi miseria y les liberaría de su carga. Mi muerte tiene más valor para mi familia que mi vida.*** Joiner (2005), Joiner y Van Orden (2008) han destacado la percepción de ser una carga para los demás en el relato de las tendencias suicidas.
- ◆ ***Soy un inútil y no me quieren*** Joiner (2005) destaca un sentido frustrado de pertenencia, que contribuye a la ideación y actos suicidas. Percibe a los demás como indiferentes e insolidarios; se siente socialmente desconectado y carece de intimidad emocional.
- ◆ ***Tengo un enemigo dentro y tengo que escapar*** Para Baumeister (2004) las personas ven el suicidio como una forma de escape de sí mismas.
- ◆ ***He perdido todo lo que me importaba. No tengo futuro. Nada va a cambiar. No tengo ninguna esperanza.*** Ghahramanlou-Holloway (2008) destacan el impacto de las cogniciones relacionadas con las pérdidas y el papel de los sentimientos de desesperanza, de impotencia que llevan a las tendencias suicidas.

En conjunto es necesario considerar que los suicidas se dicen a ellos mismos y a los demás para convencerse de que la autoaniquilación debería superar a la autopreservación.

3.5 Mitos y realidades del intento suicida

El suicidio es un tema envuelto en mitos y falsedades. Quizás porque es raro que se hable franca y abiertamente del suicidio, abundan los malentendidos en cuanto a quien está en riesgo de suicidarse, bajo qué circunstancias y cómo obtener ayuda.

Conocer los mitos y realidades es imprescindible para poder actuar de forma adecuada y esencial para salvar vidas.

◆ **EL QUE SE QUIERE MATAR NO LO DICE.**

Criterio científico: De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos y el otro dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.

◆ **EL SUICIDIO NO SE PUEDE PREVENIR PORQUE OCURRE POR IMPULSO**

Criterio científico: Toda persona antes de cometer un suicidio evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como síndrome presuicidal y la existencia de fantasías suicidas, todo lo que puede ser detectado a su debido tiempo y evitar que se lleven a cabo sus propósitos.

◆ **LOS SUICIDAS SON ENFERMOS MENTALES**

Criterio científico: El trastorno psicológico es un factor de vulnerabilidad ante este tipo de conductas, pero no caben dudas de que todo suicida no tiene que presentar trastornos psicológicos subyacentes.

◆ **PREGUNTAR A UNA PERSONA SOBRE SUS INTENCIONES DE MATARSE INCREMENTA EL PELIGRO QUE LO REALICE.**

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

◆ **EL SUICIDIO SE HEREDA**

Criterio científico: No está demostrado que el suicidio se herede, aunque se pueden encontrar varios miembros de una misma familia que hayan terminado con sus vidas por suicidio. En estos casos lo heredado es la predisposición a padecer determinada enfermedad mental, como, por ejemplo, los trastornos afectivos y las esquizofrenias. Además, se produce una imitación de respuestas ante situaciones similares.

◆ **UNA PERSONA QUE SE VA A SUICIDAR NO EMITE SEÑALES DE QUE LO VA HACER.**

Criterio científico: Todo el que se suicida expreso con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.

◆ **SI DE VERDAD SE HUBIERA QUERIDO MATAR, SE HUBIERA TIRADO DELANTE DE UN TREN.**

Criterio científico: Todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y vivir. El método elegido para el suicidio no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza, y proporcionarle otro de mayor letalidad es calificado como un delito de auxilio al suicida (ayudarlo a lo que cometa), penalizado en el Código Penal vigente.

◆ **EL QUE INTENTA SUICIDIO ES UN COBARDE**

Criterio científico: los que intentan el suicidio no son cobardes sino personas que en los que se dan determinados factores de vulnerabilidad en una compleja relación, que todavía no está muy clara.

◆ **SOLO LOS POBRES SE SUICIDAN**

Criterio científico: Los pobres también pueden suicidarse, aunque es más probable que mueran por otro tipo de enfermedades asociadas a la falta de servicios públicos de salud o a sus condiciones socioeconómicas.

◆ **SOLO LOS RICOS SE SUICIDAN**

Criterio científico: El suicidio es una causa de muerte que se observa con mayor frecuencia entre los habitantes de países desarrollados que en países de subdesarrollo, pero evidentemente los ricos

no son los únicos que se suicidan. Lo que indica que la calidad de vida mayor o menos es mas subjetiva que objetiva.

◆ **SOLO LOS VIEJOS SE SUICIDAN**

Criterio científico: Los ancianos realizan menos intentos de autodestrucción que los jóvenes, pero diversos factores los llevan a conseguirlo.

◆ **LOS NIÑOS NO SE SUICIDAN**

Criterio científico: Después de que un niño adquiere el concepto de muerte puede cometer suicidio de hecho ocurre este acto a estas edades.

◆ **SI SE RETA UN SUICIDA NO LO REALIZA**

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

◆ **CUANDO UNA DEPRESIÓN GRAVE MEJORA YA NO HAY RIESGO DE SUICIDIO**

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

CAPITULO IV: METODOLOGIA A DESARROLLAR

“Si la investigación te permite salvar vidas, no dudes en adentrarte más, si saber más te permite despejar de dudas o devolverle en sentido de la vida a alguien, involúcrate, nunca sabrás si alguien esta investigando como hacerte sonreír a ti”.

JESSICA JAZMÍN JIMÉNEZ

Área de estudio: Psicología clínica

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Por qué la ideación e intento suicida en adolescentes puede tener vínculos con la depresión?

4.2 HIPÓTESIS

Hi=A mayor número de depresión en adolescentes mayor ideación e intento suicida

Ho=A mayor número de depresión en adolescentes no aumenta el numero de ideación e intento suicida.

Ha =La falta de atención de los factores biopsicosocial son la principal causa de los suicidios en adolescentes.

4.3 VARIABLES

Variable Dependiente Suicidio

La Oms define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal a través del cual pretende obtener los cambios deseados”.

Variable Independiente Depresión

En esta investigación la VI (Depresión), según Pablo Rivero (2009) define a la depresión como: “Un trastorno del humor, constituido por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar) y se pueden presentar síntomas de tipo cognitivo, físicos”.

4.4 UNIDAD DE ANALISIS: Adolescentes

Según Rada Gabriel y Merino Tomas (2007) definen a la Unidad de Análisis como: “La entidad mayor o representativa de lo que va a ser objeto específico de estudio en una medición y se refiere al que o quien es el objeto de interés en una investigación”

4.5 UNIDAD DE MUESTRA: Adolescentes de la Escuela Secundaria Técnica No.83, Turno Matutino.

Respecto a Rada Gabriel y Merino Tomas (2007) definen a la unidad de muestra como: “la entidad básica mediante la cual se accederá a la unidad de análisis”

4.6 OBJETIVO GENERAL

Identificar la ideación e intento suicida y el vinculo que tiene con la depresión en adolescentes.

4.7 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ◆ Identificar la prevalencia de la ideación e intento suicida en adolescentes.
- ◆ Distinguir los factores Bio-psico-social de la depresión en adolescentes.
- ◆ Diseñar e implementar una estrategia psicoterapéutica en adolescentes y su familia.

4.8 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Según Sampieri (2014) se refiere a “observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlo, en cambio, en un estudio no experimental no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza”.

Por lo que con respecto a dicha investigación el tipo de diseño a utilizar sera el:

No experimental- transversal: porque solo se hara por medio de la observación del fenomeno y se recolectaran datos en un solo momento, en un tiempo único (Liu, 2008 y Tucker, 2004).

4.9 TIPO DE ESTUDIO

Para Sampieri (2014) se refiere a “especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas”.

Es asi que se utiliza el tipo de estudio **Descriptivo**.

4.10 TEORIA

Respecto a Muach L, Angeles (2009) la define como “un conjunto de conceptos, categorías y leyes que reflejan objetivamente la realidad, se basa en estructuras complejas del conocimiento, que se encuentran ligadas a la practica; de esta manera, la teoria explica la realidad, se orienta hacia el conocimiento y la resolución de problemas”.

Dicha investgación se fundamenta con la **Teoria Cognitivo-Conductual** de acuerdo al enfonque de Aaron Beck.

4.11 MÉTODO

Teddle y Tashakkori (2003), Creswell (2005), Mertens (2005), Willams, Unrau y Grinnell (2005) lo definen como un proceso que recolecta, analiza, vincula datos cualitativos y cuantitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder un planteamiento del problema.

De tal manera que en este caso de investigación se llevara a cabo mediante el método **Mixto**.

4.12 TÉCNICA

Luis Rogelio (2012) la define como un conjunto de pasos- operaciones que se ejecutan en determindando orden y con determinados instrumentos para obtener un resultado.

En dicha investigación se llevará a cabo mediante la **Observación de tipo participante**, Lourdes March dice que en la observación participante el investigador forma parate activa del grupo que se estudia, de tal manera que llega a ser un miembro del grupo, puede llegar a tener una visión mas clara de lo que sucede.

4.13 INSTRUMENTO

Luis Rogelio (2012) lo define como una herramienta fisica o conceptual que se puede utilizar en uno o varios pasos de una tecnica, o en diferentes tecnicas de acuerdo con lo indicado por la tecnica y el metodo.

En dicho caso se utilizarán los siguientes instrumentos:

- A. Escala de Depresión para adolescentes de Kutcher: Edak

- B. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

4.14 POBLACIÓN

María Teresa (2002) se refiere a la totalidad de los elementos que poseen características, objeto de análisis, a esto se le denomina universo de estudio.

Este taller se llevará a cabo en la Escuela Secundaria Técnica N° 83 “Luis Camarena González” ubicada en el municipio de Ocoyoacac Edo. De México, la población son adolescentes que cursan el 3° grado, del ciclo escolar 2019-2020, con características de diferentes edades de 14 a 15 años, será aplicado a hombres y mujeres.

4.15 MUESTRA

Hernández S. (2006) se refiere a un subgrupo de la población de la cual se recolectan datos. El objetivo primordial de las muestras en estadística es el poder inferir propiedades, comportamientos, entre otras cuestiones de la totalidad de la población.

La presente investigación será de tipo probabilística estratificada, ya que todo individuo tendrá la misma posibilidad de ser incluido en la muestra.

4.16 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Son un conjunto de propiedades cuyo cumplimiento identifica a un individuo que pertenece a la población en estudio, se fijan características que hacen que una unidad sea parte de la población (edad, sexo, genero, nivel socioeconómico).

- ◆ Adolescentes de la Escuela Secundaria Técnica N° 83
- ◆ Adolescentes de ambos sexos
- ◆ Adolescentes de 3° grado

4.17 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Son un conjunto de propiedades cuyo cumplimiento identifica a un individuo que por sus características podría generar sesgo en la estimación de la relación entre variables, aumento de la varianza de las mismas o presentar un riesgo en su salud por su participación en el estudio.

- ◆ Adolescentes que no asistan a clase.
- ◆ Adolescentes que no estén dentro del rango de la edad.

4.18 SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

- La persona que esté a cargo del curso deberá estar preparado, actualizado y capacitado con los temas que se tocaran.
- En caso de utilizar la terminología y percatur que el paciente no la entienda, esta debera ser explicarla en un lenguaje claro.
- Las actividades estan segmentadas unica y exclusivamente para el sector a atender.
- Tomar en cuenta sus antecedentes psicologicos.
- Ser acompañados por un familiar o la persona que se hará responsable del paciente.
- Algunas de las actividades pueden ser al aire libre.
- Proporcionar a los familiares numero o contactos de emergencia por alguna situacion inusual.
- Brindarle al paciente un ambiente de seguridad.

GLOSARIO

- ◆ **Adolescencia:** etapa del desarrollo en la que se produce el paso desde la niñez hacia la edad adulta. Generalmente comprende desde los 13-14 años de edad, hasta los 18-20. Conlleva numerosos cambios en la persona a nivel físico, psicológico y social.
- ◆ **Afecto/afectivo:** sentimiento de cercanía y cariño hacia otra persona. El término *afectivo* significa relativo al afecto, es decir, a los sentimientos de cercanía y cariño hacia alguien. Técnicamente afectivo se usa también para referirse a todo aquello relacionado con los sentimientos, las emociones o los estados de ánimo (ej. Trastorno afectivo).
- ◆ **Agresividad:** uso de la violencia en la interacción con algo o alguien. Podría producirse en la interacción con uno mismo, lo que recibiría el nombre de auto agresividad.
- ◆ **Ansiedad:** sensación subjetiva de aprensión y temor que se acompaña de síntomas físicos como sensación de falta de aire, temblor, palpitaciones, aceleración del ritmo cardiaco, etc., que ocurre sin que exista un estímulo externo aparente que la provoque o con estímulos que no suelen producir una respuesta tan exagerada en la mayoría de la gente.
- ◆ **Autoestima:** valoración subjetiva que las personas hacen de sí mismas.
- ◆ **Atención:** Capacidad cognitiva que permite la relación de un ser con su entorno a través de tres funciones fundamentales: la alerta, la orientación y la función ejecutiva (resolución de conflictos).
- ◆ **Autolesión:** actos voluntarios deliberados de provocarse dolor, destructivos o lesivos sin intención de morir. Es una conducta potencialmente lesiva autoinflingida para la que existe evidencia implícita o explícita de que la persona no tiene intención de matarse, puede no provocar lesiones graves o producir una muerte autoinflingida no intencionada. Se relaciona con la conducta parasuicida

- ◆ **Cognitivo:** relativo a la capacidad de pensar y a las llamadas funciones mentales superiores (ej. memoria, atención, reconocimiento de estímulos). Existe un tipo de psicoterapia cognitiva que se centra en pensamientos “mal aprendidos” y hay que pueden ser reformulados para tener una repercusión en la conducta (TCC: Terapia Cognitivo Conductual).
- ◆ **Conductual:** relativo a la conducta, es decir, al comportamiento. Hay un tipo de psicoterapia que se centra en la modificación de la conducta / comportamiento.
- ◆ **Conducta suicida:** Conducta lesiva y autoinflingida en la que hay evidencia de que, por un lado, la persona desea usar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad, y, por otro lado, la persona presenta algún grado, determinado o no, de intencionalidad suicida.
- ◆ **Crisis:** en el curso de una enfermedad, una crisis es una etapa de florecimiento o incremento de los síntomas. Período especialmente difícil.
- ◆ **Depresión:** síndrome caracterizado por una tristeza profunda o una pérdida significativa del interés por las cosas. Suele acompañarse de otros síntomas como la pérdida de energía, de apetito o alteraciones del sueño. Son habituales también los sentimientos de culpa, de vergüenza, el pesimismo patológico, etc.
- ◆ **Desesperanza:** Esquema cognitivo que tienen algunas personas con afectación importante del estado de ánimo, que se caracteriza por tener expectativas negativas acerca del futuro inmediato o remoto. Se puede medir con la Escala de Desesperanza de Beck.
- ◆ **Duelo:** Es la reacción emocional normal ante la pérdida de un ser querido, es una experiencia cultural universal, subjetiva, que va a requerir una elaboración posterior, cuya duración va a depender de la persona.

- ◆ **Emoción:** expresión afectiva generalmente intensa, de presentación más o menos brusca y que va siempre acompañada de manifestaciones físicas (ej. Llanto).
- ◆ **Estrés:** sensación subjetiva de tensión psíquica. Generalmente está provocada por hiper estimulación y suele acompañarse de nerviosismo.
- ◆ **Factor de riesgo:** aquel que facilita el padecimiento de una enfermedad o crisis o que agrava los síntomas de la misma.
- ◆ **Fisiológico:** relativo a lo físico (corporal). También es utilizado en el ámbito médico para referirse a que algo pasa de forma natural, por oposición a patológico.
- ◆ **Impulso / impulsividad:** es un acto que se lleva a cabo sin evaluar previamente las consecuencias del mismo. La impulsividad es la tendencia a llevar a cabo conductas sin haber evaluado previamente las consecuencias de las mismas. Si las consecuencias son finalmente negativas, de forma habitual, la impulsividad puede constituir un síntoma psiquiátrico.
- ◆ **Ideación suicida:** pensamientos de servir como agente de la propia muerte. La ideación suicida puede variar en gravedad dependiendo de la especificidad de los planes suicidas y del grado del intento suicida.
- ◆ **Intento suicida:** conducta auto lesiva con un resultado no fatal que se acompaña por evidencia (explícita o implícita) de que la persona intentaba morir. Expectación subjetiva y deseo de un acto autodestructivo que tenga como resultado la muerte.
- ◆ **Vulnerabilidad:** incapacidad del sujeto para evitar la enfermedad. Será mayor cuanto más fácil sea que enferme. Es la tendencia del individuo a enfermar, o facilidad con la que va a enfermar, ante la presencia de factores de riesgo o causales de dicha enfermedad.

- ◆ **Vulnerabilidad Psicológica:** Característica de la persona que le hace encontrarse en una situación en la que puede encontrarse más débil o con menos recursos para afrontar las dificultades vitales, o que realiza interpretaciones de algunos aspectos de su realidad que hacen incrementar el sufrimiento vital.

ANEXOS

CURSO- TALLER PARA LA PREVENCIÓN DE IDEACIÓN DE INTENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES.

Objetivo: El objetivo de este curso-taller es brindar información a los adolescentes y reflexionar sobre el tema de ideación del intento suicida, sus causas, sus consecuencias, y sus características por ende promover actividades para la prevención.

Participantes: Esc. Sec. Tec. No. 83 “Luis Camarena González” – Alumnos de 3º de secundaria.

Instrumento: Escala de ideación suicida de Beck.

TEMA 1 INTRODUCCIÓN
El objetivo del curso-taller es brindar una breve introducción sobre el tema de ideación de intento suicida a los adolescentes, realizar una prueba diagnostica con la escala de ideación suicida de Beck.
Duración: 25 minutos
Materiales: Cañón, Laptop, Escala de Beck, Diapositivas.

TEMA 2 IDEACION E INTENTO SUICIDA
Objetivo: Conocer los diferentes puntos de vista de los adolescentes sobre el tema.
Duración: 30 minutos
Material: Diapositivas, Laptop, Proyector.
Desarrollo: Brindar una exposición a los participantes sobre el tema, sus causas, consecuencias, los factores de riesgo y las características de este tipo de conductas.

TEMA 3 EXPRESION CORPORAL

Objetivo: Crear en los adolescentes una forma de expresar sus emociones a través del baile.

Duración: 35 minutos

Material: música, bocina.

Desarrollo: Todos los participantes se desplazarán por un espacio delimitado, a través de la música encontraremos los movimientos que permitirán lograr la integración de los procesos corporales y emocionales.

TEMA 4 ¿QUE ES LA AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO?

Objetivo: Dar a conocer las definiciones sobre estos conceptos, los cuales son importantes para que exista un buen desarrollo de la adolescencia.

Duración: 30 minutos

Material: Diapositivas, Laptop, Proyector.

Desarrollo: Se realizará una exposición en donde se darán a conocer las definiciones básicas de estos conceptos.

TEMA 5 ¿QUIÉN SOY Y COMO ME GUSTARIA SER?

Objetivo: Conocerse a si mismos a través de la búsqueda de diferentes aspectos positivos y negativos referentes a su imagen física, su forma de ser, de comportarse, que los hace únicos y diferentes.

Duración: 40-60 minutos

Material: Papel Craf, Plumones.

Desarrollo: Cada joven construirá su silueta en el papel, colocando dentro de ella como se define por fuera de la misma aquello que le gustaría cambiar o le gustaría tener.

Escala de depresión adolescente de Kutcher: 11 elementos (KADS-11)

La versión de 11 ítems del KADS que se presenta aquí está optimizada para monitorear los resultados en adolescentes (12-17 años) que están recibiendo tratamiento para el trastorno depresivo mayor.

Sus ítems están redactados usando terminología estándar y coloquial, y las respuestas se califican en una escala simple de 4 opciones.

Durante la última semana, ¿cómo ha estado "en promedio" o "normalmente" con respecto a los siguientes elementos:

De mal humor, tristeza, sentirse abatido o deprimido, simplemente no se puede molestar. casi nunca A. La mayoría del tiempo B. la mayor parte del tiempo C. todo el tiempo
Irritable, perder la paciencia con facilidad, sentirse cabreado, perder la paciencia. casi nunca A. La mayoría del tiempo B. la mayor parte del tiempo C. todo el tiempo
Dificultades para dormir: diferentes de las habituales (años antes de enfermarse): dificultad para conciliar el sueño, permanecer despierto en la cama. casi nunca A. La mayoría del tiempo B. la mayor parte del tiempo C. todo el tiempo
Sentir menos interés en: salir con amigos; estar con tu mejor amigo; estar con tu novio / novia; salir de la casa; haciendo trabajo o trabajo escolar; haciendo pasatiempos o deportes o recreación. A. casi nunca

- B. La mayoría del tiempo
- C. la mayor parte del tiempo
- D. todo el tiempo

Sentimientos de inutilidad, desesperanza, decepcionar a la gente, no ser una buena persona.
casi nunca

- A. La mayoría del tiempo
- B. la mayor parte del tiempo
- C. todo el tiempo

Sentirse cansado, fatigado, con poca energía, dificultad para motivarse, tener que empujar para hacer las cosas, querer descansar o acostarse mucho.

casi nunca

- A. La mayoría del tiempo
- B. la mayor parte del tiempo
- C. todo el tiempo

Dificultad para concentrarse, no puede concentrarse en el trabajo escolar o en el trabajo, soñar despierto cuando debería estar trabajando, dificultad para concentrarse cuando lee, "aburrirse" con el trabajo o la escuela.

casi nunca

- A. La mayoría del tiempo
- B. la mayor parte del tiempo
- C. todo el tiempo

Sentir que la vida no es muy divertida, no sentirse bien cuando normalmente (antes de enfermarse) se sentiría bien, no obtener tanto placer de las cosas divertidas como de costumbre (antes de enfermarse).

- A. casi nunca
- B. la mayoría del tiempo
- C. la mayor parte del tiempo
- D. todo el tiempo

Sentirse preocupado, nervioso, asustado, tenso, excitado, ansioso.

- A. casi nunca
- B. La mayoría del tiempo
- C. la mayor parte del tiempo
- D. todo el tiempo

Sentimientos físicos de preocupación como: dolores de cabeza, mariposas, náuseas, hormigueo, inquietud, diarrea, temblores o temblores.

- A. casi nunca
- B. La mayoría del tiempo
- C. la mayor parte del tiempo
- D. todo el tiempo

Pensamientos, planes o acciones sobre el suicidio o la autolesión.

- A. sin pensamientos, planes o acciones
- B. pensamientos ocasionales, sin planes ni acciones
- C. pensamientos frecuentes, sin planes ni acciones
- D. planes y / o acciones que han dolido

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

Nombre completo:

Fecha de aplicación:

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.		
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO
Puntuación total		

PUNTUACIÓN

Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto. Cada respuesta negativa evalúa 0 puntos.

La puntuación total oscila entre 0 y 15 INTERPRETACIÓN A mayor puntuación, mayor riesgo.

Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.

BIBLIOGRAFIA

Casullo, M. M (2004). Ideaciones y comportamientos suicidas en los adolescentes: una urgencia social. XII Anuario de investigaciones, Facultad de Psicología, universidad de Buenos Aires, Argentina.

Conger J. (1980). Adolescencia: generación presionada. México: Harper y Row Latinoamericana.

Cortes P María Teresa. (2012). Métodos de la Investigación, Características del conocimiento científico, Pregunta de investigación, Técnicas e instrumentos para recabar informacion. México: Trillas.

Craig G. (2002). Desarrollo Psicológico. México: Pearson Educación.

Del Barrio, V. (2013). Depresión en niños y Adolescentes. Valle Hermosa Madrid: Síntesis.

Gálvez, Y (2016, enero 16) Depresión y Factores demograficos en escolares de una Institución Educativa Estatal de Cajamarca (Tesis de pregrado). Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo.Cajamarca, Perú.

Hernández M.L.R. (2012). Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud. Bogota: ECOE.

Hernández S.R, Fernández C.C, Baptista L.P. (2006). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill.

Jimenez L, Saiz P, Bobes J. (2006). Suicidio y Depresión. España: Humanitas.

Kraus Kopf D. (1994). Adolescencia y Educación. San José: EUNEO.

Lara M, Acevedo M, Lopez E. (1998). La Social investigación aplicada a la educación para la Salud: el caso de la depresión en mujeres. Psicología y Salud. México: Nueva Época

Mcconville M. (2009). Adolescentes: El self emergente y la psicoterapia. Madrid: Sociedad de Cultura.

Muach L, Angeles E. (2009). Métodos y Técnicas de Investigación. México: Trillas.

Muuss R. (1988). Cognición Social “La teoria de David Elkind del egocentrismo. Editorial Cep.

Quinta Montoya, R. Haro Jiménez, L.P., Flores Villavicencio y otros. 2003. Desesperanza y tentativa suicida. Investigación en Salud.

Rivero P. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. España: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Roger C R. (2007). El proceso de convertirse en persona. Barcelona: Paidós.

Rololes J, Acinas P, Perez J. (2013). Estrategias de Intervención Psicológica en la Conducta Suicida. Madrid: Síntesis SA.

Ruiz Lozano M, Gómez Ferrer. (2006). Trastornos depresivos en el niño y adolescente Practica clinica. Madrid: Paidopsiquiatria Adalia.

Sanchez D. (2010). Intervención Psicológica en la Conducta Suicida. Madrid: CEP SL.

Soutullo C. (2005). Depresión y Enfermedad Bipolar en niños y adolescentes. España: Universidad de Navarra.

CIBERGRAFIA

Cárdenas Z.L.D. (2014) Los neurotransmisores en el funcionamiento del cuerpo humano y las emociones. Propuesta didáctica para estudiantes del ciclo IV. Recuperado el día 13 de abril desde <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/74939>

Cervantes P., Wendy; Hernández, Emilia Melo. (2008) El suicidio en los Adolescentes: Un problema en Crecimiento. Recuperado el día 13 de abril desde <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156328012.pdf>

Garbarino, J., González, A, & Faragó, P. (2010). Adolescencia y desarrollo emocional, social y cognitivo. En Pasqualini, D., & Llorens, A. Comps., Salud y bienestar de Adolescentes y jóvenes: Una mirada Integral. Recuperado el día 11 abril. https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo_final_de_grado_andrea_seoane_mayo.pdf

Escala de depresión adolescente de Kutcher: 11 elementos (KADS-11). Recuperado el día 2 de abril. <https://psychology-tools.com/test/kutcher-adolescent-depression-scale>

De la Torre Martí, M, (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial del suicidio. Madrid España: Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) y la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) recuperado el día 9 abril desde. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612018000100009

Dr. Ricardo Manzanera E., Dr. José Antonio L., (2009) Neurobiología de la depresión, consecuencias físicas y tratamiento farmacológico. Rescuperado el día 11 de abril desde. <file:///Users/mac/Downloads/Neurobiologia-de-la-depresion.pdf>

Catalina González-Forteza, Cuauhtemoc Solís Torres, Alberto Jiménez Tapia, 1 Itzel Hernández Fernández, Alejandro González-González, Francisco Juárez García, María Elena Medina-Mora,

Héctor Fernández-Várela Mejía. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Dirección General de Servicios Médicos, Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. Recuperado el día 5 abril desde.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000100007