



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**INTENTOS DE SUICIDIO Y SU RELACIÓN CON LA SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA
EN ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE SECUNDARIA EN EL
CENTRO HISTÓRICO DE LA CIUDAD DE MÉXICO.**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

PRESENTA:

LORENA LAURA ROMERO BASALDUA

Directora de Tesis: Lic. Rosalba Tenorio Herrera

México

2007.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología Proyecto CONACYT 44915-H, Proyecto: Hacia la prevención de la depresión y del riesgo suicida: uso de servicios, detección y estrategia psicoeducativa en estudiantes de secundaria en el Centro Histórico de la Ciudad de México. A la División de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría. Además agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por contribuir a mi formación académica.

A Dios por que sin él no soy nadie.

A mi bebe (bolita)

A mi hermana Eli por todo su
apoyo en lo largo de mi vida y mi carrera.

A Emmanuel, Tany, Bryan y Diego.
mis pequeños sobrinos.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México por mi formación profesional. Al Instituto Nacional de Psiquiatría por permitirme utilizar sus datos para esta tesis.

Todo mi agradecimiento y admiración para mis directoras de Tesis, Lic. Rosalba Tenorio y Dra. Catalina González Forteza, por su paciencia, por sus conocimientos y por su valiosa amistad.

Mi más profundo agradecimiento, admiración y respeto a dos grandes fuentes de inspiración y admiración para continuar adelante: Dra. Ma. Elena Medina Mora y Mtra. Guillermina Natera Rey, gracias por todo su apoyo, confianza e impulso hacia mí.

Agradezco toda la ayuda incondicional de mis amigos.

Ing. Almita Romero, Mtro. Jorge Luis López, Ana Laura Gómez, Lic. Rosario Infante, Dra. Jazmín Mora Ríos, Mtra. Teresa Saltijeral, Mtra. Rosa María Aguilera, Pily Palomares, Dr. Jorge Caraveo, Lic. Melisa Pérez, Mtra. Silvia Carreño, Dra. Liliana Mondragón, Dra. Patricia Campos Coy, Lic. Alicia López Gil, Wenceslao Serrano, Israel Peralta.

Mil gracias.

Un agradecimiento muy especial para:

Almita Rodríguez mi amiga y hermana inseparable.

Francisco Juárez (Paquito esta tesis es tuya)

Pily sin tu ayuda y consejos, no se que hubiese pasado

Shoshana gracias por toda tu ayuda y comprensión.

Indice

Capitulo 1 Depresión e Intento Suicida

1.1 Adolescencia	1
1.1.1 Adolescencia temprana	4
1.1.2 Adolescencia tardía	6
1.1.3 Adolescencia y problemática suicida	7
1.2 Depresión	8
1.2.1 Epidemiología de la Depresión Nivel Internacional	8
1.2.2 Epidemiología de la Depresión Nivel Nacional	10
1.2.3 Depresión en el niños y adolescentes	11
1.2.4 El significado de depresión	11
1.2.5 Depresión como síndrome	15
1.2.6 Depresión como enfermedad	16
1.2.7 Depresión como síntoma	17
1.2.8 Factores de riesgo para los síntomas y síndromes depresivos	20
1.2.9 Criterios diagnósticos para DSM-IV	23
1.2.10 La conducta suicida y el DSM-IV	27
1.3 Problemática suicida	29
1.3.1 Suicidio	30
1.3.2 Teorías Sociológicas	30
1.3.3 Teoría cognitivas sobre el suicidio	31
1.3.4 Salud Pública y suicidio	32
1.3.5 Intento de suicidio	33
1.3.6 Ideación suicida y desesperanza	34
1.3.7 Plan suicida	35

1.3.8	Amenaza suicida	35
2	Epidemiología del intento suicida	36
2.1	Nivel Internacional	36
2.1.1	Suicidio	36
2.1.2	Intento de suicidio	37
2.2	Nivel Nacional	38
2.2.1	Suicidio	38
2.2.2	Intento de suicidio	40
3	Método	43
3.1	Justificación	44
3.2	Planteamiento del Problema	42
3.3	Objetivo General	45
3.4	Objetivos Específicos	45
3.5	Tipo de estudio	45
3.6	Variables	45
3.7	Hipótesis	45
3.8	Metodología	46
3.9	Instrumento	46
3.10	Procedimiento y Consideraciones éticas	50
3.11	Resultados	52
3.12	Discusión	65
4.	Propuesta de un programa de prevención en 2 escuelas del Centro Histórico de la Cd. de México.	74
4.1	Trabajo Social y Salud Mental como estrategia de intervención	74

4.2	Psicoeducación	74
4.3	Propuesta de Talleres de Prevención para el adolescente en riesgo de Lesiones Autoinflingidas deliberadamente y depresión.	77
4.4	Talleres	83
4.5	Test	89
5	Referencias	91
6	Anexo	103

Introducción

En México se han hecho pocos estudios sobre el comportamiento suicida de adolescentes. Una revisión realizada por Mondragón y cols (2001) encontraron que la prevalencia del intento de suicidio en población adolescente mexicana varía de 3.0 a 8.3%, mientras que la literatura internacional indica una prevalencia de 2.2 a 20% de intento de suicidio en adolescentes y adultos.

El suicidio es un fenómeno de carácter multifactorial, su problemática es compleja y va en aumento en nuestro país, tan solo en el 2004 se registraron 3 517 intentos de suicidio en el 2004, de los cuales se consumaron 3 324 (94.5%). Este alto porcentaje se debe a que los intentos de suicidio no están obligados a denunciarse ante el ministerio público y los suicidios sí.

Al analizar por sexo la frecuencia de estos sucesos, se aprecian más suicidios de hombres que en mujeres: por cada 100 suicidios de varones se producen 21 de mujeres, en tanto que son más frecuentes los intentos de suicidio fallidos de las mujeres que de los hombres, 112 por cada 100. (INEGI-CONAPO. 2002)

Por otra parte el intento de suicidio es la conducta asociada a la idea de muerte sin la consumación del auto-homicidio, es decir, es la intención de la persona por terminar con su propia vida. El éxito o el fracaso de los intentos de suicidio tienen como factor sustancial el acceso o selección de los medios que el individuo utiliza para atentar contra su vida, según el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Actualmente, el suicidio y los intentos de suicidio constituyen según la OMS un grave problema de salud pública que provoca casi la mitad de las muertes violentas y alcanza casi un millón de víctimas en un año.

Entre los factores de riesgo que predisponen la consumación del suicidio, cabe citar principalmente a la depresión seguida por, el abuso del alcohol y drogas, antecedentes de maltrato en la familia, el aislamiento social, y otros trastornos psiquiátricos.

Con todo lo anterior se pone en evidencia la necesidad de crear programas de prevención para el suicidio y más específicamente para los intentos de este.

El objetivo principal de esta Tesis es conocer la relación que existe entre los intentos de suicidio con la sintomatología depresiva en una muestra de dos escuelas secundarias del Centro Histórico de la Ciudad de México.

En el primer capítulo se expone todo lo relacionado a la depresión e intento suicida en el adolescente, así como su relación con el DSM-IV, por otra parte se hace referencia también a las diferentes corrientes tanto de índole sociológico, como cognoscitivo en cuanto al suicidio.

En el segundo capítulo se hace mención a toda esta problemática desde el punto de vista epidemiológico, tanto a nivel Internacional como Nacional.

En el tercer capítulo se presenta el método, en el se explica el planteamiento del problema, objetivos, hipótesis, variables y metodología utilizada para comprobar o rechazar hipótesis, así como resultados obtenidos de los diferentes análisis estadísticos aplicados, por último se da una conclusión y discusión a los resultados obtenidos.

Finalmente en el cuarto capítulo y derivado de los resultados de la presente Tesis se hace una propuesta de programa de prevención para ambas escuelas.

Capítulo 1 Depresión e Intento Suicida en el adolescente

1.1 Adolescencia

La palabra adolescencia se deriva del latín “adolecere” que significa “crecer” o “desarrollarse” hacia la madurez. Existe una diferencia entre la palabra pubertad y adolescencia, ya que la primera se refiere al período en que se produce la madurez sexual, mientras que en la segunda abarca todo el proyecto de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente de niño a adulto (Hurlock, 1984).

La adolescencia es una etapa de transición que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo (Diccionario de la Real Academia Española, 1992).

Para la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (1995), la adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. La adolescencia a su vez no es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

La Organización Mundial de la Salud a su vez define a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, dentro de dos fases, adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años" (OPS, 1995).

Para Joseely (1969) la adolescencia, independientemente de su influencia social, cultural y étnica, se caracteriza por eventos universales entre los que se destacan:

1. El crecimiento corporal evidenciable en el aumento de peso, estatura y los cambios en las formas y dimensiones corporales.

2. Incremento de la velocidad de crecimiento, los cambios en las formas y dimensiones corporales, los procesos endocrino metabólicos y la correspondiente maduración, no siempre ocurren de forma armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora e incoordinación, fatiga fácil, trastornos del sueño, los que pueden generar trastornos emocionales y conductuales transitorios.
3. Desarrollo y maduración sexual, con la aparición de las características sexuales secundarias y el inicio de la capacidad reproductiva
4. Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor o menor grado estarán presentes durante esta etapa de la vida y que pueden resumirse de la siguiente manera:
 - a. Búsqueda de sí mismo y de su identidad.
 - b. Necesidad de independencia.
 - c. Tendencia grupal.
 - d. Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
 - e. Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
 - f. Relaciones conflictivas con los padres que fluctúan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.
 - g. Actividad social reivindicativa, tornándose más analíticos, con pensamientos simbólicos, en los que formulan sus propias hipótesis y llegan a conclusiones propias.
 - h. Necesidad de asumir un nuevo rol social como partícipe de una cultura o subcultura específica.

Para Jersild, (1972) la adolescencia conlleva a una serie de cambios importantes, y estos pueden ser de diversas índoles que a su vez varían de acuerdo a la sociedad y cultura propia del sujeto. Por otra parte, una vez que se inicia todo el proceso de cambio éste genera conflictos en el adolescente.

Durante esta etapa se llega también a un estado transitorio donde el adolescente tiene las propias exigencias sociales de su entorno, pero éstas no tienen que ver precisamente con sus conductas, sino más bien con las metas que los adultos esperan que logre, sin embargo el propio adolescente tiene que pasar por distintos cambios de forma gradual que lo harán ir madurando.

Mientras que para Aberasturi, (1992) lo más importante dentro de la adolescencia aparece cuando el individuo trata de situarse dentro del entorno social que le rodea, pero no son vistos ni como niños pero tampoco como personas adultas.

La adolescencia resulta para el individuo un período usualmente vivido con angustia, ya que se presenta la necesidad de encontrar una identidad personal y de alcanzar un conocimiento biológico y social de sí mismo. Por otro lado surge la tendencia a la identificación grupal, la dependencia que tenían con sus padres es transferida al grupo de pares, lo cual representa el medio para alcanzar la individuación adulta en el mundo externo.

El adolescente experimenta una persistente necesidad de intelectualizar y fantasear con los diferentes acontecimientos de su entorno. Es común que surjan crisis religiosas como vivir un ateísmo hasta un misticismo que no es más que parte de este reflejo por encontrar su identidad. Durante la adolescencia pueden experimentar sentimientos de soledad y la vivencia de estos duelos les permite hacer una distinción entre presente pasado y futuro (Aberasturi, 1992).

Por otra parte, la identidad sexual es otro elemento que se consolida en este período. Se presentan actividades masturbatorias, surge el enamoramiento y la idealización. El adolescente puede pasar por etapas de homosexualidad, como proyección de la bisexualidad perdida así como de los deseos incestuosos. En

este periodo son muy importantes las figuras de identificación para el establecimiento de la identidad sexual.

Durante la adolescencia, el individuo también suele presentar conductas contradictorias, éstas son regidas por la acción por lo que les resulta difícil sostener una línea rígida y absoluta, sus diferentes procesos de proyección e introyección lo pueden obligar a realizar modificaciones muy rápidas en su estado de ánimo, sus cambios de humor son típicos y deben ser entendidos a partir de los mecanismos de proyección y duelo, depresión, aburrimiento, frustración y desaliento.

Existen diferentes planteamientos en los que se han hecho jerarquizaciones de procesos y características comunes en la adolescencia, obteniéndose una división por etapas según edad como a continuación se describe:

1.1.1 Adolescencia temprana

Entre los 10 y los 14 años de edad, la preocupación psicológica gira básicamente alrededor de lo físico y lo emocional. Se produce una reestructuración de la imagen corporal, se vive un ajuste a los cambios corporales emergentes, el ánimo es fluctuante; hay una fuerte autoconciencia de las necesidades y deseos de comprensión y apoyo por parte de los mayores. Aún cuando las figuras parentales dejan de ser la fuente casi exclusiva de fomento de la autoestima, se hace imprescindible tener la posibilidad de compartir los problemas con los padres; las amistades también se tornan cruciales. Los grupos tienden a ser del mismo sexo, facilitando el fortalecimiento de identidades y roles antes de entrar a la interacción heterosexual.

La pérdida del cuerpo infantil implica la necesidad de dejar atrás las modalidades de ajuste de la niñez, abandonar identificaciones infantiles y encontrar nuevas orientaciones de conducta. Existen duelos por la pérdida del cuerpo y el status

infantil así como de la imagen de los padres seguros y protectores de la niñez (Aberastury, 1971).

Aproximadamente entre los 14 y 16 años las preocupaciones psicológicas giran en torno a la afirmación personal-social y afloran las vivencias del amor. La búsqueda de canalización de los emergentes impulsos sexuales, la exploración de las capacidades sociales, y el apoyo en la aceptación por el grupo de pares dinamizan la afirmación personal y social en la adolescencia.

En este período la familia ha dejado de ser el espacio privilegiado para confirmar las habilidades y autoestima adolescente, lo que genera para las figuras parentales el difícil desafío de lograr la capacidad de mantener y expresar, en estas nuevas condiciones, la aceptación de sus hijos adolescentes, lo que es siempre fundamental para su desarrollo. La sexualidad adolescente debe ser vivida fuera de la familia y los nuevos roles son ensayados y comprobados en grupos de pares y ámbitos de la sociedad más amplia. Esto conforma nuevas condiciones para el desarrollo social que contribuyen a la diferenciación del grupo familiar y a la autonomía.

El desarrollo intelectual durante la adolescencia, trae nuevos recursos para la diferenciación identitaria y para el replanteamiento de las relaciones con el mundo. La simbolización, la generalización y la abstracción introducen visiones más amplias y diversas de los acontecimientos. De la posición infantil de estar "en" el mundo, pasa a situarse en "perspectiva" frente a él y a sí mismo. Esto es, puede "re-flexionar", volver la mirada sobre su propia forma de pensar y ser, así como sobre la de los demás (Krauskopf, 1994).

En la adolescencia se procura explorar las fuentes posibles de reconocimiento sensorial, emocional, social. Los sistemas de ideas congruentes, aunque parciales, van procurando zonas de seguridad. La posibilidad de ponerlas en práctica y acompañarlas de reflexión y asesoría permite enriquecer sus conceptualizaciones. De lo contrario, al adolescente "se le priva de la capacidad

de acción, se le mantiene en la impotencia y, por lo tanto, en la omnipotencia del pensamiento." Aberastury (1973)

El desarrollo intelectual es parte del empuje de insertarse en el mundo de una nueva forma. Existe interés por nuevas actividades, aparece la preocupación por lo social y la exploración de capacidades personales en la búsqueda de la autonomía.

1.1.2 Adolescencia tardía

De los 16 a 18 años de edad se termina la fase de identidad sexual, se abandonan los objetos de amor infantiles, la vida emocional cobra mayor relevancia, se desarrolla la aptitud por el amor heterosexual, el padre del mismo sexo es una figura de identificación positiva o negativa.

Entre los 19-21 años el sujeto adquiere una capacidad propositiva más amplia, mayor integración social y estabilidad en su autoconcepto, se comienza a dar la consolidación y la estratificación de los intereses de vida, el sujeto toma conciencia de sí mismo como ser social (González-Núñez, 1986)

Las fases y divisiones temporales de la adolescencia no se ajustan necesariamente a todos los sujetos, pero sí se puede asegurar que estos casos son comunes en una gran cantidad de individuos en su proceso de búsqueda de identidad, lo cual no significa la ausencia de la misma sino que ella es singular y está repleta de las manifestaciones típicas.

Así pues el período adolescente constituye una etapa en la cual se producen procesos claves de desarrollo, los cambios físicos, hormonales, sexuales, emocionales e intelectuales desencadenan necesidades, riesgos, respuestas individuales, sociales e interactivas. La elaboración de la identidad pone a prueba las fortalezas y debilidades propias y del entorno.

1.1.3 Adolescencia y problemática suicida.

En México la tercera parte de la población está constituida por jóvenes, (alrededor de 30 millones de jóvenes de entre 13 a 30 años de edad) es por esto que la atención de los problemas en salud física y mental en este sector se hace más que necesaria.

El suicidio en nuestro país es la tercera causa de muerte en jóvenes de entre 15 y 24 años y la sexta causa de muerte para los de 5 y 14 años INEGI (2000).

Los adolescentes suelen experimentar sentimientos de confusión, estrés, dudas sobre sí mismo, además de la presión por conseguir el éxito. Por otro lado, para algunos jóvenes el divorcio, la adaptación con una nueva familia con padrastros, hermanastros, o la mudanza a otros nuevos lugares de residencia pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismo, su condición psíquica puede ser vulnerable a las diferentes formas de violencia psicológica (llámese social, familiar e individual) y muchos de los intentos de suicidio en los adolescentes y jóvenes son de forma precipitada o desesperada como un acto de llamar la atención de los propios adultos.

Por todo lo anterior, los adolescentes suelen presentar desesperanza, una baja autoestima, bajo control de impulsos y muy baja tolerancia a la frustración y estrés. Sus sentimientos depresivos pueden encubrirse con aburrimiento, apatía, hiperactividad o problemas físicos, algunos pueden aislarse de sus padres y no contar con ningún familiar a quien recurrir (Papalia, 2001).

Finalmente los adolescentes no se suicidan en respuesta a un solo hecho perturbador, sino que lo hacen en el contexto de problemas familiares y personales (Craig, 1997).

1.2 Depresión

En el siglo XVII aparece la palabra depresión, que deriva del latín *de* y *premere* (apretar, oprimir) y *deprimere* (empujar hacia abajo), y fue utilizada por primera vez en Inglaterra. (Enciclopedia wikipedia)

Para la Asociación Psicológica Americana (1952) la depresión fue definida como un estado de humor o una clasificación diagnóstica. Mencionaban a su vez que esta ocurre ante la pérdida real o imaginaria de un objeto emocionalmente significativo, de un atributo o de una habilidad personal. El modo depresivo está caracterizado por un sentimiento subjetivo de tristeza, sentimiento de abatimiento y desesperanza (APA, 1952).

Epidemiología de la depresión

1.2.1 Nivel internacional

La depresión en el adolescente se consideraba a menudo, como una característica normal del desarrollo la famosa edad de la “confusión”, la cual se creía que pasaría con el tiempo. Algunos estudios epidemiológicos han demostrado que más del 3% de los adolescentes sufren cuadros depresivos severos que pueden ocasionar disfunciones sociales (Cohen& Kasen, 1993; Olson & Von Knorring, 1999). La probabilidad de padecer algún trastorno depresivo en la adolescencia tardía parece ser del 10-20% (Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1998; Oldehinkel, Wittchen & Shuster, 1999).

En diversos estudios realizados en Estados Unidos se estima que la prevalencia de la depresión mayor en los últimos seis meses en niños de 9 a 17 años es alrededor del 5% (Shaffer, Fisher, Dulcan, Piacentini & Shawab, 1996).

Estudios realizados por Lewinsohn, Clarke, Seeley & Rohde (1994) encontraron en una muestra de población adolescente de 14 a 18 años de edad una morbilidad de 35.16% para todo tipo de depresión y las tasas de recurrencia fueron del 33% en los cuatro años siguientes.

La depresión en los niños y adolescentes también se manifiesta por periodos de irritabilidad, pesimismo sobre el futuro, ideas suicidas y síntomas biológicos.

Algunos estudios de muestras clínicas reportaron que los adolescentes con algún trastorno depresivo alto tienen riesgo de recurrencia o persistencia (Emslie, Rush, Weinberg, Guillén, Rintelman & Huges, 1997; Goodyer, Herbert, Secher & Pearson, 1997).

Depresión a largo plazo.

En un estudio realizado por Harrington, Fudge, Rutter, Pickles & Hill (1990) analizaron a dos grupos de niños uno con depresión y otro sin este padecimiento, y dieron seguimiento durante un promedio de 18 años, encontrando que el grupo con depresión mostró un riesgo de depresión substancialmente mayor después de la edad de 17 años en comparación al grupo control.

Los trastornos de depresión mayor en la edad adulta temprana fue más común en sujetos que le habían sufrido durante la adolescencia. Alrededor del 45% de los adolescentes con un historial de trastorno de depresión mayor desarrolló un nuevo episodio de depresión entre los 19 y los 24 años (Lewinsohn y cols, 1999).

En otro estudio realizado por Cohen & Kase, (1993) y Cohen & Brook (1993) reportaron que la ansiedad o la depresión en la adolescencia predijeron ansiedad o depresión durante la edad adulta.

Un estudio de seguimiento de cohorte de nacimientos de individuos nacidos en 1946 efectuado en Inglaterra por Van Os, Jones, Lewis, Wadsworth & Murray (1997) observaron evidencia de una alteración afectiva a los 13 y 15 años en la cual predecía un trastorno afectivo mayor en la madurez.

Consecuencias Sociales

Existen diversas razones para suponer que el inicio de depresión temprana predecirá una depresión posterior y que ésta puede tener una fuerte asociación con la función cognitiva y social, ya que la depresión en los adolescentes se acompaña por aislamiento social lo que repercute en dificultades para vincularse y mantener relaciones sociales. Por otra parte la pérdida de concentración y el retraso psicomotor interfieren con el aprendizaje, lo que podría provocar una baja autoestima y fracaso académico posterior. (Kovacs, Goldston, 1991).

1.2.2 Nivel Nacional

En México, cuya población es en la mayoría joven con una edad media de 22 años y donde el 34% corresponde a la población menor de 15 años, según el último censo del 2000 (INEGI, 2000), el curso de la depresión de inicio en edad temprana cobra relevancia.

En un estudio realizado por primera vez en México con entrevistas estandarizadas transculturalmente para evaluar depresión (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleis & Zambrano, 2004) encontraron que dos millones de la población había padecido depresión en la infancia y en la adolescencia , casi una cuarta parte de los 7.3 millones habían padecido un episodio depresivo alguna vez en la vida, y que los que padecían un episodio depresivo antes de los 18 años de edad tenían un promedio de siete episodios a lo largo de la vida, el primero con una duración promedio de 31 meses (dos años y medio), período en el cual no recibieron ayuda ni tratamiento. Por otra parte, los deprimidos con inicio temprano tienen

mayor comorbilidad, destacando el uso de drogas, agorafobia trastorno oposicionista desafiante. En comparación con quienes presentaron depresión en la edad adulta.

1.2.3 Depresión en niños y adolescentes

La depresión en la niñez y la adolescencia se ha vuelto un tema de interés de investigación en las últimas décadas. Diversos estudios que abarcan el último medio siglo proveen información acerca de la prevalencia de síntomas y síndromes depresivos.

El surgimiento de la depresión como un diagnóstico a considerar seriamente en la evaluación de niños con depresión ha sido uno de los principales adelantos en psiquiatría infantil y de la adolescencia en años recientes. Un sin número de evidencia muestra que los síntomas depresivos son muy comunes en poblaciones referidas con una variedad de problemas psiquiátricos, médicos y educativos.

1.2.4 El Significado de 'Depresión'

La literatura psiquiátrica infantil ha estado tan confundida como su contraparte referente a adultos por la variedad de significados ligados al término 'depresión.'

En un estudio de revisión llevado a cabo por Angol (1988) encontró diferentes puntos de vista de diversos investigadores que han estudiado este fenómeno y que a continuación se describen:

1. Para Pearce (1977) al término 'depresión' lo asocia por lo menos con tres significados: "(1) Un abatimiento normal del estado de ánimo; una respuesta emocional esperada a la adversidad. (2) Una anormalidad del estado de ánimo que es una desventaja y constituye un trastorno o síndrome específico. (3) Una enfermedad caracterizada por un estado de

ánimo deprimido cualitativamente diferente de lo usual con una etiología y una prognosis reconocidas."

2. También en 1977, Gittelman-Klein la palabra 'depresión' la refirió a un estado de ánimo subjetivo exclusivamente refiriéndose a infelicidad o aflicción." Dicho autor contrastó este uso con una connotación clínica doble: "Por una parte' se refiere a un estado, rasgo o síntoma, el cual puede ocurrir con una severidad variable como una complicación secundaria en una diversidad de trastornos mentales o físicos; y por otra parte, la depresión es una entidad clínica patológica que regularmente implica una reducción en el nivel hedónico, pérdida de interés y una disminución en el propio sentido de competencia, todo en el contexto de un estado disfórico o dolor psíquico.
3. Carlson y Cantwell (1980) extendieron más la discusión al distinguir entre (1) el síntoma de depresión ("que se relaciona con la componente simple de estado de ánimo disfórico"), (2) el síndrome de depresión ("que abarca un grupo bastante reproducible de síntomas y signos que regularmente ocurren juntos"), y (3) trastornos depresivos ("distinguidos unos de otros por factores tales como curso de la enfermedad, patrón familiar a enfermedad, pruebas laboratorio y respuesta al tratamiento").

Angold (1988) por su parte sugirió que pueden hacerse las siguientes distinciones para el término 'depresión.'

1) 'Depresión' como una descripción del extremo inferior de las fluctuaciones comunes del estado de ánimo normal es decir, como el lado desdichado de la vida emocional de todos los días.

2) 'Depresión' como una descripción de la infelicidad, tristeza o dolor psíquico que se siente como una respuesta a alguna situación o evento desagradable cuando el

evento se considera como una causa normal de dicha respuesta, por ejemplo, aflicción o fracaso en alguna empresa importante.

3) 'Depresión' como un rasgo que se refiere a un estado anhedónico continuo, relativamente estable que caracteriza a un individuo, como en el concepto de 'trastorno depresivo de la personalidad (OMS, 1978).

4) 'Depresión' como un síntoma individual que se refiere a un estado de ánimo patológico abatido o triste.

Sin embargo, es necesario hacer una distinción adicional aún con este uso. El estado de ánimo deprimido puede observarse como una desviación cuantitativa respecto a lo normal y/o como una desviación cualitativa respecto a lo normal.

La desviación cuantitativa puede ser de dos tipos. Primeramente, puede haber una desviación de intensidad, en donde estado de ánimo deprimido se refiere a un estado de ánimo que cualitativamente se asemeja a un estado de ánimo abatido normal pero es más severo del que se esperaría en las circunstancias.

En segundo lugar, puede haber una desviación cuantitativa en la duración del estado de ánimo abatido después de algún estímulo del que se esperaría que produjera infelicidad de duración sólo limitada.

La desviación cualitativa se refiere a un cambio en la calidad del 'estado de ánimo deprimido', tal que se percibe diferente de la tristeza o desdicha común, no sólo en cuanto a grado sino en cuanto a tono.

5) 'Depresión' como un síndrome es decir, una constelación de síntomas de los cuales regularmente se encuentra que ocurren juntos. Cabe señalar que la observación de un así llamado 'síndrome depresivo' no es necesariamente evidencia de psicopatología. La tristeza, el llanto, la apatía y la pérdida de interés

en un niño pueden ser una respuesta normal a la muerte de una mascota, aunque en otras circunstancias podríamos considerar que dicha presentación es indicativa de un síndrome depresivo patológico, por lo tanto, así como el síntoma de estado de ánimo deprimido puede ser normal, también puede serlo un síndrome 'depresivo' particular.

6) 'Depresión' como un trastorno o enfermedad Con 'un trastorno' quiere decir un síndrome depresivo que se considera como desviación respecto a algún estándar de normalidad. Un trastorno depresivo puede ocurrir en el marco de otra psicopatología o solo.

7) 'Depresión' como una enfermedad puede considerarse como un caso especial, cuando el trastorno está relativamente bien definido y se ha demostrado que tiene correlatos psicopatológicos regularmente recurrentes, una base genética clara, etiología distintiva, patología física, pronóstico particular o respuesta al tratamiento específico: es decir, cuando se comporta como una entidad de enfermedad clara.

8) Causa de desventaja. Para Pearce (1977) en su sugerencia de que se requiere que un trastorno o síndrome depresivo sea la causa de desventaja para ser reconocido como tal. Este abordaje tiene la ventaja de eliminar el problema de incluir excesivamente estados de ánimo normales en la categoría diagnóstica de depresión. Algunos sistemas diagnósticos requieren que esté presente un grado de discapacidad o desventaja para que se haga el diagnóstico de depresión.

Estudios para Evaluar la Depresión con diferente connotación en niños y adultos.

1.2.5 Depresión como síndrome:

Estos estudios sólo reportan algunos de los 'síntomas' que pueden referirse simplemente a fluctuaciones normales del estado de ánimo, o respuestas a

eventos de los que generalmente se esperaría que produjeran tristeza o sufrimiento.

Así pues en diversos estudios evaluados por un listado de síntomas (Checklist) de Conducta del Niño (CBCL) que identifica síndromes depresivos llevados a cabo por Langener 1974; Eisenberg, Gersten, Langer, McCarthy & Simcha (1976) y Gersten, Langer, Eisenberg, Simcha & McCarthy (1976) encontraron que los síntomas depresivos individuales eran muy comunes y que su conducta estaba caracterizada por infelicidad persistente, retraimiento social o ansiedad.

Para MacFarlane, Allen & Honzink (1954), en un estudio longitudinal medido con un listado de síntomas encontraron un promedio de alrededor del 16% para 'melancolía', con índices mucho más altos a las edades de 4-5 y 11-12. El llanto frecuente, el lloriqueo, las pesadillas y el mal apetito ocurren menos frecuentemente en los niños mayores. La prevalencia de informes de un apetito inusualmente grande muestra el efecto opuesto de un incremento con la edad. Se observa que ocurre estreñimiento en el 2-10% de los niños, mientras que los informes de los índices de dolores de estómago y dolores de cabeza varían ampliamente. En lo que respecta a la irritabilidad ésta se encontró muy frecuentemente en todos los estudios evaluados con este instrumento.

Sólo MacFarlane y cols (1954) y Shepherd, Oppenheim & Mitchell (1971) dan alguna información de seguimiento acerca de sus sujetos; sin embargo, sus resultados sugirieron que la 'melancolía' y las oscilaciones del estado de ánimo se hicieron cada vez más comunes con la edad, mientras que los problemas de apetito y alimentación eran comunes en los niños menores de ocho años. Shepherd y cols (1971) encontraron que, la mayoría de los que mostraron conducta desviada habían mejorado después de 2 ½ años, pero una minoría importante mostró problemas persistentes. Este patrón pareció ser válido para problemas afectivos así como para problemas de conducta.

1.2.6 Depresión como enfermedad:

Rutter y cols (1970, 1976) encontraron que la enfermedad depresiva era muy rara en los chicos de 10 – 11 años y rara en los de 14 – 15 años. En el grupo de edad más pequeña las madres de los niños de 10 a 11 años dijeron que eran desdichados, y las madres del grupo de adolescentes de 14 a 15 por su parte comunicaron índices muy altos de síntomas depresivos individuales. No se observaron diferencias por sexo importantes.

Kashani y Simonds (1979) estudiaron a un grupo de 103 niños de 7 – 12 años, la mitad de los cuales provenía de familias que acudían a una clínica familiar particular, mientras que la otra mitad se seleccionó de niños nacidos en el Centro Médico de la Universidad de Missouri. Se encontró que sólo dos niños (2%) estaban deprimidos. Sin embargo, se descubrió tristeza “como un afecto claro” en el 17.6%. Este grupo triste mostró significativamente más padecimientos somáticos, hiperactividad e inquietud, autoestima baja y rechazo a la escuela en comparación con el resto.

Kashani y cols (1982), en un estudio basado en la cohorte del Estudio Multidisciplinario Dunedin del Desarrollo de nacimientos consecutivos en Dunedin, Nueva Zelanda, valoraron a los niños a la edad de nueve años con la entrevista del Esquema Kiddie para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia-Epidemiológico (K-SADS-E) encontraron que el 2.5% del grupo sufría de depresión menor y se reportó que casi el 10% había sufrido de un episodio previo de este trastorno, mientras que sólo el 1% había tenido un episodio previo de depresión mayor. Por otra parte al evaluar a estos niños a la edad de 11 años, se encontró que sólo el 1.8% de la muestra sufría de Depresión Mayor o Distimia, con una proporción de hombres: mujeres de 5:1.

1.2.7 Depresión como síntoma:

Albert y Beck (1975), en un estudio relativamente pequeño de niños de 11 – 15 años al utilizar la forma corta del Inventario Beck para Depresión (BDI), descubrieron que el puntaje medio del grupo (7.06) estaba en el límite superior del “rango levemente deprimido definido según las normas para adultos.” Se definió que un tercio sufría de depresión ‘moderada’ o ‘severa’. Los niños mayores tuvieron puntuaciones de síntomas más altas, y las niñas tuvieron puntuaciones más altas que los hombres, especialmente a edades mayores.

Teri (1982) en un estudio con estudiantes de bachillerato de raza blanca y clase media (edades 14 –17), con el uso del BDI obtuvieron una puntuación media para la muestra total de 8.7. No hubo efectos significativos de la edad o el sexo en un análisis de covariancia, pero cuando los que tuvieron puntuaciones más de 1 desviación estándar por arriba del puntaje medio en el BDI se compararon con los que tuvieron puntuaciones menos de 1 desviación estándar por debajo de la media, las mujeres estuvieron significativamente sobre representadas en el primer grupo. Los sujetos con promedios de calificaciones muy malos y los sujetos que no vivían con sus padres naturales también reportaron significativamente más depresión: el 49% tuvieron puntuaciones por arriba del punto tope de los adultos para ‘depresión leve’, mientras que el 32% tuvieron puntuaciones en el rango de ‘depresión de moderada a severa’.

Kaplan y Simonds (1984a, 1984b) obtuvieron resultados similares utilizando el (BDI). Ellos examinaron a niños y adolescentes de 11 – 18 años en dos escuelas de bachillerato y en una escuela secundaria donde encontraron que el 13% estaba ‘levemente deprimido’, el 7% estaba ‘moderadamente deprimido’ y el 2% estaba ‘severamente deprimido’. Se encontró que los niños mayores y los de condición socioeconómica más baja tenían puntuaciones de depresión más altas. No hubo un efecto global del sexo, pero era más probable que las niñas se sintieran no atractivas y que trataran de bajar de peso.

Leon, Kendall y Garber (1980) administraron una primera versión del Inventario de Depresión de los Niños (CDI), una escala derivada del BDI para usarse con niños, a una muestra de niños de tercer y sexto grado, con una edad media de 10 años y 9 meses. Veintiún niños en este grupo se diagnosticaron como niños que sufrían de depresión con base en haber recibido una puntuación de 1.5 desviaciones estándar por arriba de las medias de las normas publicadas de las respuestas de sus madres a la escala de depresión. Sin embargo, se encontró que los niños deprimidos hacen más atribuciones externas de eventos positivos y atribuciones internas de eventos negativos que un grupo de niños con puntajes de depresión muy bajos.

Kaslow, Tanenbaum, Abramson, Peterson y Seligman (1984) por su parte encontraron que globalmente el 21.3% de una muestra de niños de clase media alta que asistían a escuelas privadas consistente en 36 niños de primer año (edad promedio 7.25 años), 36 niños de cuarto grado (edad promedio 10.17 años) y 36 niños de octavo grado (edad promedio 13.75 años) tuvieron puntuaciones por arriba de su tope de 11 para depresión leve. Los niños 'deprimidos' reportaron más atribuciones globales estables internas para el fracaso y más atribuciones específicas inestables externas para el éxito que el grupo no deprimido. Estos hallazgos se interpretan como indicativos de que las tendencias negativas en el pensamiento y ciertos tipos de estilo de atribución para el éxito y el fracaso merecen consideración adicional en la depresión infantil. (tales como "nunca puedo ser tan bueno como los demás niños"),

En un estudio de Schoenbach, Kaplan, Grimson y Wagner (1982) de las respuestas en la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) de toda una escuela secundaria pública (edades 12 – 15 años) se encontró que el ser negro y pobre se asociaba con el sufrir depresión.

Benjet, Hernández, Tercero-Quintanilla, Hernández y Chartt-Leon (1999) llevaron a cabo un estudio para confiabilizar y validar en población adolescente en la

Ciudad de México la escala CES-D (Escala de Depresión de Estudios Epidemiológicos). La muestra estuvo constituida por 1,167 niños y adolescentes peri-púberes de 9 a 14 años de edad, los puntajes mayores de sintomatología depresiva fueron reportados para los jóvenes de escuelas públicas en contraste con los de escuelas privadas, así como para niñas posmenarcas que para niñas premenarcas. Los hallazgos señalan que la CES-D es un instrumento válido y confiable para la población mexicana peri-púber.

Aguilera, Carreño y Juárez (2004) realizaron un estudio sobre las características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes estudiantes de escuelas primarias rurales del estado de Zacatecas con alta tradición migratoria. Participaron 310 estudiantes de entre 11 y 14 años de edad, no se encontraron diferencias significativas por sexo, ni por ser hijo de padre migrante vs no serlo; sin embargo, trabajar fuera del hogar además de estudiar, y de realizar actividades económicas de apoyo para el sostenimiento familiar, fue fuertemente asociado con tener mayor sintomatología depresiva. Los resultados confirman que la CES-D es una escala confiable y válida para medir sintomatología depresiva en población rural adolescente.

Benjet, Wagner, Borges y Medina-Mora (2004) en datos obtenidos de la Tercera Encuesta Nacional de Adicciones que incluyó la Escala CES-D, encontraron que existe mayor la probabilidad de sintomatología depresiva elevada entre las mujeres consumidoras de tabaco. En el caso de los hombres, los que consumían una cajetilla o más al día tuvieron mayor probabilidad de sintomatología depresiva. De manera global, quienes dejaron de fumar en los seis meses anteriores a la encuesta, tuvieron posibilidades menores de dicha sintomatología.

Caballero, Ramos-Lira, González-Forteza y Saltijeral (2005) en un estudio sobre la violencia que ejercen los padres hacia sus hijos adolescentes evaluados con la escala CES-D llevado a cabo en dos escuelas secundarias del Centro Histórico del D.F. en donde participaron 936 estudiantes, 508 hombres y 428 mujeres,

encontraron que los sujetos que habían sufrido cualquier forma de violencia, esto es, física moderada, física severa o psicológica, tanto por parte de su madre como de su padre, tenían un riesgo mayor de presentar intento de suicidio que las adolescentes no violentadas. En el caso del análisis para la sintomatología depresiva, encontraron que, solamente la violencia física moderada, ejercida por parte de la madre, representa un factor de riesgo para presentar depresión dos veces mayor para las víctimas que para las que no lo fueron. Por otro lado, en lo que se refiere a los hombres y al intento de suicidio, tres formas de violencia resultaron factores de riesgo: la violencia física severa por parte del padre, que representó cerca de cuatro veces más riesgo para la conducta suicida; la violencia psicológica, igualmente por parte del padre, la cual obtuvo tres veces mayor riesgo para el intento de suicidio; y de la misma manera, la violencia psicológica ejercida por parte de la madre. El mayor número de asociaciones de riesgo en hombres se presentó en relación con la sintomatología depresiva, en donde todas las formas de violencia resultaron factores de riesgo significativos.

1.2.8 Factores de Riesgo para los Síntomas y Síndromes Depresivos

Edad:

Los trastornos depresivos parecen ser raros en niños prepúberes. Las re-entrevistas en los niños de 10 años en el Estudio de Rutter y cols (1970.1976) realizadas cuatro años más tarde revelaron un incremento de diez veces en los diagnósticos depresivos y un índice muy alto de sintomatología depresiva. Asimismo, el suicidio y parasuicidio se volvieron mucho más comunes en la adolescencia.

Sexo:

Parece que la proporción de sexos para trastornos y síntomas depresivos en niños prepúberes es de aproximadamente 1:1. También hay una concordancia general en que, para la edad adulta joven, las mujeres tienen casi dos veces más episodios depresivos que los hombres, e índices de síntomas

correspondientemente más altos. El estudio de seguimiento de Rutter y cols (1970,1976) encontró que en los hombres de 14 – 15 años, los sentimientos depresivos estaban asociados más altamente con la pubertad que la edad *per se*.

Clase Social:

Kaplan y cols (1984) encontraron un puntaje medio más alto en adolescentes de condición socioeconómica más baja, cuando sus resultados fueron ajustados por edad y sexo. Schoenbcah y cols (1982) también observaron que los adolescentes pobres de 12 a 15 años tenían puntajes de síntomas más altos.

Historia Psiquiátrica Familiar y Funcionamiento de la Familia:

Numerosos estudios han demostrado que una amplia gama de trastornos psiquiátricos es más común en los hijos de padres con perturbaciones psiquiátricas que en los hijos de padres 'normales'. Más recientemente, se han establecido vínculos claros entre la depresión parental y la perturbación psiquiátrica infantil (Angold, 1988).

Beardslee, Bemporad, Séller y Klerman (1983) sugieren que la evidencia actual indica que aproximadamente el 40% de los hijos de depresivos tiene un trastorno psiquiátrico de algún tipo.

Rutter y Quinton (1984) reportan que el grado de perturbación de la función psicosocial de los padres es más importante que el diagnóstico clínico como un predictor de un trastorno infantil. Sin embargo, aún en su trabajo, se encontró un efecto independiente de la depresión en el adulto como un predictor del trastorno infantil.

Varios estudios se han enfocado en los padres de niños 'neuróticos' o 'ansiosos-retraídos' o 'inhibidos'. Hewitt y Jenkins (1946) reportaron una relación entre la crianza controladora y restrictiva y la conducta 'sobrehibida'. Las comparaciones

de los padres de este tipo de niños con los de niños agresivos o delincuentes generalmente han observado que los primeros son más restrictivos y controladores en sus abordajes disciplinarios.

Hetherington y Martin (1969) encontraron que los hombres preadolescentes retraídos provenían de familias con madres dominantes más frecuentemente que los hombres no agresivos, y que un grupo de niños retraídos estaba caracterizado por una relación materna estrecha y cálida, pero por respuestas más distantes, críticas y de no-aceptación de parte del padre.

Factores Medioambientales Precipitantes:

Se aplican muchas dificultades conceptuales y de medición al estudio de los efectos del duelo, la separación parental y el divorcio y otros eventos negativos significativos sobre los niños.

Van Eerdewght y colaboradores (1983) encontraron que el 70% de niños dolientes (de 2 – 17 años de edad con una media de 11 años) informaron tristeza, llanto o irritabilidad un mes después de su pérdida, además reportaron dificultades para dormir, disminución del apetito, y conducta retraída así como también los berrinches fueron significativamente más comunes. El estado de ánimo deprimido y la ansiedad también fueron frecuentes..

Block, JH, Block , J., Gjerde (1986) encontraron que los hijos de padres que iban a divorciarse mostraban patrones de conducta perturbada *antes* de que sus padres se divorciaran, los cuales eran similares a los descritos en otros estudios después del divorcio.

1.2.9 Criterios diagnósticos DSM-IV de Trastornos Depresivos.

Es importante mencionar que para el Manual DSM –IV (1995), el trastorno depresivo lo divide en tres rubros: depresión mayor, distimia y trastorno depresivo no especificado; clasificación que se basa en la presencia y duración de síntomas como: estados de ánimo deprimido, notable disminución de interés en todas las cosas o actividades habituales, disminución o aumento significativo del apetito y del peso corporal, insomnio, hipersomnia, fatiga o pérdida de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad, ideas de muerte recurrentes. Estas clasificaciones a su vez son divididas en trastornos de leves, moderados a severos.

Trastorno Depresivo Mayor según DSM-IV

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

- 1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día (siente tristeza o vacío).
Nota: en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- 2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día.
- 3) Pérdida de peso (5% del peso corporal en 1 mes) o pérdida o aumento de apetito. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
- 4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- 5) agitación o enlentecimiento psicomotores.
- 6) fatiga o pérdida de energía
- 7) sentimientos de inutilidad o culpa excesivos
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión
- 9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

0 Leve.

1 Moderado.

2 Grave sin síntomas psicóticos.

3 Grave con síntomas psicóticos.

4 En remisión parcial/en remisión total.

9 No especificado

Trastorno por Distimia según DSM-IV

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está depresivo, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

(1) pérdida o aumento de apetito

(2) insomnio o hipersomnia

(3) falta de energía o fatiga

(4) baja autoestima

(5) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones

(6) sentimientos de desesperanza

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

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

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

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

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

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

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

Trastorno depresivo no especificado según DSMIV

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

1. Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas (p. ej., estado de ánimo acusadamente depresivo, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones) en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones
2. Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.
3. Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (no asociados con los ciclos menstruales).
4. Trastorno depresivo postpsicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.
5. Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.

6. Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

1.2.10 La conducta suicida y su relación con el DSM-IV.

De acuerdo al DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995), el comportamiento suicida supera la media en los niños y adolescentes que presentan los siguientes trastornos psiquiátricos: depresión, trastornos de ansiedad, abuso de alcohol y drogas, trastornos alimentarios y trastornos psicóticos; asimismo, se ha asociado a:

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.

La ideación suicida, los intentos de suicidio y los suicidios consumados se dan con una frecuencia mayor a la esperable en los trastornos de conducta [312.8]. Los adolescentes están predispuestos a sufrir depresión, a presentar ideación suicida y a cometer intentos de suicidio en el trastorno de la identidad sexual [302.x].

El trastorno depresivo mayor [296.x] se asocia a ideas, intentos y consumaciones de suicidio. Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o los intentos suicidas (Criterio A9, Episodio depresivo mayor). Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si ellos muriesen, hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los sujetos con menos riesgo suicida pueden referir pensamientos transitorios (1 o 2 minutos) y recurrentes (una o dos veces a la semana). Los sujetos con más riesgo suicida pueden haber comprado materiales (p. ej., una cuerda o un arma) para

usarlos en la intento de suicidio y pueden haber fijado un lugar y un momento en el que saben que estarán solos y podrán así suicidarse.

Si bien estos comportamientos están asociados estadísticamente con los intentos de suicidio y pueden ser útiles para la identificación del grupo de alto riesgo, muchos estudios han demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en qué momento un determinado sujeto deprimido va a intentar el suicidio. Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable.

Los trastornos adaptativos [309.x] están asociados a un aumento del riesgo de suicidio e intentos de suicidio. Algunas personas presentan amnesia disociativa [300.12] en episodios de automutilación, de explosión de violencia o de intentos de suicidio. La intoxicación o abstinencia (en trastornos relacionados con sustancias) pueden aumentar también el riesgo de suicidio, la violencia y el comportamiento impulsivo en sujetos con un trastorno antisocial o límite de la personalidad previo.

Finalmente, los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad [301.7] tienen más probabilidades que la población general de morir prematuramente por causas violentas (p. ej., suicidio, accidentes y homicidios). Pueden existir comportamientos impulsivos y antisociales, amenazas e intentos de suicidio y conflictos matrimoniales como síntomas/trastornos asociados a trastornos somatoformos [300.x].

De igual manera, en la esquizofrenia [295.x] el suicidio es un factor importante, porque aproximadamente el 10 % de los sujetos se suicidan. Los factores de riesgo para el suicidio incluyen el sexo masculino, edad inferior a 30 años, síntomas depresivos, desempleo y alta hospitalaria reciente. (APA, 1995).

1.3 Problemática suicida

El suicidio es un fenómeno de carácter multifactorial, en nuestro país va en constante aumento (Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges, 1998). Asimismo, el suicidio es una causa de muerte cuya historia natural es variable (Borges y cols., 1994). Comúnmente al suicidio se le ha visto como una expresión de conflictos de índole mental presentes y de larga duración, como la depresión, en muchas ocasiones el suicidio no suele estar relacionado con patologías mentales específicas, y su latencia en estos casos es más bien corta (Borges y cols, 1994); mientras que en lo que respecta al intento de suicidio es una conducta impactante y sus repercusiones no se hacen esperar en todas las áreas del individuo (Loza y Lucio, 1995; Loza, Lucio, y Durán, 1998). Para González-Forteza y cols, (1995) una etapa de mayor riesgo para cometer intento suicida es la adolescencia, debido a los cambios que experimentan los jóvenes ya que representa un tiempo difícil lleno de desafíos, así como el momento para adquirir habilidades que les permita enfrentar la vida.

Desde el punto de vista de O'Carroll, Berman, Ronald, Maris, Moscicki, Tanney & Morton (1996), uno de los problemas en el estudio del suicidio es que no hay un paradigma de amplia aceptación o un enfoque definido en la organización de la literatura, en la explicación o descripción de los resultados existentes, y en la definición de los problemas o fenómenos de interés. Además, no todos los comportamientos a los que se alude con los términos de "suicidio" y "suicida" han sido motivados por una decisión consciente de morir; en muchas ocasiones no pretenden ni siquiera generar un daño personal sino que son una expresión y comunicación de desesperanza, desesperación, frustración y enojo.

Por lo que a continuación se revisaron diferentes definiciones:

1.3.1 Suicidio.

1.3.2 Teorías Sociológicas

Existen aproximaciones que enfatizan los aspectos sociales del suicidio, un ejemplo de éstas es la de Durkheim, quien en su libro "El Suicidio " (1897), clasificó al suicidio en tres rubros: suicidio egoísta, suicidio altruista y suicidio anómico; el suicidio egoísta lo explico desde el punto de vista en la cual los hombres no perciben ya la razón de estar en la vida; el suicidio altruista, de que esta razón les parece estar fuera de la misma vida; la tercera clase de suicidios, suicidio anómico de que su actividad está desorganizada y por esta razón sufren (Durkheim, 1983).

Algunas de las categorías establecidas por Durkheim a finales del siglo XIX fueron las siguientes: la tasa de suicidio aumenta con la edad, la tasa de suicidios es mayor en los solteros y viudos que en los casados; a su vez es mayor en zonas urbanas que en rurales; en los países europeos las variaciones se mantienen con el tiempo y de un año a otro; la tasa de suicidio varía poco, y a largo plazo sigue un patrón definido: se comete con mayor frecuencia de día, aumenta con la duración del día. y el orden de las estaciones, según la frecuencia del suicidio, es: verano, primavera, otoño e invierno: el suicidio se da más al principio de la semana que al final; está íntimamente ligado a la religión, los protestantes se suicidan más que los católicos y éstos más que los judíos; el suicidio aumenta de acuerdo con el tamaño de las aglomeraciones.

Esto significa que el suicidio no es un simple fenómeno psicológico individual, sino que se trata también de un hecho social de dimensiones colectivas. Las decepciones de índole amorosas, el desempleo, las pérdidas económicas, los remordimientos (culpas), la depresión, las enfermedades mentales y los sufrimientos físicos son algunos motivos individuales o psicológicos que pueden llevar al hombre a suicidarse. Pero esto no es todo, es de suma importancia

también el tomar en consideración las dimensiones colectivas del fenómeno, su constancia y su regularidad, así como su variación (Baudelot y cols., 1985).

Durkheim además utilizó como modelo observacional a la familia; explicando que el suicidio prevalece más en los hombres que en las mujeres, y que este es más frecuente en los ancianos que en los jóvenes, ya que estos están menos integrados a la estructura familiar (Baudelot y cols., 1985).

Otra teoría sociológica que explica el suicidio es la teoría de la alienación de Marx, la sociología marxista hace del suicidio un fenómeno ligado ante todo a la estructura capitalista de la sociedad. En una sociedad sana, idealmente comunista, no habría suicidios. Ambas teorías tanto la de Durkheim como la de Marx son aproximaciones sociológicas de importante impacto actual.

1.3.3 Teoría Cognitiva sobre el suicidio

En el campo de la psicología cognitiva el máximo representante de esta corriente es Aron Beck y en su estudio llevado a cabo en colaboración con Lester (1977) encontraron que la relación entre la presencia de deseos suicidas y otros síntomas de depresión es muy similar, en las personas que han intentado suicidarse.

Beck, Steer y Ranieri (1988) han sido pioneros en el estudio de las cogniciones de los individuos suicidas, ellos plantean que los individuos suicidas tienen un estilo cognoscitivo peculiar que es diferente a la de los individuos normales así como a los de aquellos con perturbaciones emocionales no suicidas. Sus estructuras particulares son las que determinan el acto suicida. Beck y sus colaboradores proponen, una característica en particular de la persona suicida: la ambivalencia interna, la cual es fluctuante entre el deseo de morir y el deseo de vivir, conflicto previo al acto suicida: además de este esquema hay otros: ideas suicidas y pensamientos que incrementan la probabilidad y la intensidad del deseo

de muerte. Los problemas de los individuos son producto de ciertas distorsiones de la realidad, basadas éstas en premisas y supuestos erróneos o falsos.

Los cimientos del suicidio no sólo se encuentra en las desintegraciones Intrapsíquicas, en el fracaso para mantener el estatus, en el desamor, etc., sino también en las estructuras cognoscitivas. Las acciones interiorizadas pueden actuar como antecedentes que sirven de clave o desencadenante para que produzcan otras respuestas (deseo de morir). Finalmente, las acciones interiorizadas del sujeto pueden funcionar como consecuencia de otras acciones interiorizadas (por ejemplo las reflexiones autocríticas). De esta forma, se han comparado las características cognoscitivas de sujetos suicidas con relación a sujetos normales. El sujeto suicida presenta distorsión de sus pensamientos, los cuales incrementan la probabilidad de que ocurra el suicidio. Uno de los tipos de distorsión es la tendencia a pensar en términos absolutos de todo o nada: bueno o malo, correcto- incorrecto, hermoso - feo, justo- injusto.

Por otra parte la rigidez cognoscitiva es propia del paciente suicida y no se observa en los sujetos no suicidas con problemas psicossomáticos. La rigidez se mide por la dificultad para desarrollar alternativas positivas a los problemas emocionales (Díaz Del Guante v cols, 1994).

1.3.4 Salud Pública y Suicidio

Para la Organización Mundial de la Salud el suicidio es definido como un acto con resultado fatal, que es deliberadamente iniciado por una persona en contra de sí misma y con el conocimiento o expectativa de que éste le causará la muerte. El suicidio es una conducta agresiva, realizada con el propósito de la autodestrucción, con conciencia de ello, y con la finalidad de lograr la muerte.

INEGI (2004) define al suicidio como a las personas cuyo acto o conducta destruye su propia existencia.

Chavéz (1982) reporta que el suicidio es complejo con factores físicos y psicológicos que actúan e interactúan. Puede decirse que lo que conduce al individuo a formarse la idea de matarse es casi infinito por el número de factores que existen.

Saltjeral y Terroba (1987) explican que el suicidio es una forma de enfermedad mental compleja y difícil de analizar, que incrementa el número de muertes innecesarias en algunos miembros más productivos de la sociedad. Desde la perspectiva epidemiológica el suicidio ha sido definido como un acto dirigido a terminar con la vida de manera autoinflingida y autodeterminada. De esta forma la conducta suicida se deriva de dos tendencias: una que impulsa al individuo a autodañarse y autodestruirse, y otra que lo impulsa a buscar que otros seres humanos muestren preocupación por él, más sin embargo no todos los actos suicidas tienen la muerte como objeto (Narváez, Rosovsky, López (1991).

Borges y cols 1995 refieren a las conductas parasuicidas como actos que suelen ir desde gestos e intentos manipulados, hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida. Comprende actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto, dichas conductas incluyen las siguientes categorías:

1.3.5 Intento de suicidio.

INEGI (2004) refiere al intento de suicidio como a las personas cuyo acto o conducta atenta contra su propia existencia.

Para (O'Carroll y cols., 1996). Se trata de una conducta de auto lesión potencial con un desenlace no fatal para la cual existe evidencia (explícita o implícita de que la persona pretendía, en algún grado, matarse; un intento suicida puede o no resultar en lesiones, respecto al deseo de morir, O'Carroll y cols. mencionan que el 66% de los suicidas realmente no desean morir, sino comunicar un mensaje

dramático respecto su malestar; desde esta perspectiva, sus intentos tienen que ver con ingestión mínima de drogas, donde normalmente se arreglan las cosas para qué se puede intervenir a tiempo.

Borges, Anthony y Garrison (1995) sugieren que el intento no siempre existe un propósito consciente de morir; en ocasiones aparecen múltiples motivos aunados en un intento dificultando la comprensión del fenómeno.

1.3.6 Ideación suicida y Desesperanza.

Según Beck, 1972 citado en Kumar & Steer, (1995), la ideación suicida son los deseos, planes, ideas o pensamientos de un sujeto acerca del suicidio (quitarse la vida), así como de llevarlo a cabo.

La ideación suicida es una construcción cognitiva, manifestada en un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel de conflicto interno (Kienhorts, De Wilde, Van den Bount & Wolters, 1990, citado en Gómez, 1996).

Al igual que la ideación suicida, la desesperanza es otro constructo cuya definición si bien pudiera ser simple, sin embargo, la desesperanza siempre ha sido elemento prioritario de la sintomatología de la depresión por lo que pareciera que no se pueden separar como conceptos.

Beck (1972) define a la desesperanza como actitudes o expectativas negativas acerca del futuro, en donde predominan sentimientos de desesperación y desilusión. La desesperanza es un buen predictor de un riesgo suicida y puede ser más fuertemente asociado con la ideación suicida, en tanto que el intento suicida se relaciona con la depresión (Wetzel, 1976, citado en McIntosch, 1994).

Para O'Carroll y cols. (1996), la desesperanza se refiere a cualquier tipo de pensamiento o pensamientos auto reportados de involucrarse en conductas suicidas; no se incluyen aquellos pensamientos que solo refieran la idea de muerte o deseo de morirse sino pensamientos específicos de matarse.

1.3.7 Plan suicida.

Para Jacobs (1999) se debe explorar hasta dónde el adolescente ha formulado y reportado un plan claro de cómo pretenden quitarse la vida; por ejemplo, si el plan incluye cómo se logrará el suicidio, la disponibilidad del método, la letalidad del método y el tiempo y momento propuestos (incluyendo la probabilidad de ser descubierto y detenido). Un aspecto muy importante es que, en general, el adolescente no es un buen estimador de la letalidad, particularmente de fármacos, por lo que la significancia del método o de la dosis no debe tomarse como un indicador confiable del grado del intento suicida (Myers, Otto, Harris, Diaco & Moreno, 1992).

Kessler, Borges y Walters (1999) reportan que existe un aumento de las probabilidades acumuladas a 34% en la transición de la idea al plan, y de 72% del plan al intento; de la ideación al intento no planeado, la probabilidad acumulada es del 26%. Se ha encontrado que los intentos, ideación y planes suicidas son más comunes que el suicidio consumado.

Es posible entonces abordar el problema desde la prevención del suicidio dirigida a quienes lo han planeado; la sola ideación no es un indicador fuerte de riesgo. (Borges y cols, 1995).

1.3.8 Amenaza suicida.

Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.

Capítulo 2 Epidemiología del intento suicida

2.1 Nivel Internacional

2.1.1 Suicidio

El suicidio hoy en día es un problema importante de Salud Pública en el mundo. Para el año de 1996 en 53 países, la tasa normalizada fue de 15.1. En cuanto a lo que se refiere por sexo, para los hombres fue 24.0 y en mujeres 6.8 por 100 000 habitantes. El suicidio a nivel mundial es más frecuente en hombres que en mujeres, en una proporción acumulada de 3.5 a 1 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

Las tasas de suicidio parecen haber permanecido estables en los últimos 30 años en los países con que cuentan con los datos completos dentro del período de 1970-1996; sin embargo las tasas actuales ocultan importantes diferencias respecto a la distribución tanto por sexo, edad y zona geográfica, y en lo que se refiere a esta última las tasas de suicidio difieren considerablemente por zona, donde la posible explicación se debe a que en los países más desarrollados, es decir aquellos con más de 100 millones de habitantes ofrezcan información más fiable sobre la mortalidad, ya que se cuenta con información relativa de los últimos 15 años. (OMS, 2001)

El consumo de alcohol en países bálticos y la Federación Rusa así como el fácil acceso a sustancias tóxicas como China, India y Sri Lanka, armas de fuego en el Salvador y EUA están fuertemente correlacionadas con las tasas de suicidio. (OMS, 2001)

En lo que respecta específicamente al rubro de los adolescentes, el suicidio es la tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 24 años de edad: 10.4 por cada 100,000 personas. El suicidio además fue la tercera causa de muerte en niños de

entre 10 a 14 años de edad a razón de 1.5 por cada 100 000 niños. La tasa de suicidio para adolescentes entre 15 a 19 fue de 8.2 por cada 100 000 adolescentes (Mini, Kochanek, Murphy & Smith, 2000).

Por otra parte, las tasas de suicidio en latinoamérica son más elevadas en hombres que en mujeres, oscilando entre el 6 y 10 por 100 000 habitantes para el sexo masculino y de 2 a 4 por 100 000 habitantes en el sexo femenino (Anuario Estadístico, OMS, 1995-96).

2.1.2 Intentos de suicidio

Se estima que existe entre ocho y 25 intentos de suicidio por cada suicidio consumado, Los factores de riesgo para el intento de suicidio en adolescentes suelen ser la depresión, el abuso de sustancias (alcohol u otras drogas), abuso físico o sexual así como conductas antisociales (Gould, Veltin & Shafer, 2003).

Para las adolescentes es más frecuente el intento de suicidio, no así el suicidio consumado donde es de 2 a 3 veces más común en hombres. Este fenómeno es atribuible a que los hombres durante la adolescencia son dirigidos a la independencia, mientras que el proceso de separación de la familia es difícil para las mujeres, además la conducta suicida en ellas suele estar más relacionada a una baja autoestima, poco control de impulsos, dependencia y problemas interpersonales. Por otra parte, se reporta mayor sintomatología depresiva la cuál podría estar estrechamente relacionada con estos hechos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2003).

2.2 Nivel Nacional

2.2.1 Suicidio

En México, los perfiles epidemiológicos muestran que los jóvenes son el grupo poblacional con mayor riesgo suicida. La Secretaria de Salud indica que de las 327 muertes por suicidio registrado durante el año de 1995, 12.5% correspondió a población de entre 15 y 19 años, mientras que 20.29% a jóvenes entre 20 y 24 años; y 16.5% de personas jóvenes entre 25 y 29 años (González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina, Fleiz, Bermúdez, & Amador, 2002), sin embargo aunque las tasas de suicidio e intento de suicidio en adolescentes en el país no sean de las más altas, en comparación con las de otros países, no deja de ser el comportamiento suicida un problema importante de salud pública (Borges, Rosovsky, Caballero & Gómez, 1994; Híjar, Rascón, Blanco & López, 1996). El suicidio es la cuarta causa de muerte en la población mexicana de 15 a 24 años (SSA, 1999); no obstante, a pesar de las discrepancias y deficiencias de las diferentes fuentes de información al igual que del subregistro de las estadísticas oficiales, se ha identificado al grupo poblacional de 15 a 24 años residente de zona urbanas en México como el de mayor riesgo suicida (Borges, Rosovsky, Caballero & Gómez, 1994).

Datos más recientes de suicidio del INEGI indican que en el año 2004 existieron 3, 324 suicidios consumados, de los cuales 2, 753 correspondieron para el sexo masculino y 571 para el femenino. En lo que respecta al rango de edad de menos de 24 años 24.03% fueron hombres y 6.9% mujeres. Para el caso de intentos de suicidio reportados en México en el año 2004, considerando que existe un subregistro en ellos, como ocurre en la mayoría de países y sistemas de salud, la proporción en mujeres fue de 26.94%, contra 17.6% en hombres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2005).

De acuerdo a datos aportados por una encuesta nacional de salud mental en población urbana entre 18 y 64 años de edad, el 18% presentó trastornos

afectivos, sobresaliendo la depresión, y el 1.6% comunicó haber intentado suicidarse (Medina-Mora, Rascón, y Tapia, 1992). De acuerdo al sexo, las mujeres intentan con mayor frecuencia quitarse la vida que los hombres, pero éstos presentan mayor número de suicidios consumados (Saltijeral & Terroba, 1987; Medina-Mora, Rascón & Tapia, 1992).

En una revisión llevada a cabo por Mondragón, Borges y Gutiérrez (2001); señalan que las prevalencias de ideación e intento de suicidio reportadas son similares a las observadas en otros países (Diekstra y Garnefski, 1995).

Para el caso de la ideación suicida, las prevalencias internacionales van de 3.4% hasta 52.9% en los adolescentes y adultos mientras que en México el rango es de 1% a 40%. Para intento de suicidio la prevalencia entre la población adolescente varía de 3.0% a 8.3% y en la literatura internacional de 2.2% a 20% entre la población adolescente y la adulta (Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001).

En el Distrito Federal, Medina-Mora, López, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon % Rojas 1994) encontraron que 47% de estudiantes de enseñanza media y media superior (n=3,459) había presentado por lo menos un síntoma de ideación suicida el año anterior al estudio, 17% pensó en quitarse la vida. Asimismo, en dicho estudio se encontró que la ideación suicida se presentó en una proporción ligeramente mayor en las mujeres que en los varones, con pocas variaciones considerando la edad (13 y 19 años), y que los que tuvieron pensamientos suicidas consumían significativamente más drogas que los que no los presentaron.

2.2.2 Intentos de suicidio

En un estudio realizado en una muestra de estudiantes del D.F por López, Medina-Mora, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas (1995), identificaron como factores de riesgo en la ideación suicida al consumo de alcohol y drogas, siendo

más frecuente esta sintomatología en quienes tomaban drogas médicas sin prescripción médica.

De acuerdo a un estudio de tipo comparativo entre mujeres estudiantes de secundaria y mujeres hospitalizadas por intento de suicidio llevado a cabo por González-Forteza, Berenzon, Tello, Facio & Medina-Mora (1998) encontraron que la prevalencia de intento de suicidio en las estudiantes fue de 12% en contraste con el 57% de las que estaban hospitalizadas, las características demográficas que se identificaron como factores de riesgo fueron: estudiar secundaria, sacar bajas calificaciones, deserción escolar y trabajar y estudiar al mismo tiempo.

González-Forteza (1996) en un estudio llevado a cabo en población estudiantil reportó que los intentos de suicidio son mayores en mujeres tanto de nivel medio como medio superior, así mismo en una encuesta realizada en estudiantes de la Ciudad de Pachuca Hidalgo la prevalencia de por vida de intento suicida fue de 10.1% con una proporción de 2:1 de las mujeres (13.3%) sobre los hombres (6.3%); la edad promedio del único/último intento fue de 13 años en ambos sexos en secundaria, en dicho estudio la asociación entre el intento de suicidio y el uso de sustancias estuvo fuertemente vinculada encontrando que el uso de drogas ilícitas fue cuatro veces más grande en hombres con intento (21%) contra un 5% que no consumían drogas y en una proporción similar se encontraron las mujeres con un 11% quienes si consumían, contra un 3% con las que no lo hacían. Además las estudiantes con intento suicida practican menos deportes y tenían poca convivencia familiar. Por otra parte los estudiantes del género masculino con intento de suicidio elevado, son aquellos que reportaron no hacer nada y aburrirse durante su tiempo libre (25%) así como los que van a beber con los amigos (26%) (González-Forteza, Mariño, Mondragón & Medina-Mora, 2000).

De acuerdo a datos aportados por una encuesta de estudiantes de nivel de educación media básica y media superior en el Distrito Federal realizada en 1997

(González-Forteza, Villatoro & Medina-Mora, 2000) mostraron que la edad del único o último intento fue de 12 años en secundaria y 14 en nivel técnico y bachillerato, los principales métodos para el intento fueron la ingestión de medicamentos, autolesión e intoxicarse. Los principales motivos desencadenantes de esta conducta fueron: los problemas familiares, de pareja, malestar depresivo e incomprensión.

En otro estudio realizado en dos escuelas secundarias del Centro Histórico del D.F. en el cual participaron 936 alumnos con una edad promedio de 13.7 años, se encontró como factor de riesgo para el intento de suicidio el abuso sexual, destacando que el 7% de las mujeres y el 2% de los hombres reportaron haberlo experimentado y que el 11% de las mujeres y el 4% de los hombres habían intentado suicidarse. La frecuencia de malestar depresivo y de la ideación suicida en hombres fue de 14% y 15% respectivamente. Así mismo los hombres que habían intentado suicidarse (50%) presentaron malestar depresivo e ideación suicida, mientras que en lo referente a las mujeres se encontró una mayor proporción de malestares en aquellas que habían sido atacadas sexualmente y que habían intentado suicidarse (67%) (González Forteza, Ramos-Lira, Vignau, & Ramírez 2001).

Caballero, Ramos-Lira González-Forteza & Saltijeral (2002) en una encuesta llevada a cabo para determinar la frecuencia de la violencia familiar, así como otras variables de interés en estudiantes de escuelas secundarias mostraron que la violencia familiar tiene una fuerte asociación entre el intento de suicidio principalmente en mujeres maltratadas y que a su vez la violencia esta fuertemente asociada a la sintomatología depresiva en hombres.

En un estudio de prevalencia de intento de suicidio en estudiantes de nivel medio y medio superior de la ciudad de México de 1997 y 2000 realizado por González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleis, Bermúdez & Amador (2002), encontraron que en 1997 la prevalencia de intento de suicidio fue de 8.3% (n=849)

y en el 2000 se incremento a 9.5% (N=1,009), las Delegaciones que tuvieron más prevalencia de intentos de suicidio en 1997 fueron la Cuauhtémoc (11.3%), Tlalpan (10.1%), Iztacalco (9.9%) y Benito Juárez (9.6%) y en el 2000 Benito Juárez (12.3%), Venustiano Carranza (12.1%), Gustavo A. Madero (11.8%) y Cuauhtémoc (10.6%). Esta problemática a su vez fue más frecuente en mujeres (más de 3 por cada hombre), existiendo mayor predominio de intento de suicidio en escuelas privadas en especial en bachillerato.

Finalmente González-Forteza, Ramos-Lira, Caballero & Wagner (2003) en un estudio de correlación entre depresión, ideación e intento suicida en adolescentes estudiantes del Centro Histórico de la Ciudad de México mostraron que los estudiantes con depresión y/o ideación suicida tienen más conflictos con padre/madre, además de tener menor autoestima, ser impulsivos y usar respuestas de enfrentamiento agresivas. La prevalencia de intento de suicidio fue en hombres del 7% y en mujeres del 17%. Los estudiantes impulsivos presentaron más riesgo con antecedente de intento de suicidio. En lo que respecta a género los hombres con estilos de afrontamiento agresivos fueron fuertemente asociados con mayor intento suicida mientras que las mujeres el tener conflictos con su padre o madre presentan un riesgo mayor.

Capítulo. 3 Método

3.1 Justificación

La adolescencia, como etapa de desarrollo de todo individuo, es una etapa dolorosa en la que el adolescente pasa por cambios difíciles que le pueden llevar a producir ansiedad y depresión.

En esta etapa se suele entrar en conflictos directos con las figuras de autoridad, con los patrones establecidos, con las sensaciones y sentimientos que se experimentan de manera cotidiana, además de experimentar diversas presiones tanto sociales, escolares, como las propias expectativas que tienen los padres hacia ellos. Todas estas conductas pueden considerarse como “normales” dentro de esta etapa, por otra parte en innumerables ocasiones se da por un hecho que estos estados de ánimo pueden ser pasajeros y que se pueden resolver por sí solos o en su defecto con un poco de ayuda de índole profesional; sin embargo, estos estados en muchas ocasiones en el adolescente suelen ser sólo una parte de un encubrimiento de malestares severos y quizás de problemáticas mucho más profundas, que pueden complicar el desarrollo individual adecuado y desencadenar consecuencias negativas de enfrentar y por lo tanto de manejar.

Dentro de estas problemáticas que suele presentarse con mayor frecuencia dentro de la adolescencia, son las lesiones auto deliberadas que incluyen el intento de suicidio, el cual es una conducta significativa del adolescente. Por el contexto emocional que la puede envolver, el intento de suicidio puede conllevar a síntomas depresivos como vivencia existencial así como una verdadera crisis durante la adolescencia. La ambivalencia en torno a la idea de la propia muerte en el adolescente suele ser frecuente; sin embargo, hay que distinguir entre el adolescente que piensa en el suicidio, inclusive, como una idea “romántica”, y aquél que realmente lo lleva a cabo.

Durante esta etapa, el adolescente suele sentirse muy inseguro en razón de su desarrollo corporal y, en ocasiones, puede llegar a sentir “que su cuerpo es algo aparte de él”. De hecho, siente la necesidad de dominar su cuerpo que se encuentra en constante cambio; pero como puede vivir su cuerpo como un objeto casi externo y extraño, es quizás posible que en intento suicida su cuerpo no es el que realmente recibe la agresión ni que canaliza hacia él sus tendencias agresivas y destructivas.

Existen diversos estudios que señalan que la gente joven de entre 14 a 18 años de edad, puede presentar trastornos depresivos y conductas de riesgo para su salud como: adicciones, delincuencia, violencia, etc. La presencia de estos malestares también conlleva a un bajo rendimiento escolar, trastornos de la conducta alimentaria, ánimo bajo y otros padecimientos que afectan la salud mental en el adolescente, los cuales al no ser tratados de manera correcta y oportuna por personal profesional tienen un impacto desfavorable sobre su desarrollo normal y para un funcionamiento saludable en un medio permeado por las exigencias de la vida “sana”.

Finalmente la realización de este trabajo de investigación responde al interés de indagar en torno de la sintomatología depresiva y su posible relación con las lesiones auto inflingidas deliberadamente que incluyen al intento de suicidio en una muestra de estudiantes adolescentes de dos escuelas secundarias del Centro Histórico de la Ciudad de México.

3.2 Planteamiento del Problema.

De acuerdo a la literatura, se reporta que la población adolescente actualmente se encuentra en mayor riesgo de cometer un acto suicida por lo que se plantea la siguiente interrogante:

¿Qué relación existe entre la sintomatología depresiva y los intentos de suicidio?

3.3 Objetivo General:

Estimar la presencia de intentos de suicidio, y su relación con la sintomatología depresiva, en adolescentes estudiantes de secundaria en el Centro Histórico de la Ciudad de México.

3.4 Objetivos específicos:

En hombres y en mujeres:

- a) Describir la prevalencia y las características de los intentos de suicidio
- b) Describir la prevalencia y las características de la sintomatología depresiva
- c) Identificar la relación entre los intentos de suicidio y la sintomatología depresiva.

3.5 Tipo de estudio:

Descriptivo, transversal, ex post-facto

3.6 Variables

Variable dependiente: Intentos de suicidio

Variable independiente: Sintomatología depresiva

3.7 Hipótesis:

1. Existe una proporción mayor de mujeres adolescentes que presentan intentos de suicidio, dentro de las dos escuelas secundarias del Centro Histórico de la Ciudad de México.
2. Existe una proporción mayor de mujeres adolescentes que presentan sintomatología depresiva. Dentro de las dos escuelas secundarias del Centro Histórico de la Ciudad de México.
3. Existe una relación entre los adolescentes con intento suicida y la sintomatología depresiva.

3.8 Metodología

Se seleccionaron a todos los estudiantes de dos escuelas secundarias del Centro Histórico de la Ciudad de México (N=792), previo consentimiento de las autoridades escolares. Estas escuelas se eligieron: 1) por presentar respectivamente los índices de reprobación de más altas materias por alumno, 2) por hallarse geográficamente cercanas, y 3) por ser las de mayor índice matricular en la zona.

Respecto a las características sociodemográficas de la población de estas escuelas, se comprobó que dos de cada tres alumnos vivían en la Delegación Política Cuauhtémoc y que la mayoría asistía a estas escuelas del Centro probablemente por que sus padres trabajan en esa zona. En lo que respecta a la ocupación del padre, uno de cada tres es comerciante, una tercera parte labora en oficinas o establecimiento, en cuanto a lo que corresponde a las madres una de cada cuatro es empleada de oficina o establecimiento y una de cada cinco es comerciante. En el rubro de escolaridad en cuanto a los padres se encontró que la mayoría de las madres tenían solo educación primaria y no así con la escolaridad de los padres ya que ellos habían cursado secundaria e incluso bachillerato, carrera técnica y universidad. (González-Forteza, Ramos-Lira, Caballero, y Wagner. 2002)

3.9 Instrumento

Con base en todo esto la redacción del indicador de conducta suicida para este estudio no contuvo la palabra “intento” con la finalidad de evitar la confusión con la palabra “Intención”.

Lesiones Autoinflingidas Deliberadamente, que incluyen Intentos suicidas:

Se evaluó con indicadores previamente probados en estudios anteriores. Las categorías de análisis para detectar la frecuencia de LADs alguna vez en la vida fueron las siguientes:

1. LAD (Intento suicida) definido: Cuando contestó afirmativamente a la pregunta: *“¿Alguna vez, a propósito te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño, con el fin de quitarte la vida?”* Y respondió las siguientes preguntas: número de veces, edad a la que lo intentó, los motivos y los métodos.
2. LAD (Intento suicida) probable: Cuando contestó afirmativamente a la pregunta arriba señalada, pero no respondió por lo menos una de las siguientes preguntas; o bien, se registró solo la **intención** de tratarse de quitarse la vida, pero sin llegar a ponerla en práctica, por ejemplo: “Me iba a tomar unas pastillas”.
3. Sin LAD (intento suicida): se refiere a la respuesta negativa a la pregunta.

Lesiones Autoinflingidas Deliberadamente (que incluyen los intentos suicidas) se indagó con las preguntas: *“¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado, etc. con el fin de quitarte la vida?”* y *“¿Qué edad tenías la única o última vez que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida?”*. Es importante señalar que las preguntas aplicadas se derivan de una encuesta anterior en estudiantes (González-Forteza, 1996) en donde la pregunta fue redactada de la siguiente forma “ ¿ Alguna vez te has intentado suicidar?. . La cual al analizar esta información y posteriormente contrastarla con las respuestas de formato abierto se obtuvieron acerca de “¿Cómo lo intentaste?” donde fue detectada una confusión de índole semántico, ya que para algunos adolescentes dicha pregunta la interpretaban como al hecho de haberlo intentado es decir, el haberse provocado un daño físico con la finalidad de quitarse la vida, por otra parte otros entendían la pregunta bajo la connotación de solo haberlo pensado más no

intentado hasta el momento, debido quizás a un arrepentimiento o de solo ser una idea o pensamiento Derivado de esta experiencia, es que se modifica la redacción del indicador de conducta suicida eliminando la palabra “intento” para evitar que sea confundida con “intención”. De este modo queda más claro el indicador de la conducta suicida y más cercana al concepto de lo que denomina la literatura científica como “intento de suicidio”

La Cédula de Indicadores Parasuicidas -CIP- (González-Forteza, C., 1996., González-Forteza, C., y cols 2003, González-Forteza y cols 1998) está integrada por las siguientes preguntas:

Preguntas	Respuesta	Indicador
<i>¿Alguna vez, te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño, con el fin de quitarte la vida?</i>	Si Nunca lo he hecho	1 2
<i>¿Cuántas veces te has herido, cortado intoxicado o hecho daño, con el fin de quitarte la vida?</i>	Lo he hecho Nunca lo he hecho98	____ 98
<i>¿Qué edad tenías la primera vez o única vez que te hiciste daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?</i>	Tenía Nunca lo he hecho98	____años 98
<i>¿Qué edad tenías la última vez que te hiciste daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?</i>	Tenía Nunca lo he hecho	____años 98
<i>Esa última vez que te hiciste daño con el fin de quitarte la vida, ¿Querías seguir viviendo, no te importaba, si vivías o morías, o querías dejar de vivir?</i>	No quería morir, quería seguir viviendo No me importaba si vivía o moría Quería dejar de vivir Nunca lo he hecho	1 2 3 98
<i>¿Qué te motivó a hacerlo? Anota tu respuesta en las líneas</i>	_____ Nunca lo he hecho	98
<i>¿Para qué lo hiciste? Anota tu respuesta en las líneas</i>	_____ Nunca lo he hecho	98
<i>¿Cómo lo hiciste? Anota tu respuesta en las líneas</i>	_____ Nunca lo he hecho	98

Sintomatología depresiva:

La sintomatología depresiva fue evaluada mediante la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de Depresión CES-D (Radloff, 1977)¹, dicha escala esta integrada por 20 reactivos con el propósito de establecer el nivel actual de sintomatología depresiva en adultos de población general. En esta sección se indaga sobre las manifestaciones conductuales y sentimientos en torno a la expresión patoplástica de la depresión, para que se registre su presencia y duración durante la semana anterior. Por ello, las opciones de respuesta son 0= ningún día, 1= 1-2 días, 2= 3-4 días y 3= 5-7 días de la semana pasada. Es así que el rango teórico es de 0 a 60, donde a mayor puntaje mayor sintomatología depresiva.

En estudios con niños y adolescentes se han encontrado calificaciones más elevadas en adolescentes que en adultos (Randolff, 1991) los resultados obtenidos en esta población apuntan hacia un instrumento válido y confiable en adolescentes.

Esta escala ha su vez a demostrado su confiabilidad a través de su consistencia interna en estudiantes mexicanos de educación media y media superior: alfa =n .84 a alfa=.90, (González Forteza, C., 1996; Mariño MC., Medina-Mora, ME., Chaparro y González , 1993,).

En un estudio realizado por Benjet,C., Hernández, L., Tercero, G., Hernández-Roque, A., y Chartt, R., (1999) encontraron en un estudio de validez y confiabilidad del CES-D en población peri-púberes que la media y consistencia interna de los participantes escolares de población general obtenidas fueron consistentes con las documentadas para adolescentes mexicanos de más edad (Mariño y cols 1993), para los escolares de población general se encontró una media de 16.4 d.e 10.2 y

una consistencia interna de $\alpha = .85$. Las mujeres posmenarcas presentaron puntajes mayores que las premenarca.

Reyes-Ortega, Soto-Hernández, Milla-Keggel, García-Ramírez, Hubard-Vignau, Mendoza-Sánchez, Mejía-Garza, García-Peña y Wagner, (2003) en un estudio llevado a cabo en población geriátrica del Instituto Mexicano del Seguro Social encontraron que la confiabilidad de la escala fue buena, con un alfa de Cronbach de 0.90, y que de acuerdo con las respuestas obtenidas, se estima que cuatro de cada diez entrevistados manifestaron síntomas depresivos.

En otro estudio llevado a cabo por González-Forteza, C., Ramos-Lira, L., Wagner, F., & Tapia, A. 2007 al validar y confiabilizar la versión revisada del CED-R en adolescentes estudiantes de 2 escuelas de educación media de la ciudad de México de los ciclos 2003 - 2006 y cuya muestra estuvo constituida por 1,549 alumnos con una media de edad de 14 años de edad y una d.e. 1.2, de los cuales 54% fueron hombres y 46% mujeres, encontraron que al aumentar 15 reactivos más a la escala original de 20 el análisis factorial dio como resultado 6 factores que fueron: ánimo deprimido, afecto positivo 1, inseguridad emocional y problemas interpersonales, somatización, afecto positivo 2 y actividad retardada. La Escala probó su validez concurrente, validez externa y consistencia interna en los estudiantes adolescentes ya que tuvo características psicométricas siendo como resultado un instrumento de tamizaje fiable para la detección oportuna de casos probables de depresión.

3.10 Procedimiento y Consideraciones éticas

Los cuestionarios fueron aplicados en forma grupal en los salones de clase de ambas secundarias, previa autorización de la Secretaría de Educación Pública y de los directores y maestros de cada plantel escolar. Se solicitó la participación voluntaria de los estudiantes, garantizándoles absoluto anonimato en el manejo de

la información. No hubo rechazos, participó toda la población escolar de cada escuela.

3. 11 Resultados

La muestra estuvo constituida por un total de 792 alumnos provenientes de dos escuelas secundarias localizadas en Centro Histórico de la Ciudad de México, de los cuales 414 fueron hombres (52.3%) y 378 mujeres (47.7%); la media de edad global fue de $\bar{X}=13.7 \pm .97$; en hombres fue de $\bar{X}=13.7 \pm .96$ y en mujeres fue de $\bar{X}=13.8 \pm .97$.

Características sociodemográficas de la muestra.

La escuela secundaria que tuvo mayor participación de alumnos fue la N° 7 con 541 (68.3%) sujetos, y la N°1 con 251 (31.7%). En global, el grado escolar que cursaban en ese momento estuvo distribuido proporcionalmente por 276 alumnos en primer grado (34.8%), 269 en el segundo (34.0%) y con 247 en el tercer grado (31.2%).

En la Tabla 1 se puede observar que el 81.6% de los hombres y el 76.5% de las mujeres vivían con ambas figuras paternas o sustitutos. Cabe señalar que el 20.7% de la muestra global sólo contaba con mamá o sustituta. La edad del papá o sustituto fue de $\bar{X} 41.8 \pm 8.6$ años y la de la mamá o sustituta fue ligeramente menor de $\bar{X} 39.5 \pm 6.9$ años de edad

Tabla 1

Características de con quién viven los estudiantes, según sexo

	Hombres		Mujeres	
	f	%	f	%
Viven con ambos padres o sustitutos	338	81.6	289	76.5
	Global			
Vive sólo con madre o sustituta	f	%		
Global=Hombre/Mujer	164	20.7		

Nota: no suman 100% , debido a los omitidos

En la Tabla 2 se aprecia que la mayoría de los estudiantes de secundaria fueron alumnos de tiempo completo (81.6% y 83.3%), seguido de los de medio tiempo (16.0% y 13.2%). En cuanto al rubro sobre si habían trabajado y percibido un sueldo mientras estudiaban, el 81.2% de los hombres y el 90.1% de las mujeres no trabajaron, sólo un 2.7% de los hombres y un 2.2 % de las mujeres reportaron haber trabajado tiempo completo percibiendo un salario.

Tabla 2

Características ocupacionales de la muestra, según sexo

	Hombres		Mujeres	
	f	%	f	%
La mayor parte del año pasado fue estudiante				
Tiempo completo	336	81.6	315	83.3
Medio Tiempo	66	16.0	50	13.2
No estudió	10	2.4	13	3.4
La mayor parte del año pasado trabajó recibiendo sueldo				
No trabajó	332	81.2	335	90.1
Trabajó medio tiempo	66	16.1	29	7.8
Trabajó tiempo completo	11	2.7	8	2.2

Prevalencia y características de las lesiones auto inflingidas deliberadamente LAD (que incluyen los intentos suicidas) en la muestra según sexo.

En al Tabla 3 se observan las prevalencias por sexo, rangos de edad y grado escolar, donde se aprecia que el 5.7% fueron hombres y 16.0% fueron mujeres

que reportaron haberse cortado o intoxicado o hecho daño a propósito alguna vez con el fin de quitarse la vida, la edad de mayor porcentaje que presento LAD's fue la de 12 a 14 años, siendo luego entonces el mayor número de reportes registrados en el último año de secundaria con un 38.6%.

Tabla 3

Prevalencia de Lesiones Autoinflingidas Deliberadamente -LAD- en la muestra, según sexo

		Alguna vez te has cortado, intoxicado, etc. Intento suicida alguna vez en la vida n= 83	
		f	%
Sexo	Hombre	23	5.7
	Mujer	60	16.0
Rangos de edad	12 a 14 años	57	68.7
	15 y 16 años	26	31.3
Grado escolar	1º	31	37.3
	2º	20	24.1
	3º	32	38.6

Características de las Lesiones Autoinflingidas Deliberadamente -LAD- (que incluyen los intentos suicidas) en la muestra, según sexo.

Por lo que se refiere a la frecuencia de Lesiones Autoinflingidas (LAD), la Tabla 4 muestra que casi las tres cuartas partes de los hombres y más de la mitad de las mujeres reportaron haberse dañado a sí mismos con el objetivo de quitarse la existencia dos o más veces (conducta parasuicida recurrente): 72.2% y 52.5% respectivamente, por lo tanto, una proporción no menos significativa reportaron haberlo hecho sólo una vez en la vida (incidencia única de conducta parasuicida) 27.8% y 47.5%.

Tabla 4

**Número de veces en la vida de Lesiones Auto inflingidas Deliberadamente
(LAD)
según sexo**

	Hombres		Mujeres	
	f	%	f	%
Única vez (única)	5	27.8	28	47.5
Dos o más veces (recurrente)	13	72.2	31	52.5

$\chi^2 = 2.18$; gl= 1; p= 140

En lo que respecta al tiempo entre la primera y última LAD, la Tabla 5 muestra que el lapso en los hombres fue de alrededor de un año, ya que la primera vez se autolesionaron intencionalmente a los $\bar{X} = 10.1$ años ± 1 y la última vez a los $\bar{X} = 11.3 \pm 2.7$; en tanto que para las mujeres de un lapso de poco menos de un año, con una edad de inicio de los $\bar{X} = 12.1 \pm 1.8$ y la última vez a los $\bar{X} = 12.9 \pm 1.6$. Cabe señalar que en estas edades los estudiantes están generalmente en los dos últimos años de educación primaria (5º y 6º grado) o en la educación secundaria (1º y 2º grados). Dado que actualmente la edad promedio global de los estudiantes en la época de la encuesta era de $\bar{X} = 13.7 \pm .97$, la última LAD en la mayoría de los varones ocurrió hace tres años ; mientras que en la mayoría de las mujeres ocurrió aproximadamente hace un año, lo que indica que las últimas LAD's ocurrieron cuando los varones estudiaban aún la primaria, mientras que las mujeres se encontraban en el primer grado de secundaria, en promedio.

Tabla 5

**Edades de ocurrencia de las LAD
Según sexo**

	Hombres		Mujeres	
	\bar{X}	De	\bar{X}	De
Edad actual	13.3	1.0	14	0.8
Edad LAD primera vez	10.1	2.9	12.1	1.8
Edad LAD última vez	11.3	2.7	12.9	1.6

	t	gl	P
Edad primera vez Hombres vs Mujeres	.466	22.16	.646
Edad ultima vez Hombres vs Mujeres	.551	22.12	.587
Edad primera vez vs. última vez Hombres	-2.83	22	.010
Edad primera vez vs. última vez Mujeres	-5.42	58	.000

Motivos: La Tabla 6 presenta los motivos que reportaron los estudiantes con respecto a su única o última LAD. Dado a que son respuestas en formato abierto, éstas fueron analizadas para conformar categorías conceptuales: Esfera Emocional: hombres = 56.5%, mujeres = 36.7, Esfera hterpersonal: hombres = 21.7% mujeres = 60%. En lo que respecta a la Esfera emocional, se puede observar que el motivo más frecuente para ambos sexos fue el Rechazo familiar 26.3% y 8.5% respectivamente, en tanto que para la Esfera Interpersonal la violencia familiar fue el motivo que más prevaleció para ambos sexos (hombres 15.8% y mujeres 25.4%).

Tabla 6

Motivos para LAD, según sexo

n= 83

Motivos	Hombres (n=23)		Motivos	Mujeres (n=60)	
	f	%		f	%
ESFERA EMOCIONAL*	13	56.5	ESFERA EMOCIONAL*	22	36.7
Rechazo, desprecio	5	38.5	Rechazo, desprecio	5	22.7
Problemas personales	3	23.1	Problemas personales	5	22.7
Por llamar la atención	2	15.4	Incomprensión familiar	3	13.6
Depresión, tristeza	1	7.7	Soledad	2	9.1
Presión familiar	1	7.7	Enojo	2	9.1
Entenada	1	7.7	Depresión, tristeza	1	4.5
			Desesperanza	1	4.5
			Miedo, rechazo a su vida	1	4.5
			Entenada	1	4.5
			Presión familiar	1	4.5
ESFERA INTERPERSONAL**	5	21.7	ESFERA INTERPERSONAL**	36	60.0
Violencia familiar	3	60.0	Violencia familiar	15	41.7
Problemas pares	1	20.0	Problemas familiares	15	41.7
Consumo de alcohol	1	20.0	Problemas con el novio	4	11.1
			Problemas en la escuela	2	5.6
OTRAS RESPUESTAS	1	21.8	OTRAS RESPUESTAS	1	3.3

X²= 1.93

gl=1 p=.164*

X²= 8.26

gl= 1 p=.004**

Métodos: La Tabla 7 muestra que la mayoría de los hombres y las mujeres utilizaron objetos punzo cortantes para hacerse daño (hombres 36.8% y mujeres 35.6%), seguidos por pastillas y/o medicamentos aunque estos fueron más predominantes en las mujeres con un 47.5% y en hombres 26.3%. Cabe señalar que los varones reportaron un 21.1% de aventarse al vacío desde un edificio, en contraste con el 5.1% de las mujeres.

Tabla 7

**Métodos de las LAD
según sexo**

Método	Hombres (N=19)		Método	Mujeres (N=59)	
	f	%		f	%
Objeto punzo cortante	7	36.8	Pastillas- medicamentos	28	47.5
Pastillas- medicamentos	5	26.3	Objeto punzo cortante	21	35.6
Aventarse al vacío de un edificio	4	21.1	Aventarse al vacío de un edificio	3	5.1
Intoxicación por gas o veneno	1	5.3	Golpes	1	1.7
Pegarse con una piedra	1	5.3	Intoxicación por gas o veneno	1	1.7
			Arañones	1	1.7
			Ahogarse	1	1.7
			Asfixia	1	1.7
			Dejar de comer	1	1.7
			No especificado	1	1.7

Nota: Sólo se obtuvieron los porcentajes de los casos válidos.

Propósitos: La Tabla 8 presenta los propósitos agrupados por categorías: 1) Hacia sí mismos: hombres= 52.2%, mujeres=53.8% y Hacia otros: hombres=13.0%, mujeres=21.7%. Donde se puede observar que en los propósitos hacia si mismos el motivo que prevaleció para ambos sexos fue el de dejar de sufrir sin diferencias significativas, en tanto que en la categoría de hacia otros ambos sexos reportaron haberse involucrado en el LAD para causar sufrimiento y tristeza (hombres 66.7%) y como una forma de llamar la atención (mujeres 61.5%).

Tabla 8

**Propósitos de las LAD
Según sexo**

Propósito	Hombres (N=23)		Propósito	Mujeres (N=60)	
	f	%		f	%
HACIA SI MISMO*	12	52.2	HACIA SÍ MISMO*	35	58.3
Dejar de sufrir	7	58.3	Dejar de sufrir	21	60.0
Minusvalía culpa	2	16.7	Quitarse la vida dejar de vivir	4	11.4
Para no causar problemas	1	8.3	Para no causar problemas	4	11.4
Morir	1	8.3	Minusvalía culpa	2	5.7
Quitarse la vida dejar de vivir	1	8.3	Morir	2	5.7
			Escapar	2	5.7
HACIA OTROS**	3	13.0	HACIA OTROS**	13	21.7
Provocar tristeza, sufrimiento	2	66.7	Para llamar la atención	8	61.5
Llamar la atención	1	33.3	Provocar tristeza, sufrimiento	3	23.1
			Para desahogarse, desquitar coraje	1	7.7
			Para experimentar	1	7.7

X2= 0.67 gl=1 p= .795*
X2= .337 gl=1 p=.562**

Deseo de Muerte: La Tabla 9 muestra que el de deseo de muerte fue similar en ambos sexos, ($\chi^2= 1.714$ $gl= 2$ $p= .424$). La mayoría contestó que no les importaba si vivían o morían (hombres= 65% y mujeres= 53.3%), seguido de los que no querían morir (hombres 25.0%, mujeres 23.3%); y por último, los que querían dejar de vivir (hombres 10.0% y mujeres 23.3%). Con base en la definición conceptual de intento suicida, entonces queda identificado que de la muestra con LAD, el 10.0% de los hombres (1 de cada 10) y el 23% de las mujeres (casi 1 de cada 4) intentaron suicidarse.

Tabla 9

**Deseo de morir, dejar de vivir en las LAD
según sexo**

	Hombres (N=20)		Mujeres (N=60)	
	f	%	f	%
No me importaba si vivía o moría	13	65.0	32	53.3
No quería morir, quería seguir viviendo	5	25.0	14	23.3
Quería dejar de vivir	2	10.0	14	23.3

$\chi^2= 1.714$ $gl= 2$ $p= .424$

Prevalencia de la sintomatología depresiva elevada actual en la muestra de estudiantes con LAD.

En la Tabla 10 se observa la prevalencia de sintomatología depresiva elevada para distinguir probable caso y probable no caso en quienes reportaron LAD alguna vez en su vida ($n= 23$ hombres y $n= 60$ mujeres). Cabe hacer mención que esta clasificación se obtuvo al organizar por cuarteles las clasificaciones de la escala CESD-R donde el cuarto cuartil fue considerado como la sintomatología depresiva más elevada presentada por los alumnos en cada sexo y como probable caso, el puntaje de corte fue en hombres de $=37$ y en mujeres $= 59$. Así mismo

quienes no puntuaron para ser tomados como probable no caso, en los hombres fueron aquellos con un puntaje de 0 a 36 y en tanto que para las mujeres los probables no casos puntuaron de 0 a 58.

Así pues, la Tabla 10 muestra que los alumnos que reportaron mayor sintomatología depresiva actual representan el 24.0% de los hombres y el 76.0% por mujeres, siendo entonces más de la mitad de la muestra quienes presentaron dicha sintomatología elevada. En lo que respecta al rango de edad, ésta fue observada con mayor frecuencia en el de 12 a 14 años, y a su vez fue muy similar para los tres grados escolares donde el 38.0 % se encontró dentro del primer grado, 26.0 % para el segundo y 36.0% para el tercer grado escolar.

Tabla 10

**Prevalencia de sintomatología depresiva elevada
según sexo**

		Caso de depresión con base al cuarto cuartil por sexo de CES-D	
		Probable caso n=50	
		f	%
Sexo	Hombre	12	24.0
	Mujer	38	76.0
Rangos de edad	12 a 14 años	32	64.0
	15 y 16 años	18	36.0
Grado escolar	1º	19	38.0
	2º	13	26.0
	3º	18	36.0

Características de la sintomatología depresiva elevada actual, según sexo.

En la Tabla 11 se aprecian las características de la sintomatología depresiva elevada, por factores obtenidos (Tapia, 2002) de la Escala CESD-R, los cuales se

agruparon en 6 factores. El factor Afecto deprimido fue estadísticamente significativo dado que las mujeres presentaron este tipo de afecto con mayor puntaje: 10.5 ± 6.4 vs 5.4 ± 5.2 de los hombres. El factor Afecto positivo 2 mostró mayor significancia, dado que en los varones el puntaje medio fue de 4.8 ± 3.5 vs. 4.3 ± 3.3 de las mujeres, el Afecto actividad retardada también fue significativamente mayor en las mujeres: 8.7 ± 6.3 en comparación con los hombres: 5.0 ± 4.6 .

Tabla 11

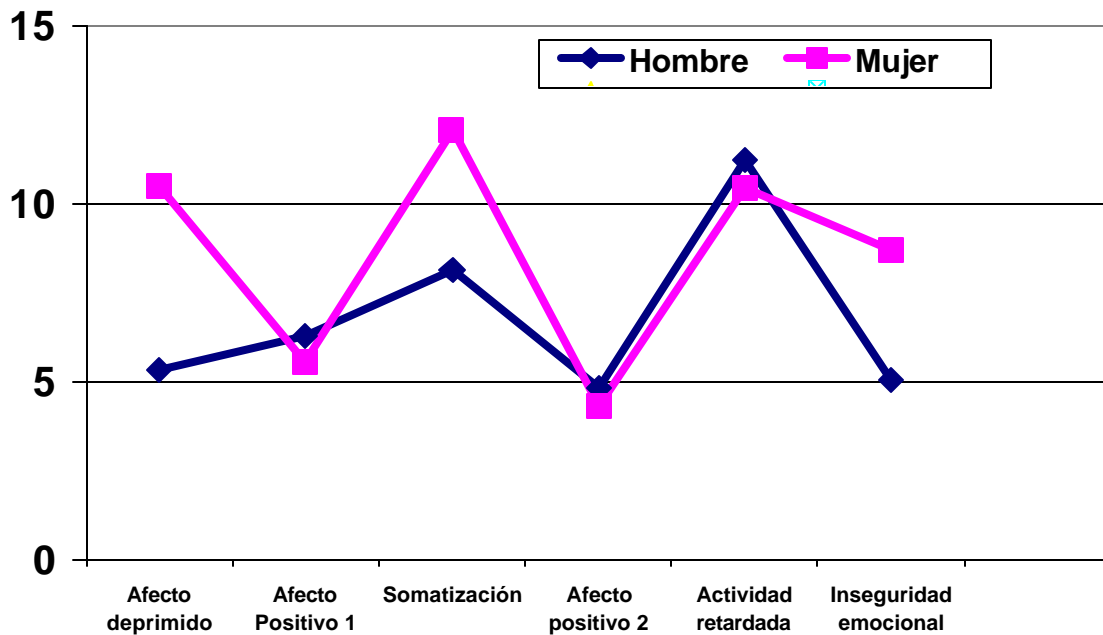
**Características de la sintomatología depresiva según sexo
Intento suicida alguna vez en la vida**

	Hombres		Mujeres	
	Media	de	Media	de
Afecto deprimido	5.35	5.18	10.49	6.37 ¹
Afecto positivo 1	6.29	4.67	5.54	3.70 ²
Somatización	8.14	6.27	12.04	6.68 ³
Afecto positivo 2	4.83	3.50	4.31	3.26 ⁴
Inseguridad emocional	11.2	9.6	16.6	10.4 ⁵
Actividad retardada	5.04	4.57	8.68	6.31 ⁶

t= -3.45	gl= 80	p=.001 ¹
t= .737	gl= 78	p=.463 ²
t= -1.83	gl= 72	p=.071 ³
t= -2.35	gl= 76	p=.021 ⁴
t= .629	gl= 79	p=.531 ⁵
t= -2.88	gl= 55.3	p= .006 ⁶

Grafica 1

Comparación de los puntajes medios en cada sexo



Relación entre LAD (intento suicida) y sintomatología depresiva elevada.

En la Tabla 12 se muestra la relación entre el intento suicida LAD y la sintomatología depresiva por cuarteles, donde el primer cuartil para hombres tuvo un puntaje de 0 a 17 (13%) y para mujeres de 0 a 22 (10%), el segundo cuartil se ubicó para los hombres de 18 a 25 (17.4%) y en mujeres fue de 23 a 35 (13.3%), el tercer cuartil los puntajes para hombres fluctuaron entre los 26 a 36 (17.4%), mientras que para las mujeres fueron de 36 a 58 (13.3%) mientras que el último cuartil fue el puntaje mayor para hombres fue de 37 a 101 (52.1%) y en las mujeres de 59 a 135 (63.3%). Como se puede observar el, último cuartil fue el más representativo donde la mayoría de los estudiantes que presentaron intento de suicidio tuvieron el mayor porcentaje, indicando que actualmente son probables casos de sintomatología depresiva elevada.

Tabla 12

Relación entre LAD (intento suicida) y Sintomatología depresiva según sexo

CESD-R cuartiles	Hombres 23			Mujeres 60		
	puntajes	f	%	puntajes	f	%
1	0-17	3	13.0	0-22	6	10
2	18-25	4	17.4	23-35	8	13.3
3	26-36	4	17.4	36-58	8	13.3
4	37-101	12	52.2	59-135	38	63.3

3.12 Discusión y Conclusiones

A continuación se presenta la discusión de los resultados obtenidos, conforme a los objetivos de la tesis.

Descripción de la prevalencia y características de las Lesiones Autoinflingidas que incluyen los intentos de suicidio .

Diversos estudios sobre intentos de suicidio en adolescentes, coinciden en que esta etapa donde existe un mayor riesgo para cometer lesiones autoinflingidas deliberadamente (LAD's), debido a los cambios que experimentan los jóvenes, así como un momento para adquirir habilidades que les permita enfrentar la vida, por otra parte los intentos de suicidio suelen estar fuertemente asociados con síntomas depresivos y son más comunes en población femenina, (Saltijeral & Terroba, 1987; Medina- Mora, Rascón, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo & Gómez 1992; O'Carroll, Berman, Maris, Moscicki, Tanney & Silverman 1996; González-Forteza, 1996; González Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón & Medina-Mora, 1988; González-Forteza, Berenzon, Tello; Facio & Medina-Mora, 1998; Olsson & Von Knorring 1999;González-Forteza, Mariño, Mondragón, & Medina-Mora, 2000; González-Forteza, Villatoro & Medina-Mora 2000; González-Forteza, Ramos, Vignau & Ramírez, 2001; Guerlein 2001; Caballero, Ramos, Gonzalez-Forteza & Saltijeral, 2002;González-Forteza, Ramos, Caballero & Wagner, 2003; Gould, Greenberg, Velting & Shafer 2003; González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, Bermudez & Amador, 2005)

Puesto que la conducta parasuicida involucra una gama de conductas, en este estudio no referimos a las LAD's como una construcción conceptual amplia que incluye a los intentos de suicidio. Guerlein y et al. (2001) señala que un elemento que puede distinguir a los intentos de suicidio es la intencionalidad que está detrás de las LAD's, tal como puede ser el deseo de morir; teniendo esto presente, en un sentido estricto, la prevalencia de los intentos de suicidio en esta tesis en

estudiantes de dos escuelas secundarias del Centro Histórico de la Ciudad de México fue de 5.7% en hombres y 16% en mujeres, el rango de edad fue de 12 a 14 años, siendo luego entonces el mayor número de reportes registrados durante el último año de educación secundaria, lo cual concuerda con la literatura antes mencionada.

Gould y et al., (2003) en un estudio que realizaron reportaron entre 8 y 25 intentos de suicidio por cada suicidio consumado; en tanto que para la OPS, (2003) los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres, sin embargo los hombres lo consuman más (2 a 3 veces). Los resultados de esta Tesis demostraron que la conducta para-suicida recurrente (2 o más veces) se manifestó en más de la mitad de la población varonil 52.2% y en tres cuartas partes de la población femenil 72.2%. En tanto que 27.8% de los hombres y 47.5% de las mujeres reportaron haberlo hecho solo una vez en la vida conducta parasuicida única.

Puesto que esta Tesis exploró las LAD's que habían ocurrido "en algún momento en la vida del adolescente" se determinó la edad de la única/última vez que ocurrió en los adolescentes y los resultados demostraron que el lapso la primera y última LAD's por sexo fue: hombres alrededor de un año 10.1 vs 11.3 y en mujeres poco menos del año 12.1 vs 12.9. El hecho de que los estudiantes hubiesen reportado haber tenido más de dos LAD's (conducta suicida recurrente) resalta la necesidad urgente de ocuparse de esta problemática en esta población escolar específica. Esta Tesis también demostró que la mayor parte de las LAD's ocurrieron en los hombres entre los dos últimos niveles de educación primaria (5º y 6º grado), mientras que en las mujeres en los dos primeros años de educación secundaria (1º y 2º). Estos datos muestran que es de suma importancia implementar estrategias preventivas tanto en las escuelas primarias como secundarias y que en el nivel elemental, sería de utilidad orientar esfuerzos hacia la promoción de la salud mental antes de que ocurran las LAD's. Estos datos coinciden con los identificados en las mediciones en población escolar con muestras representativas realizadas en 1997-2000 (González-Forteza y et al., 2002).

Entre los motivos para las LAD's reportados por los estudiantes, los que involucraron a la esfera emocional fueron frecuentes en los hombres con un 56.5% vs. mujeres 36.7%, en tanto que la esfera interpersonal fue más predominante para las mujeres con un 60% vs hombres (21.7%). Es importante considerar que dentro de la esfera emocional, los motivos para las LAD's se pueden atribuir a depresión, ira, soledad y baja autoestima. Cabe hacer mención que ésta fue más alta en hombres que en mujeres donde informaron haber sentido rechazo familiar y falta de cariño. Estos resultados también son congruentes con los datos encontrados en las Encuestas realizadas en la Ciudad de México, por lo cual es importante orientar esfuerzos de prevención hacia el manejo de sentimientos relacionados con soledad, vulnerabilidad en ambos sexos , sobre todo en varones donde por su condición de género tienden a no poder expresar estos sentimientos de manera abierta. (Caballero y et al., 2002)

En cuanto a la esfera interpersonal dos áreas fueron las de principal conflicto como son la violencia familiar y la relación con los pares. Estas concuerdan también con la literatura (Caballero y et al., 2002). Ambas son vitales en el desarrollo del adolescente y pueden configurarse tanto como factores de riesgo así como protectores que promuevan una resiliencia. Por lo tanto es importante también añadirlas a las estrategias de prevención y promoción de la salud mental para el adolescente, ya que como lo explica Craig, (1997), los adolescentes no se suicidan en respuesta a un solo hecho perturbador, sino que lo hacen en el contexto de problemas familiares y personales.

Para Beautrais (2003) un elemento que debe distinguirse en las LAD's son la letalidad del método utilizado, los cuales pueden dividirse en altamente letales como pueden ser el ahorcarse, utilizar armas de fuego, saltar al vacío, envenenamiento por gas y por otro lado los menos letales como pueden ser envenenamiento por sustancias, cortarse y todos los demás métodos. Bajo este punto de vista se pudo observar en este estudio que la mayoría de los hombres y mujeres utilizaron objetos punzo cortantes 36.8% vs. 35.6%, seguidos de los

medicamentos siendo más utilizados por las mujeres con un 47.5% vs. 26.3%, en este último método cabe señalar como lo marca la literatura i.e. Myers y et al., 1992 que el adolescente no es un buen estimador de la letalidad, particularmente en fármacos por lo que significa que el método o la dosis no debe considerarse como un indicador confiable del grado de intento de suicidio. A la inversa de los métodos altamente letales, ambos sexos registraron aventarse al vacío desde edificios altos hombres 21.1% contra mujeres 5.1%, intoxicación por gas hombres 5.3% contra un 1.7% en mujeres. Cabe hacer mención que sólo las mujeres utilizaron el método de asfixia con un 1.7%, no reportándose uso de armas de fuego para ambos sexos. Todo lo anterior concuerda también con la literatura reportada donde los métodos más letales son utilizados por los varones, aunque al parecer se pudiera estar observando un ligero emparejamiento de la letalidad en ambos sexos.

En cuanto a los propósitos que los llevaron a cometer las LAD's, por lo que respecta al ámbito hacia su propia persona, ésta en ambos sexos fue muy similar, ya que su principal propósito fue el de que querían dejar de sufrir con un 61.5% hombres y 65.9% mujeres , así como dejar de causar problemas con un 15.4% y 9.8% respectivamente. Este ámbito puede estar asociado al estrés que viven los adolescentes y al medio donde se desarrollan (familia, pares, etc) en donde puede ser un medio perturbador y en el cual muchos de los intentos de los adolescentes son una forma precipitada por llamar la atención de los adultos, por lo tanto pueden llegar a sentir desesperanza, baja autoestima, bajo control de impulsos así como baja tolerancia a la frustración y estrés, así como muy probablemente sus sentimientos depresivos puedan confundirse con un aburrimiento y apatía, aislarse de sus padres y amigos y no contar con familia (Papalia, 2001; Narváez, 1991)

En el ámbito de propósitos dirigidos hacia los otros, los hombres manifestaron haber cometido las LAD's con el fin de provocar tristeza con un 50.0% en comparación con las mujeres con un 18.8% , en tanto que para el rubro de para llamar la atención, éste fue más alto en las mujeres con un 68.8%, mientras que

para los hombres fue de 33.3%. Quizás en este ámbito se pueda observar que no siempre hay un deseo de morir , sino una forma de llamar la atención de los adultos, ya que no todos los comportamientos a los que se alude con términos suicidas han sido motivados por una decisión consciente de morir, en muchas ocasiones no se pretende ni siquiera generar daño personal, sino que son solo una expresión y comunicación de desesperanza, desesperación y enojo.

En lo referente al deseo de muerte, el 65% de los hombres y el 53.3% de las mujeres manifestaron que no les importaba si vivían o morían, mientras que un 25% de los hombres y un 23.3 % de las mujeres dijeron que al intentar las LAD's no querían morir, finalmente el 10% de los hombres y el 23.3% de las mujeres reportaron haberlo hecho con el deseo de morir. Con base a la definición conceptual de intento de suicidio queda entonces identificado que el 10% de los hombres (1 de cada 10) y el 23% de las mujeres (casi 1 de cada 4) que realizaron LAD's, lo cual concuerda con la literatura donde los intentos son más frecuentes en las mujeres que en los hombres. (Saltijeral y et al. 1987,;González-Forteza; 1986; SSA 1999; OMS, 2001; OPS, 2003)

Prevalencia de la sintomatología depresiva elevada actual en la muestra de estudiantes con LAD.

Los alumnos que tuvieron mayor prevalencia de sintomatología depresiva actual estuvieron representados por el 24.0% de los hombres y el 76.0% por mujeres, siendo entonces más de la mitad de la muestra quienes presentaron dicha sintomatología. El rango de edad fue de 12 a 14 años, y a su vez fue muy similar para los tres grados escolares donde el 38.0% se encontró dentro del primer grado, 26.0% para el segundo y 36.0% para el tercer grado escolar. Los datos obtenidos en esta Tesis concuerdan con la literatura reportada, donde se ha encontrado que la prevalencia del padecimiento ha sido determinada hasta en un 27% en adolescentes que han sido atendidos en servicios psiquiátricos, mientras que para población abierta (estudiantes de secundaria) la prevalencia a lo largo de

la vida, de depresión mayor es de 4.0% y para distimia es de 4.9%. Así mismo datos de la Encuesta Nacional de Salud de los Adolescentes del 2000 reportaron que en el grupo de 15 a 19 años, los adolescentes que habían tenido un intento de suicidio 37 (61.6%) habían realizado estudios de secundaria completa e incompleta, con un promedio de 8.3 años escolares, datos correspondientes al INEGI en el 2003, reportaron que las personas que habían intentado autodestruir su vida y que cursaban con cuadros depresivos, habían terminado la educación secundaria, mientras que uno de cada diez contaba con estudios de primaria (Berenzon, González-Forteza & Medina-Mora, 2000., Vázquez, Fonseca, Padilla, Pérez & Gómez, 2006; INEGI, 2003).

Características de la sintomatología depresiva actual.

En lo referente a las características de la sintomatología depresiva actual, al realizar la comparación de la presencia de síntomas por sexo, se pudo observar que sólo se encontraron diferencias significativas en tres factores:

Afecto deprimido en donde las mujeres tuvieron mayor puntaje en comparación con los hombres $\bar{X} 10.5 \pm 6.4$ vs. $\bar{X} 5.4 \pm 5.2$. En este factor las mujeres parecían tener una mayor tendencia a experimentar más sensaciones de tristeza, estar más deprimidas, soledad, o llanto.

Actividad retardada las mujeres tuvieron un mayor promedio $\bar{X} 8.7 \pm 6.3$ en comparación con los hombres $\bar{X} 5.0 \pm 4.6$. En este factor las mujeres parecieron haber tenido más sensaciones de miedo, a creer que no les resultaban simpáticas a los demás, fracaso, problemas para concentrarse en actividades, sueño poco reparador y sentir que no podían salir adelante con las situaciones diarias de su vida. Lo encontrado en este análisis coincide con los diferentes datos reportados en la literatura en donde las mujeres tienden a mostrar mayores índices de sintomatología depresiva tanto en lo referente a la presencia de síntomas como a la persistencia de los mismos (Allgood-Merten y Lewinsohn, 1990; Medina-Mora y

et al, 1992; Mariño y et al., 1993). Estos síntomas, a su vez se han tratado de explicar desde diferentes perspectivas en el por que son diferentes en ambos sexos, lo cual puede estar fuertemente asociado a la cultura de género, la cual determina el asentamiento de una identidad psicosocial y de personalidad en los adolescentes, donde ambos crecen de manera diferente y afrontan la vida desde diferentes perspectivas (González-Forteza y et al., 1994; Medina-Mora y et al., 1995; González-Forteza y et al., 1997).

Afecto positivo 2, este último fue más significativo en hombres el puntaje dado que el puntaje medio fue de \bar{X} 4.8 \pm 3.5 vs. \bar{X} 4.3 \pm 3.3. Llama la atención este factor ya que en opinión de Salgado de Snyder & Maldonado (1994), este factor hace referencia a una dificultad para experimentar afecto positivo, por otra parte en lo que se refiere a el reactivo sobre “sentí que todo lo que hacia era un esfuerzo”, Dick, Velas, Keane & Manson (1994) y Edman, Danko, Andrade, McArle & Foster, (1999) sugieren que este término pueda puntuar positivo debido a que los adolescentes perciban el término esfuerzo como una cualidad positiva con orientación a una meta. Asimismo Iwata, Umesue, Egashira, Hiro & Mizoue (1998), en un estudio en población japonesa sugieren que los términos positivos tales como me sentía esperanzado o era tan bueno como los demás, no pueden usarse para medir sintomatología depresiva en esa población. Finalmente existe una necesidad de investigar más el comportamiento de los reactivos del factor positivo, ya que como es oportuno señalar, una de las intenciones de Radloff (1977) en relación con estos reactivos y de su redacción en términos positivos fue el evitar un patrón repetitivo de respuestas; y por otra parte, estos reactivos deben ser ubicados dentro del contexto sociocultural de cada muestra ya que también podría deberse a fluctuaciones del humor y del estado de ánimo del propio adolescente (González-Forteza y et al., 1992, González-Forteza , 1996; Aberásturi, 1992).

En lo que respecta al último objetivo de esta Tesis entre la relación de intento suicida y la sintomatología elevada actual se encontró que un mayor porcentaje

de estudiantes quienes habían tenido LAD's e intentos de suicidio se ubicaban en el último cuartil obtenido dentro de la escala CES-D-R lo cual indica que son probables casos de sintomatología depresiva elevada. Para González-Forteza y et al. (2000, 2001,2003), la sintomatología depresiva tiene una fuerte relación entre los intentos de suicidio en los adolescentes estudiantes de escuelas secundarias, ya que se ha encontrado como un malestar asociado con esta conducta. Asimismo han reportado que esta problemática es más frecuente en mujeres (más de 3 por cada hombre), lo cual concuerda con datos obtenidos para esta Tesis donde los puntajes de sintomatología depresiva más altos fueron reportados para las mujeres en comparación con los hombres. Datos obtenidos por una Encuesta Nacional de Salud Mental en población urbana también concuerdan con lo anterior ya que el 18% de los encuestados presentó trastornos afectivos sobresaliendo la depresión y el 1.6% intento suicidarse (Medina-Mora y et al., 1992). Shafii y et al. (citado por Saucedo et al, 1997) por su parte encontraron que el 95% de los adolescentes que consuman un suicidio sufren un trastorno psiquiátrico, las más de las veces suele ser debido a una depresión mayor, la cual se ha identificado en muchos menores que intentan el suicidio, sin llegar a consumarlo. Para Saucedo, Montoya, Higuera, Maldonado, Anaya, & Escalante (1997) y De la Peña, Lara, Cortés, Nicolini, Paéz & Almeida (1996), la frecuencia del trastorno depresivo mayor en la adolescencia aumenta comparativamente con el que se presenta en la infancia, el sexo y la edad se correlacionan para la manifestación de los síntomas depresivos. Prepuberalmente la presentación en niñas y niños es de 1:1 y durante la adolescencia 2:1.

De la Peña et. al, 1996 y Angold et al, 1988, han atribuido a los síntomas depresivos a la adrenaquia (aumento de la liberación de andrógenos adrenales que ocurre entre los 6 y los 8 años y que precede aproximadamente en dos años los cambios que se presentan en la pubertad) como uno de los elementos importantes en el inicio de los síntomas depresivos en la pubertad y la adolescencia. La observación naturalística del fenómeno depresivo en niños y en los adolescentes ha permitido establecer el inicio temprano entre los 8 y los 9 años

para la distimia y entre los 10 a 11 años para el trastorno depresivo mayor. El marcador temprano de episodios depresivos recurrentes en la adolescencia (Algol y et al., 1993).

Finalmente la información obtenida en esta Tesis no es más que otro intento por ampliar algunos de los fenómenos que ocurren durante la adolescencia, los cuales suelen ser vistos aún en día como malestares comunes de la propia etapa. Los hallazgos en esta Tesis aunque no son generalizables permiten visualizar que en lugar de ser considerados como meros malestares de los adolescentes, éstos deben de verse de una manera más seria ya que son posibles factores de riesgo para desarrollar psicopatologías en el futuro, por lo que hay que ocuparse de esta problemática inmediatamente utilizando estrategias de prevención del riesgo de suicidio así como problemas de salud mental. Por otra parte, en México, el panorama epidemiológico muestra incrementos constantes en las tasas de suicidio e intentos de suicidio en población joven, por lo que es ya un problema de salud pública y no es una cuestión meramente individual. Por estos motivos se debe contemplar el contexto sociocultural y psicosocial en que esta conducta ocurre, para así identificar los grupos de población de riesgo e incidir en el campo de la prevención y el tratamiento.

Capítulo 4. Propuesta de un programa de prevención en 2 escuelas del Centro Histórico de la Cd. de México.

Justificación:

Derivado de los resultados de la presente tesis se propone hacer un programa de prevención desde el punto de vista de Trabajo Social, basado en talleres psicoeducativos para las escuelas secundarias 1 y 7 del Centro Histórico de la Ciudad de México.

4.1 Trabajo Social y Salud Mental como estrategia de Intervención.

El Trabajador Social dentro de la salud mental ha intervenido a través de diversas modalidades como son: los talleres, la promoción y el trabajo social de grupos.

Una nueva modalidad dentro del Trabajo Social es la Psicoeducación cuya intervención va dirigida a facilitar la resolución de conflictos interpersonales, con la finalidad de favorecer la relación entre pacientes, familiares así como a otros miembros de la comunidad y su finalidad es la prevención y el enfoque terapéutico.

4.2 Psicoeducación:

El término psicoeducación es una frase que no ha sido claramente definida (Hatfield A, 1988). Para Glick (1994) la psicoeducación es la administración sistemática de la información acerca de los síntomas, etiología y tratamiento con el objetivo de mejorar el entendimiento y conductas asociadas a la enfermedad.

El estigma relacionado con la enfermedad mental ha sido uno de los principales obstáculos en los programas de psicoeducación. Se ha observado que frente al diagnóstico puede haber una negación de la enfermedad (Goldstein, Rodnick, Evans, May, Steinberg, 1978 & McGorry, 1995). Lo anterior puede provocar falta de apego al tratamiento farmacológico y terapéutico o por lo contrario, conduce a una aceptación de la enfermedad, y a un mayor interés y participación en el proceso de rehabilitación.

En la actualidad la psicoeducación dirigida al sujeto y sus familiares ha cobrado un papel muy importante (North, Pollio, Sachard, Hong, Insenberg and Bufe, 1998), ya que otorga el entrenamiento necesario para entender, enfrentar y resolver los problemas producto de la enfermedad. Con ello se busca disminuir el índice de recaídas y mejorar la calidad de vida del sujeto.

Cada vez son más las investigaciones que describen programas de psicoeducación dirigidos a familiares y sujetos con algún trastorno.

La mayoría se han centrado en disminuir la emoción expresada en la familia, seleccionándola como una variable pronóstico. Todos los reportes de programas de psicoeducación muestran un contenido basado en problemas identificados por los profesionales que diseñan dichos programas. Ninguno de los programas parece haberse diseñado para cumplir con las necesidades identificadas por los familiares (North, y cols 1998).

La psicoeducación dirigida al sujeto y a sus familiares se compone de 5 etapas. La primera consiste en brindar información sobre las causas y los síntomas de la enfermedad, en la segunda se da información sobre las recaídas, en la tercera se aboca a la revisión de síntomas y señales de recaídas, en la cuarta se da información sobre el tratamiento y los efectos colaterales y en la última se dirige hacia eventos de vida propios del paciente.

Finalmente los grupos psicoeducativos son de gran ayuda debido a que la falta de conocimiento de la enfermedad conlleva a un difícil manejo de esta por parte de

los familiares como puede ser una falta de autopercepción para enfrentar la crisis, un inadecuado establecimiento de expectativas claras y objetivas, y el incumplimiento de estas expectativas por parte del sujeto. Otra dificultad del desconocimiento de la enfermedad son los sentimientos de culpa. Por otra parte el aprendizaje mediante la psicoeducación conlleva a nuevas estrategias para enfrentar los problemas comunes que acarrea el trastorno.

A manera de resumen la psicoeducación no es más que un instrumento que se ubica tanto en la prevención, asistencia y rehabilitación de la salud. Más sin embargo a manera personal la psicoeducación debe ser vista desde la prevención debido a que:

Prevención: es todo recurso que permite reducir, disminuir, interrumpir o aminorar la progresión de una afección o enfermedad. Prevención es anticiparse, actuar antes de....

Se trata pues, no solo de evitar, sino, que una vez instalada la enfermedad, detener su curso hasta conseguir la curación o en caso de no ser posible, retrasar su progresión el máximo tiempo que se pueda.

Las actividades preventivas, en la actualidad se clasifican en tres niveles, estos son: prevención Primaria, Secundaria, Terciaria. Actualmente se habla de medidas preventivas cuaternarias:

Prevención Primaria: tiene como objeto disminuir la probabilidad de ocurrencia de las afecciones y enfermedades.

Se distinguen dos tipos de actividades de Prevención Primaria:

a) Promoción de la salud. La Promoción de la salud busca el bienestar general. Por Ej. : educación sanitaria, vivienda, recreación, educación sexual, nivel nutricional, genético, examen periódico de salud.

b) La protección de la salud: medidas aplicadas a una enfermedad o grupo de enfermedades tendientes a interceptar las causas antes que involucren al hombre. Por Ej. : saneamiento ambiental, inmunizaciones etc.

Prevención Secundaria: tienen como objeto de evitar la propagación y la transmisión de la enfermedad hacia otros.

Las actividades son: diagnóstico precoz, tratamiento inmediato, prevenir complicaciones, prevenir la incapacidad prolongada.

Prevención Terciaria: (rehabilitación) actúa cuando las lesiones patológicas son irreversibles y la enfermedad está establecida.

Su objetivo es volver al individuo afectado a un lugar útil en la sociedad y utilizar las capacidades de funcionamiento. La rehabilitación contiene elementos físicos, psicológicos y sociales. El éxito de ella dependerá de adecuados recursos dentro de la institución familiar, hospitalarios, industriales y la comunidad.

4. 3 Propuesta de Talleres de Prevención para adolescentes en riesgo de Lesiones Autoinflingidas deliberadamente y depresión.

1. Depresión y otros trastornos comunes en la infancia y la adolescencia
2. Grupo para padres y madres
3. ¿Esto es normal? Depresión y Riesgo de suicidio
4. No estaba tratando de matarme. El relato de un adolescente que se daña a si mismo

5. Grupo de Apoyo a Adolescentes: “Expresando nuestras quejas”
6. Inteligencia Emocional- Aprendiendo a crecer.

Fundamentación:

De acuerdo a la literatura, así como a los datos obtenidos en esta Tesis y a la magnitud del problema sobre la sintomatología depresiva y su relación con las autolesiones autoinflingidas deliberadamente, se propone crear un taller para familiares profesores y alumnos específicamente de las escuelas secundarias evaluadas para informar acerca de que es la depresión y sus factores asociados tales como el intento de suicidio y así poder identificar signos y síntomas para poder prevenir posibles casos o en su defecto canalizar a las instancias pertinentes estos.

Prioridades del Taller:

En la actualidad los índices de suicidio así como la sintomatología depresiva en los adolescentes va en aumento y es ya un problema de Salud Pública, por lo que es de suma urgencia implementar talleres informativos a la población específica sobre cuáles son los principales síntomas y factores de riesgo que se asocian, con la finalidad de poder prevenir futuras patologías, todo con un sentido humanitario que permita obtener una mejor salud física y mental así como realizar cambios positivos en su persona.

Limites:

Estudiantes , Familiares y profesores de las escuelas secundaria 1 y 7 del Centro Histórico de la Ciudad de México. Ubicadas en

Escuela Secundaria Diurna No. 1 César A. Ruíz
Regina No. 111 Col. Centro

Escuela Secundaria No. 7 José Manuel Ramos
5 de Febrero no. 90
Col. Centro, C.P. 6090

Objetivos del Aprendizaje:

Concienciar y Sensibilizar a profesores, alumnos y familiares que es la depresión y su asociación con las lesiones autoinflingidas deliberadamente así como sus posibles causas, manejo y prevención de este fenómeno.

Objetivos específicos:

- Lograr información clara y precisa sobre la problemática
 - Sensibilizar a los participantes
 - Obtener retroalimentación por parte de los participantes.
-
- La propuesta de estos talleres tiene la finalidad de responder a las necesidades de estos grupos de población adolescentes, profesores, familias e instituciones que se ocupan de su educación y cuidados. Se organiza en propuesta de trabajo grupal con adolescentes, padres, madres, profesores, educadores y trabajadores sociales.

Propósito

Los participantes desarrollarán habilidades y cualidades, que estimulen a éstos a realizar cambios positivos en su persona.

Estructura Pedagógica

Consta de diferentes talleres en las que se presentan a los asistentes las características, síntomas y tratamientos de la depresión estrategias para su manejo y reconstrucción del proyecto de vital. La duración de los talleres será de 2 horas 30 minutos como máximo.

Población Focalizada

1. Adolescentes
2. Padres de familia
3. Maestros, trabajadores sociales, educadores.

Metodología didáctica

- La modalidad didáctica del evento será un taller

¿Por que un taller?

- Por que si el aula es un taller, el participante cambiará de rol y se trasformará en sujeto activo de su propio aprendizaje. Dentro de los talleres el moderador planteará preguntas a fin de que las respuestas surjan de los propios participantes con la finalidad de avanzar juntos. Dentro del taller los participantes se encontrarán con una práctica reiterada de aquellas habilidades que lo apoyaran cognitiva y actitudinalmente para su formación.

Técnicas a utilizar

Se utilizarán diversas técnicas de acuerdo al proceso del taller y éstas serán de motivación, de integración, sensibilización, de reflexión y de cierre.

Unidad Responsable

Departamento de Trabajo Social de las escuelas secundarias 1 y 7 del Centro Histórico de la Ciudad de México. La unidad responsable tiene la función de planear y convocar a la comunidad estudiantil (maestros, alumnos y familiares) a los talleres, así como programar, coordinar, supervisar y evaluar las metas y los objetivos alcanzados en los talleres.

Unidad Ejecutora

- Médicos Psiquiatras y paidopsiquiatras
- Psicólogos
- Trabajadores Sociales.

Esta Unidad tiene la función de hacer y organizar el contenido temático, así como de ejecutar los talleres.

Instrumentos

- Diario de campo
- Cuestionarios de test-retest para evaluar que tanto saben de la enfermedad

Evaluación

La evaluación se practicará antes, durante y al final del Taller:

Antes del taller:

1. Se aplicará un cuestionario de conocimientos previos
2. Se diagnosticarán intereses, inquietudes y sus aspiraciones.

Durante el taller:

1. Una parte de la sesión se destinará para exponer los conocimientos acerca del tema y en un segundo momento se trabajará emocionalmente los contenidos con el grupo para revisar lo más significativo, analizar y reflexionar al respecto.
2. Después de cierto número de sesiones se realizará una síntesis del logro de aprendizajes.

Al final del taller:

1. Los participantes auto analizarán y auto criticarán su desempeño durante el mismo.
2. Evaluarán al grupo en base a como percibieron el desempeño del coordinador.
3. El coordinador explicará como percibió el proceso del grupo y como se percibirá así mismo al interior del proceso.

Se evaluará con un cuestionario al final del taller.

4.4 Talleres

Taller: “Depresión y otros trastornos comunes en la infancia y adolescencia”.

Dirigido a: Profesores y otros profesionales

Introducción: Entre algunas de las dificultades que entraña la tarea de educar, quizás una de las más importantes es la de reconocer dentro del aula aquellas situaciones o comportamientos que son signo de disfunción, diferenciándolas de aquellas que constituyen el paso de un momento a otro del crecimiento físico y psíquico; es decir reconocer los problemas que impiden o alteran la tarea educativa implica mejorar el conocimiento de los caminos que cada niño o niña puede recorrer para lograr los objetivos de la educación y, por ende sus dificultades.

La depresión en los niños es un tema poco tratado, poco conocido, dado que es un trastorno singular que se manifiesta de manera diferente que en los adultos, las particularidades de su aparición hacen que su detección sea difícil.

Objetivo	Tema	Contenido	Técnica	Núm. Sesión
1. Identificar los principales síntomas de la depresión y su manejo.	Adolescencia Depresión	¿Qué es la adolescencia? Concepto, Características, síntomas	<ul style="list-style-type: none"> ● Lluvia de ideas ● Exposición del tema 	1
2. Enunciar los síntomas de la depresión, ansiedad y conductas antisociales.	Ansiedad	Concepto, síntomas, causas	<ul style="list-style-type: none"> ● Estudio de caso ● Instrumentos musicales ● La telaraña 	3
3. Identificar las lesiones autoinflingidas deliberadamente	Conductas antisociales	Concepto, síntomas, causas, consumo de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> ● Sentimientos ● Flor ● Parejas 	
4. Los participantes aplicarán en forma práctica-hipotética todos los conocimientos adquiridos a lo largo del taller.	Lesiones autoinflingidas deliberadamente Ayuda emocional coordinación Institucional	Conductas Autodestructivas Cómo ayudar emocionalmente a los alumnos	<ul style="list-style-type: none"> ● Circulo ● Dinámicas de integración <p>Exposición, discusión, comentarios y conclusiones</p>	1

- **Taller: “Grupos para padres y madres”**

Introducción:

Los grupos de padres y madres son una modalidad entre la reflexión, el análisis y la formación, su cometido es dar un espacio grupal a los padres en el que puedan tratarse desde Talleres estrictamente formativos hasta análisis de situaciones concretas que se den en sus propias familias u otros tomados de la situación social actual.

El presente taller pretende ser un espacio en el que, a partir de un compromiso de apertura, confidencialidad y desde una visión de la familia como dinámica y como estructura pueda reflexionarse sobre aspectos personales relacionados con la tarea de ser padre o madre.

El tema de la comunicación ha sido ampliamente analizado por diversos autores especialmente en el campo de la psicoterapia (Satir V., Watzlawick entre otros) debido a la importancia que reviste en la definición de la relación humana de ahí que deba ser tratado en talleres para este tipo de población.

Objetivo	Tema	Contenido	Técnica	Núm. Sesión
1. Reflexionar y analizar acerca de la tarea de ser padres	Dinámica Familiar	Roles, límites, autoridad, comunicación, ciclo vital de la familia.	Exposición Observación de un video Representaciones Discusión	3
2. Obtener los elementos para la aplicación de una comunicación afectiva	Comunicación	Comunicación digital y analógica Respuestas de comunicación La comunicación y los conflictos Comunicación Afectiva	Exposición Caso Lluvia de ideas	1

- **Taller:** ¿Esto es normal? Depresión y Riesgo de suicidio”

- **Dirigida a:** Padres, Madres de Familia

Introducción:

Los participantes aprenderán a reconocer efectivamente síntomas y factores de riesgo asociados con la depresión y el riesgo de suicidio en adolescentes. En este taller se incluirán indicadores de cuándo buscar ayuda profesional.

Objetivo	Tema	Contenido	Técnica	Núm. Sesión
Identificar los principales síntomas de depresión en el Adolescente.	Depresión, causas y síntomas Riesgo de suicidio	Concepto de depresión Síntomas Lesiones autoinflingidas deliberadamente	Exposición Discusión y comentarios Exposición	2
Conocer las instituciones y profesionales de la salud mental que brindan ayuda a esta población	Servicios de primer, segundo y tercer nivel	A quién acudir ante un problema de salud mental (Tipos de terapeutas). Psiquiatra, Psicólogo, Trabajador Social	Discusión y comentarios Lluvia de ideas	

Taller: “No estaba tratando de matarme”- El relato de un adolescente que se daña así mismo

- **Dirigida a :** Padres, Madres de Familia y Profesores

Introducción:

Se utilizará una línea narrativa que ilustre la batalla de un adolescente que se daña a sí mismo, esta presentación les proporcionará a los padres y maestros una perspectiva de cómo los adolescentes se dañan a sí mismos, por que lo hacen y cómo los adultos pueden ayudar y apoyar a los jóvenes con este comportamiento.

Objetivo	Tema	Contenido	Técnica	Núm. Sesión
1. Sensibilizar a los padres acerca de la “batalla” a la que se enfrenta el adolescente con intentos de suicidio	Depresión e intento de suicidio	Desesperanza en la adolescencia, enojo, ira violencia, baja autoestima, grupo de pares, comunicación, estrés, pobreza, abuso sexual.	Estudio de caso video	1

- **Taller: Grupo de Apoyo a Adolescentes: “Expresando nuestras quejas”**

Dirigido a: Jóvenes entre 13 y 16 años

Introducción

Es importante el poder diferenciar la crisis de la adolescencia “el síndrome normal de la adolescencia” caracterizado por el conflicto con los adultos, la búsqueda de una identidad, la ambivalencia y confusión ante las posibilidades y exigencias que se abren, con otras manifestaciones en estos grupos de edad y que obedecen en un gran número de casos, las disfuncionalidades de las familias, de su medio escolar y social.

Objetivo	Tema	Contenido	Técnica	Num. Sesión
1. Identificar y aplicar las características de la asertividad	Asertividad	Como ser más flexible, saber negociar, como ser más concreto.	¿Se vale? ¿Y el riesgo? Representaciones y ejercicios	1
2. Explicar en que consiste tener una buena autoestima	Autoestima	Concepto, características de una buena autoestima Cambios psicológicos	Exposición ¿Se vale? ¿Y el riesgo?	1
3. Entender la complejidad de la adolescencia	Transición a la adolescencia	Cambios físicos y emocionales	Exposición	1

Taller: Depresión en los adolescentes síntomas y factores de riesgo.

Dirigido a : Adolescentes

Introducción:

Dar comienzo al diálogo en torno a las cosas más comunes que pueden llevar a una depresión en los adolescentes, algunos pueden dar ejemplos tales como la situación económica, traumas, problemas familiares, rechazo, violencia familiar, problemas con los pares, con el novio/a, abuso, etc.

Objetivo	Tema	Contenido	Técnica	Núm.Sesión
Identificar los principales síntomas de la depresión en los adolescentes.	Depresión causas	Concepto factores de riesgo síntomas tristeza, minusvalía, culpabilidad, lesiones autoinflingidas, violencia familiar, pobreza entre otros	Exposición Trabajo en equipos Sesión Plenaria	2

Taller: Inteligencia emocional- Aprendiendo a Crecer

Dirigida a: Jóvenes entre 13 y 16 años

Introducción

Los adolescentes se encuentran en un período donde sus emociones se manifiestan intensamente, en algunos casos sin control. A veces, de manera autodestructiva o destructiva. Cuando alguna emoción se encuentra bloqueada crea conflictos internos que repercuten en la conducta, manifestándose en una variada sintomatología: estrés, ansiedad, depresión, agresividad, violencia, sentimiento de culpa.

Objetivo	Tema	Contenido	Técnica	Num.Sesión
1. Manejar mejor los problemas de manera inteligente.	Inteligencia emocional	¿Quiénes somos?	Dinámica de Integración	1
	Autoconcepto	¿Quién eres y que te gusta?	Dibujo de ellos mismos.	
2. Proporcionar herramientas para un sano desarrollo de su personalidad	Auto estima	Quererme y aceptarme a mi mismo	Exposición de caso	1
	Tipos de Inteligencia	Que diferencia existe entre la inteligencia emocional y la inteligencia académica	Ludoterapia	
	Temores en adolescencia	Identificar los principales temores que existen en la adolescencia	Globos con harina para expresar miedos y globos normales para romper los miedos	
	Familia	Adaptabilidad y a autoprotección.	Dibujo (Dibujando una familia e inventar una historia para esa familia).	
	Asertividad	Divorcio y la adolescencia	Trabajo en equipo.	
		Aprender a conocer el valor de cada uno.	Que aprendí hoy	

4.5 Test

Prueba de conocimiento antes del taller

¿Cuánto sabemos?

Puedo...

1. Identificar los problemas de salud mental más comunes en los adolescentes



Sí



Más o menos



No

2. Identificar y describir los tratamientos y terapeutas tradicionales y no tradicionales que buscamos y utilizamos cuando recurrimos a servicios de salud mental.



Sí



Más o menos



No

3. Identificar y describir alternativas de servicios de salud mental tanto clínicas, como tradicionales que existen en la comunidad



Sí



Más o menos



No

4. Identificar los síntomas y factores de riesgo de la depresión en el adolescente.



Sí



Más o menos




No

Prueba de conocimiento después del taller


Luego de haber completado el taller sobre depresión y salud mental en adolescentes puedo...

1 Identificar los problemas de salud mental más comunes en la adolescencia




 Mejor que antes




 Igual que antes

2. Identificar y describir los tratamientos y terapeutas tradicionales y no tradicionales que buscamos y utilizamos cuando recurrimos a servicios de salud mental.




 Mejor que antes




 Igual que antes

3. Identificar y describir alternativas de servicios de salud mental tanto clínicas, como tradicionales que existen en la comunidad




 Mejor que antes




 Igual que antes

4. Identificar los síntomas y factores de riesgo de la depresión en el adolescente.



 Mejor que antes



 Igual que antes

5. Referencias

1. Aberastury, A. (1980). *La Adolescencia Normal*, Argentina: Paidós.
2. Aguilera, R.M., Carreño, S., & Juárez, F. (2004). Características psicometricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta migración. *Salud Mental*, 27, 57-66.
3. Albert, N & Beck, A. (1975) The incidence of depression in early adolescence: a preliminary study. *Journal of Youth and Adolescence*, 4, 301-307.
4. Angold, A. (1988). Childhood and adolescent depression. I. Epidemiological and Etiological aspects. *British Journal of Psychiatry*. 152, 601-817.
5. Angold, A. & Worthman, C. (1993). Puberty onset gender differences in rates of depression. A developmental epidemiologic and neuroendocrine perspective. *J affective Disorders*. 29, 145-158.
6. Beardslee, W., Bemporad, J., Keller, M., & Klerman G. (1983) Children of parents with major affective disorders: a review. *American Journal of Psychiatry*. 140, 825-832.
7. Beaumont, G., & Hetzel, W. (1992) Patients at risk of suicide and overdose. *Psychopharmacology*, N° 106, 123-126
8. Beautrais, A. (2003). Suicide and serious suicide attempts in youth: A multiple-group comparison study. *American Journal of Psychiatry*, 160 (6), 1093-1099.
9. Beck, A.T., Steer, R. & Brown, G. (1988) Alcohol Abuse and Eventual Suicide: A 5 to 10 years prospective study of alcohol abusing suicide attempters. *Journal of studies on Alcohol*, Vol. 50. N°3, 2002-209.
10. Benjet, C., Wagner, F., Borges, G., & Medina-Mora ME (2004). The relationship of tobacco smoking with depressive symptomatology in the Third Mexican National Addictions Survey. *Psychological Medicine*. 34, 881-888.

11. Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, ME., Fleis, C., & Zambrano, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública*. 46 417-424..
12. Benjet, C., Hernández ,L., Tercero-Quintanilla, G., Hernández-Roque A & Chartt-León R (1999). Validez y confiabilidad de la CES-D en peri-púberes. *Revista Mexicana de Psicología*. 16, 175-185.
13. Berenzon, S.; González-Forteza, C., & Medina-Mora, M. (2000): Asociación entre trastornos depresivos y fóbicos con ideación e intento suicida en mujeres de comunidades pobres. *Revista Mexicana de Psicología*. 17 (1): 55-63.
14. Block, JH., Block, J., & Gjerde, P.F (1986). The personality of children prior to divorce: a prospective study. *Child Development*. 57, 827-840.
15. Borges, G., James, A., & Carol, G. (1995). Methodological issues Relevant to Epidemiologic Investigations of suicidal behaviors of adolescent. *Psychiatric Epidemiology*. 17, 228-239.
16. Borges, G., Rosovsky, H., Gómez C., & Gutierrez, R. (1996). Epidemiología del suicidio en México. *Salud Pública de México*. 38, 228-239.
17. Borges, G., Rosowsky, H., Caballero, M. & Gómez C (1994). Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. 15-24.
18. Caballero, M., Ramos-Lira, L., González-Forteza, C., & Saltijeral, M. (2002) Violencia familiar en adolescentes y su relación con el intento de suicidio y la sintomatología depresiva. *Psiquiatría*. 18,.131-139.
19. Caballero, MA., Ramos-Lira, L., González-Forteza, C., & Saltijeral, T. (2005) La violencia que ejercen los padres hacia sus hijos adolescentes: En *Jímenez M (Ed)*. Caras de la Violencia familiar. 259-272.
20. Cohen, P., Cohen, J., & Kasen, S. (1993) An epidemiological study of disorders in late childhood and adolecen: I age-and gender-specific prevalence. *Journal Child Psychol Psychiatry*. 34, 851-867.

21. Cohen, P., Cohen, J., & Brook, J. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescent: II persistence disorders. *J. Child Psychol Psychiatry*. 34, 8469-877.
22. Craig, J. (1979). *Desarrollo Psicológico*. México: Trillas.
23. De la Peña, F., Lara, M., Cortés, J., Nicolini, H., Paéz, F., & Almeida, L. (1996). Traducción al español y validez de la Escala de Birlson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental*. 19 (3), 17-22.
24. De la Real Academia Española, diccionario (1992), (21^a. ed) Madrid, España.
25. Díaz del Guante, M.A., Molina, H., & Cruz, J. (1994) Motivaciones para el suicidio e instrumentos de diagnóstico. *Rev. De Psicología y Salud Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana*, Nueva Epoca, 89-115.
26. Dick, R., Velas, J.; Keane, E.; & Manson, S. (1994). Factorial structure of the CES-D among American Indian adolescents. *J. Adolescence*. 17 (1): 73-79.
27. Diesktra, R., & Garnefski, M. (1995). On the nature magnitude, and causalita of suicidal behaviors: An international perspective. *Suicide Life-treat Behavior*. 25, 36-57.
28. DSM-IV. American Psychiatry Association. Breviario. Criterios diagnósticos. MASSON, Barcelona, España, 1995.
29. Edman, J.; Danko, G.; Andrade, N.; McArle, J.; & Foster, J. (1999). Factor structure of the CES-D (Center Epidemiologic Studies Depression Scale) among Filipino-American adolescent. *Soc. Psychiatr Epidemiol*, 34,: 211-215.
30. Eisemberg, J, Gersten, J, Lagner, T., McCarthy, E. & Schima-Fagan, D. (1976) A behavior classification of welfare children from survey data. *American Journal of Orthopsychiatry*. 46, 447-463.
31. Emslie, G.J, Rush, JA., Weinberg, WA., Guillon, CM., Rintelmann, J., & Hughes, CW: (1997). Recurrence of major depressive disorder in hospital

- children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry.* 36, 785-792.
32. Freud, S. (1979). *Tres ensayos de teoría sexual*. Argentina: Amorrortu Ediciones.
33. Garnefski, N., & Diekstra, R. (1995) Suicidal Behavior and the co-occurrence of behavioural, emotional and cognitive problems among adolescents. *Archives of Suicide Research*. [version electrónica] Extraído el 10 de Noviembre del 2006 de <http://www.priory.com/adsui2.htm>
34. Gersten, J., Langner, T., Eisemberg, J., Simcha-Fagan, O., & McCarthy, E (1976). Stability and change in types of behavioral disturbance of children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology.* 44, 11-127.
35. Gitelman-Klein, R. (1977) *Definitional and methodological issues concerning depressive illness in children. In Depression in Childhood: Diagnosis treatment and conceptual models*. Raven Press. New York: Eds. J.G. Schultebrandt and A. Raskin
36. Glick, I. (1994) Effectiveness in Psychiatric care III. Psychoeducation and outcome for parents with major affective disorders and their families. *British J. Psychiatry* 164: 104-106.
37. Gómez C. (1949) El trabajo social en la asistencia psiquiátrica a los niños, para optar por el Título de Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social UNAM, México, D.F.
38. Gómez, C. (1996) *Relación entre el estrés psicosocial y la ideación suicida en estudiantes del nivel medio y medio superior del Distrito Federal*. Título de Psicología. Facultad de Psicología Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
39. Gómez, C., & Borges, G. (1996) Estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1996-1994. *Salud Mental.* 19, 45-55.
40. González Forteza, C. (1996) *Factores de protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes*. Título de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología. División de Estudios de Postgrado, México, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

41. González-Forteza, C, Ramos-Lira, L., Wagner, F., & Tapia, A. (2007) Validez y confiabilidad de la versión revisada de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-R) en adolescentes estudiantes de la ciudad de México. (en prensa)
42. González-Forteza, C., Mariño, M., Rojas, E., Mondragón, L., & Medina-Mora ME. (1988) Intento de suicidio en estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hgo. y su relación con el uso de sustancias y el malestar depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*. 15, 165-75.
43. González-Forteza, C., Berenzon, S., Tello, A., Facio, D., & Medina-Mora ME. (1998) Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública de México*. 40, 430-437.
44. González-Forteza, C., Mariño, MC., Mondragón, L & Medina-Mora ME. (2000). Intento suicida y uso del tiempo libre en adolescentes mexicanos. *Psicología Conductual*. 8, 147-52.
45. González-Forteza, C., Ramos-Lira, L. Vignau, L., & Ramírez Villareal (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud. Menta*. 24, 16-25.
46. González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, ME., Fleis, C., Bermudez, P., & Amador, N. (2005) Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*. 25, 1-12.
47. González-Forteza, C., Ramos-Lira, L., Caballero, M., & Wagner, F (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*. 15, 524-532.
48. González-Forteza, C Villatoro VJ., & Medina-Mora ME. (2000) ¿Intento suicida en estudiantes de la ciudad de México? Primer Congreso al Encuentro de la Psicología y V Congreso al Encuentro de la Psicología Mexicana, Guanajuato, Guanajuato.
49. González-Nuñez, J. (1986) *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes*. Trillas, México.

50. Goodyear, IM., Herbert, J., Secher, SM., & Pearson, J. (1997). Short-Term outcome of major depression: I comorbidity and severity at presentation as predictors of persistent disorder. *J. AM. Acad Child Adolesc Psychiatry.* 36, 179-187.
51. Gould, M.S.; Greenberg, T., Velting, D.M. & Shaffer, D. (2003) Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2, 386-405.
52. Guertain, T.; Lloyd-Richardson, E, Spirito, A.; Donaldson, D.; & Boergers, J. (2002). Self mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 40 (9), 1062-1069.
53. Harrington, RC., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A., & Hill, J. (1990) Adult outcomes of childhood and adolescent depression: I. psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry.* 47, 465-473.
54. Hatfield, A. (1988) Issues in Psychoeducation for families of the mentally ill. *International J. Mental Health,* 17: 48-64.
55. Hetherington, E, Cox, M., & Cox, R. (1978). The aftermath of divorce. In mother-child, father-child relationship. Ed. J.H. Stevens and H. Matthews. Washington DC: *National Association for the Education of Young Children.*
56. Hewitt, L., & Jenkins, R. (1946). *Fundamental patterns of maladjustment: the dynamics of their origin.* Illinois: Gren.
57. Hjar, M., Rascon, R., Blanco, J., & López, L. (1996). Los suicidios en México Características sexuales y geográficas (1979-1993). *Salud Mental.* 19, 14-21.
58. <http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=suicidio&action§ion=2>
Consultado el día 3 de Noviembre, 2006
59. <http://wwwsuicidioadolescente.info/suicidiologia.html>, Consultado el 27 de marzo, 2006.
60. Hurlock, E. (1984) *Psicología de la adolescencia* (4^o ed). Argentina: Paidós México.

61. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica- Ministerio de Sanidad y Consumo, abril 1985
62. Instituto Nacional de Estadística Geografía y Estadística (2004). Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios.
63. Iwata, N.; Ulmssue, M.; Egashira.; K.; Hiro., H . & Mizoue T. (1998). Can positive affect ítems be used to assess depressive disorders in the japanese population?. *Psychological Medicine*, 28: 153-158.
64. Jacobs, D., Ed. (1999). *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. Estados Unidos: Jossey-Bass.
65. Jersil, A. (1972). *Psicopatología del adolescente*. España: Aguilar.
66. Joseely (1969). *El adolescente y su mundo*. Argentina. Psique.
67. Kaplan, S., Hong, G., Weinhold, C. (1984a) Epidemiology of depressive symptomatology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 23, 91.
68. Kashani, J. & Simonds, J (1979). The incidence of depression in children. *American Journal of Psychiatry*. 136, 1203-1205.
69. Kaslow, N.J. Tanenbaum, R., Abramson., L., Peterson, C., & Seligman, M. (1983). Problems solving deficits and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*. 11, 597-502.
70. Kessler, R., Borges, G., & Walters, E. (1999) Prevalence of the risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*. 5, 617-626.
71. Klein, M. (1940) Mourning and its relation to maniac-depressive status. *Writings Hogarth Press*. Obras Completas. London.
72. Kovacs, M., Goldston, D., Cognitive and social cognitive development of depressed children and adolescent. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 30, 388-392.
73. Krauskopf, D. (1994) *Adolescencia y Educación*. Segunda edición. Editorial EUNED.

74. Kumar, G. & Steer, R. (1995) Psychosocial correlatos of suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide and Life treatening Behavior*. 25, 339-346.
75. Landa, B., Weinhold, C., & Shenker, R (184b). Adverse health behaviors and depressive symptomatology in adolescent. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 23, 595-601.
76. Langner, T., Gersten, J., Greene, E., Eisenberg, J, Herson, J., & McCarthy, E. (1974). Treatment of psychological disorders among urban children. *Journal of Consoulting and Clinical Psychology*. 42, 170-179.
77. Leon, G., Kendall, P., Garber, J. (1980) Depression in children: parent, teacher and child perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 221-235.
78. Lewinsohn, PM., Rohde, P., Klein, DN., & Seeley, JR. (1999). Nature course of adolescent major depressive disorder. I continuity into young adulthood. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 38, 56-63.
79. Lewinsohn, PM., Rohde, P, & Seeley, J.(1998). Major depressive disorder in older adolescent: prevalence risk factors, and clinical implication. *Clin Psychol Rev*. 18,765-794.
80. López, EK., Medina-Mora, ME., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon., S., & Rojas E. (1995) La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultado de una encuesta en la población estudiantil. *Salud Mental*. 18, 25-32.
81. Loza, C., Lucio, E., & Duran, C. (1998). Comparación entre la personalidad de un adolescente con intento suicida y sin intento suicida. *La psicología Social en México*. 8, 80-85.
82. Loza, G., & Lucio, E. (1995). *Estudio de las características del paciente con conducta suicida. Usuarios del sistema de apoyo psicológico por teléfono (SAPTEL)*. Título de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México., México, D.F.

83. Mariño, M.C., Medina-Mora, M.E., Chaparro, J.J. & Gonzalez Forteza, C. (1993). Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 10,, 141-145.
84. McFarlane, J., Allen, L., & Honzik, M. (1954) *A developmental Study of Behavior Problems of Normal children between Twenty-one months and fourteen years*. Berkeley and Los Angeles. *University of California Press*.
85. McGorry M., Rodnick E., Evans J., May P., & Steinberg M. (1978) Drug and Family Therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Archives General Psychiatry*. 35:1169-1177.
86. McGorry P. (1995). Psychoeducation in first episode psychosis a therapeutic process. *Psychiatry*. 58 (4) 313-32
87. Medina-Mora, ME., López, K., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S., & Rojas, E. (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Anales del Instituto Nacional de Psiquiatría*. 7-13.
88. Medina-Mora, ME., Rascon, ML., Tapia, R., Mariño, MC., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J., & Gómez, M. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. 48-54.
89. Mini-o, A.M.; Aria, E., Kochanek, K.D.; Murphy, S.L, & Smith B.L.; (2002). Death: final data for 2000. *National Statistics Reports*. Hyattsville: *National Center for Health Statistics*. 50, 5.
90. Mondragón, L., Borges, G., & Gutiérrez, R. La Medición de la conducta suicida en México (2001): Estimaciones y Procedimientos. *Salud Mental*. 24, 4-25.
91. Mondragón, L., Saltijeral, T., Bimbela, A., & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*. 21, 20-27,.
92. Myers, W., Otto, T., Harris, E., Diaco, D., & Moreno, A. (1992). Aceptaminoophen overdose as a suicidal gesture. A survey of adolescent's

- knowledge of its potential for toxicity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 31, 686-690.
93. Narváez, A., Rosvsky, H., López, J. (1991). Evaluación del Consumo de Alcohol en los Intentos de suicidio: Un Estudio con pacientes atendidos en Servicios de urgencias. *Salud Mental*, 14, 6-12.
94. North C., Pollio D., Sachard B., Hong B., Insenberg K., & Bufe G. (1998). The family and caregiver a group psychoeducation model for schizophrenia. *American J. Orthopsychiatry*. 68 39-46.
95. O' Carrol, P., Berman., L., Maris, R., Moscicki, E, Tanney, B & Silverman, M. (1996). Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Treatening Behavior*, 26, 237-252.
96. Oldehinkel, A.J., Wittchen, H.U., & Schuster, P. (1999) Prevalence 20 month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents. *Psychol Med*. 29, 655-658.
97. Olsson, G.I., & Von Knorring, A. (1999). Adolescent depression: prevalence in Swedish high school students. *Acta Psiquiatrica Scand*. 99, 324-331.
98. Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la Salud en el mundo: *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. 37-39.
99. Organización Panamericana de la Salud (2003). Prevención de la violencia que afecta a jóvenes y adolescentes de América Latina. Modulo 5 versión preliminar. Una iniciativa financiada por el gobierno Alemán.
100. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS (1995). *Salud del Adolescente*. Washington.
101. Papalia, E. (2001) *Psicología del desarrollo*. Colombia: Mc Graw Hill.
102. Pearce, J. (1977). Depressive disorder in childhood. *Journal of child psychology and psychiatry*, 18, 79-82.
103. Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *App. Psychol Meas*. 1: 385-401.
104. Randolff, L.S (1991). The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults. *Journal of Youuth and Adolescence*. 20, 149-166.

105. Randolff, L.S., (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1, 385-401.
106. Rutter, M. (1966) *Children of Sick Parents: an Enviromental and Psychiatric Study*. Institute of Psychiatry Maudsley Monographs. London: Oxford University Press.
107. Rutter., M. (1979.1980) *Changing Youth in changing Society: Patterns of Adolescent Development and Disorder*. London: Nuffield Press.
108. Salgado de Snyder, V., Maldonado, M. (1994). Características Psicometrías de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en Mujeres Mexicanas Adultas de Áreas Rurales. *Salud Pública México*. 36: 200-209.
109. Saltijeral,T., & Terroba, G. (1987). Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México. *Salud Pública de México*. 29, 35-360.
110. Saucedo,G., Montoya, C., Higuera, R., Maldonado, D., Anaya, S., & Escalante G. (1997). Intento de suicidio en la niñez y en la adolescencia: ¿Síntoma de depresión o impulsividad agresiva?. *Bol. Med. Hosp.. Infan. Méx.* 54 (4): 1699-175.
111. Schoebach, V., Kaplan, B., Grimson, R., & Wagner, E. (1982). Use of symptom scale to study the prevalence of a depressive syndrome in young adolescents. *American Journal of Epidemiology*. 116, 791-800.
112. Shepherd, M., Oppenheim, B., & Mitchell, S. (1971) *Childhood Behavior and Mental Health*. New York: Grune and Stratton.
113. Teri, L. (1982). The use of the Beck Depression Inventory with adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 10, 277-284.
114. Van Os, J., Jones, P., Lewis, G., Wadsworth, M., & Murray,R. (1997). Developmental precursors of affective illness in a general population birth cohort. *Arch. Gen. Psychiatry*. 54, 625-631.
115. Vázquez, E., Fonseca, I., , Padilla, J., Pérez, M., & Gómez, N. (2006). Diagnóstico de depresión con la escala de birleson en adolescentes con

intento de suicidio y sanos. *Archivos de Investigación Pediátrica de México.*
9 (2) 10-20.

6. Anexo

Anexo 1 CESD-R

A continuación hay una lista de cosas que probablemente hayas sentido o tenido. Por favor escribe durante cuantos días en la semana te sentiste así, o si te ocurrió casi diario en las últimas dos semanas

Durante cuantos días	En la semana anterior				Últimas dos semanas
	Escasamente (0a 1 días)	Algo (1 a 2 días)	Ocasionalmente (3 a 4 días)	La mayoría (5 a 7 días)	Casi diario (10 a 14 días)
1. Tenía poco apetito	0	1	2	3	4
2. No podía quitarme la tristeza	0	1	2	3	4
3. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo	0	1	2	3	4
4. Me sentía deprimido (a)	0	1	2	3	4
5. Dormía sin descansar	0	1	2	3	4
6. Me sentía triste	0	1	2	3	4
7. No podía seguir adelante	0	1	2	3	4
8. Nada me hacía feliz	0	1	2	3	4
9. Sentía que era una mala persona	0	1	2	3	4
10. Había perdido interés en mis actividades diarias	0	1	2	3	4
11. Dormía más de lo habitual	0	1	2	3	4
12. Sentía que me movía lento	0	1	2	3	4
13. Me sentía agitado (a)	0	1	2	3	4
14. Sentía deseos de estar muerto (a)	0	1	2	3	4
15. Quería hacerme daño	0	1	2	3	4
16. Me sentía cansado (a) todo el tiempo	0	1	2	3	4
17. Estaba a disgusto conmigo mismo (a)	0	1	2	3	4
18. Perdí peso sin intentarlo	0	1	2	3	4
19. Me costaba mucho trabajo dormir	0	1	2	3	4
20. Era difícil concentrarme en las cosas importantes	0	1	2	3	4
21. Me molesté por cosas que usualmente no me molestan	0	1	2	3	4
22. Sentía que era tan bueno (a) como otra gente	0	1	2	3	4
23. Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo	0	1	2	3	4
24. Me sentía esperanzado (a) hacia el futuro	0	1	2	3	4
25. Pensé que mi vida ha sido un fracaso	0	1	2	3	4
26. Me sentía temeroso (a)	0	1	2	3	4
27. Me sentía feliz	0	1	2	3	4
28. Hable menos de lo usual	0	1	2	3	4
29. Me sentía solo (a)	0	1	2	3	4
30. Las personas eran poco amigables	0	1	2	3	4
31. Disfrute de la vida	0	1	2	3	4
32. Tenía ataques de llanto	0	1	2	3	4
33. Me divertí mucho	0	1	2	3	4
34. Sentía que iba a darme por vencido (a)	0	1	2	3	4
35. Sentía que le desagradaba a la gente	0	1	2	3	4
36. Tenía pensamientos sobre la muerte	0	1	2	3	4
37. Sentía que mi familia estaría mejor, si yo estuviera muerto (a)	0	1	2	3	4
38. Pensé en matarme	0	1	2	3	4

Taller para padres y maestros

¿Qué hacemos cuando tenemos un problema de salud mental?

A quien recurrimos

Espiritualidad y religión



Médico, psicólogo o psiquiatra



Medicamentos, drogas, sustancias tóxicas



Remedios caseros, curanderos



Ancestros y espíritus



Familia



vecinos y amigos



Comunidad

