



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Adolescentes de secundaria: la relación que existe entre la percepción de conflictos familiares, depresión e ideación suicida”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
SUSANA ABIGAIL HUERTA HERNÁNDEZ

Directora: Lic. **María de Lourdes Jiménez Rentería**

Dictaminadores: Dra. **Norma Coffin Cabrera**

Dra. **Benita Cedillo Idefonso**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, Mayo 2011



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

Quiero agradecer sinceramente a mis padres porque gracias a ustedes hoy puedo ver alcanzada mi meta, y a aquellas personas que compartieron sus conocimientos conmigo para hacer posible la conclusión de esta tesis.

Especialmente agradezco a mi Directora de tesis *la Lic. María Lourdes Jiménez Rentarúa* por su asesoría siempre dispuesta. Gracias a la *Dra. Norma Coffin Cabrera* y a la *Dra. Benita Cedillo Ildelfonso* por sus recomendaciones respecto a esta investigación.

Dedicatorias

A mis padres que creyeron en mí dándome ejemplos dignos de superación, entrega, consejos y motivación constante, lo que creo en mí una mujer de valores buscando siempre el mejor camino.

A mis hermanos por darme una palabra de apoyo cada que lo necesitaba para tomar fuerzas y seguir adelante.

A mis familiares y amigos por tener siempre una palabra de apoyo para mí durante mis estudios.

A Francisco Lozano por su apoyo y ayuda constante en los momentos en que creía que ya no podría seguir.

A la U.N.A.M y la FES Iztacala que me dieron la oportunidad de formar parte de las generaciones que dejan historia.

¡Por mi raza, hablara el espíritu!

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO 1 LA FAMILIA	4
1.1 La Familia	4
1.2 Tipos de Familia	4
1.2.1 De acuerdo a sus miembros	4
1.2.2 De acuerdo a la orientación	6
1.2.3 De acuerdo a las actitudes parentales	7
1.2.4 De acuerdo a los estilos parentales	8
1.2.5 De acuerdo a las relaciones de familia	9
1.3 Relaciones familiares en la familia mexicana	9
1.3.1 Cohesión familiar: dimensión 1	11
1.3.2 Adaptabilidad familiar: dimensión 2	12
1.3.3 Comunicación familiar: dimensión 3; facilitadora	12
1.4 Los hijos adolescentes en la familia	15
1.5 La neurosis y la estructura psicológica de la familia mexicana	21
CAPITULO 2 DEPRESIÓN	22
2.1 Definición y características	22
2.2 Incidencia	24
2.3 Causas probables de la depresión	26
2.4 Estudios sobre depresión	28
CAPITULO 3 IDEACIÓN SUICIDA	31
3.1 Definición	31
3.2 Características de la ideación suicida	33
3.3 Incidencia de la ideación suicida	34
3.4 Estudios sobre la ideación suicida	37
METODOLOGÍA	43
4.1 Justificación	43
4.2 Objetivos	46
4.3 Variables	47
4.4 Tipo de estudio	47
4.5 Selección de la muestra	47
4.6 Participantes	47
4.7 Instrumentos	48
4.8 Procedimiento	49
RESULTADOS	51
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	60
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	71

RESUMEN

En la adolescencia suelen plantearse distintas formas de comportamiento y problemas a nivel individual y familiar. En el campo de la salud mental resulta importante conocer de manera particular las características de los problemas que presentan los adolescentes mexicanos. En especial aquellos que los ponen en riesgo de desarrollar depresión o ideación suicida, que sin duda implican un costo personal y social importante.

En la presente tesis, los objetivos son comparar si existe relación entre la percepción de conflictos familiares y la depresión e ideación suicida en 228 estudiantes de 12 a 16 años, estudiantes de los tres grados del nivel secundaria, así como su relación con el género. Los instrumentos utilizados para esta investigación fueron el Inventario de Depresión de Beck (BDI) de Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Lorena y Varela (1998), Inventario de Orientaciones Suicidas (IOS) de Casullo (1994), y la Escala de Clima social en la familia, de Moss (1989). Al realizar el análisis de los resultados se encontró que la mayor parte de los alumnos reportan tener niveles mínimos y leves de depresión y niveles altos y graves de ideación suicida. También indican que es un problema que afecta predominantemente a la población femenina. Por lo que los resultados del presente estudio constituyen un elemento esencial en el área preventiva, pues nos brindan indicadores que permiten evaluar a la población de adolescentes que están en riesgo de desarrollar depresión e ideación suicida.

Palabras Clave: Adolescencia, Depresión, Ideación suicida, conflictos familiares.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia representa un período decisivo en el desarrollo del ser humano, por lo que resulta importante y necesario el abordaje de los cambios y situaciones que impactan su adaptación individual, interpersonal y social.

En México, la investigación epidemiológica ha enfatizado que la población adolescente está en riesgo de presentar diversas problemáticas sociales que afectan la salud mental, por ejemplo, la depresión y la ideación suicida.

El abordaje de la depresión y la ideación suicida en esta población se debe a que se ha convertido en las últimas décadas en un importante problema de salud por su incremento, su repercusión emocional, asociada con la muerte de jóvenes y los costes económicos y sociales que comporta.

En los tiempos actuales la depresión es un síntoma muy frecuente relacionado con el tipo de vida que llevamos, nuestras relaciones familiares, en el ámbito académico o laboral.

Las personas deprimidas se ven así mismas como frustradas, humilladas, rechazadas o castigadas y esta forma de verse así mismas y al futuro, las puede llevar a la idea de suicidio y hasta cometerlo, sobre todo en una edad muy vulnerable tanto para la depresión como para el suicidio, que es la adolescencia.

Es por todo esto que a continuación se abordará el tema de la familia, la depresión y la ideación suicida en la adolescencia.

En el capítulo uno se presenta el tema de la familia, qué es la familia, tipos de familias de acuerdo a sus miembros, orientación, actitudes parentales, estilos parentales y el tipo de relaciones entre los miembros, además de la relaciones familiares particularmente dentro del contexto mexicano, y el modelo circunplejo que engloba la cohesión, la adaptabilidad y comunicación familiar.

Además, se presenta un panorama general del comportamiento adolescente dentro del seno familiar.

De esta manera podremos observar que existen distintos tipos y modelos de familia que dan lugar a variadas formas de que los miembros que la integran se relacionen, convivan y resuelvan sus conflictos, por lo que la estancia de un hijo adolescente dentro de la familia puede causar cambios, sobre todo en los padres, que no siempre se esperan o se saben resolver debido a la falta de información sobre esta etapa de la vida, en especial cuando el adolescente presenta dificultades en sus relaciones sociales, se muestra rebelde o aislado, asunto que si no se trata a tiempo puede desencadenar en problemas emocionales que pueden llevar a la presencia de depresión en los jóvenes.

En el capítulo dos se aborda el tema de la Depresión en la adolescencia, su definición y características, la incidencia, las causas probables de la depresión y algunos estudios sobre la misma.

En el capítulo tres se presenta el tema de la ideación suicida, su definición, características, incidencia de la ideación suicida y estudios sobre la misma.

El tema de la depresión y la ideación suicida en la adolescencia es de vital importancia conocerlo y trabajarlo, si es que queremos que estos jóvenes sean los forjadores del futuro y sobre todo, poseedores de una adecuada salud mental.

CAPITULO 1

LA FAMILIA

1.1 La Familia

Vielva, Pantoja y Abeijon (2001), mencionan que la familia suele identificarse como una de las primeras instituciones sociales, tanto desde el punto de vista cronológico, como estructural, ya que es la primera que otorga status a sus miembros. Una familia es un sistema social natural, que como todos los sistemas sociales, tiene un conjunto de reglas, sus miembros tienen roles adscritos, han organizado una estructura de poder, y se han desarrollado formas abiertas y cubiertas de comunicación.

Las familias pueden considerarse, como sistemas sociales que han establecido un conjunto de reglas adscrito, tienen una estructura de poder y estrategias para resolver disputas. Hay distintos tipos de familias: nuclear, extensa, con hijos de distintas parejas y de padre o madre sin pareja. Estas familias tienen subsistemas, formados por los cónyuges, los padres y los hijos, que se influyen mutuamente (Nicolson, 2002).

1.2 Tipos de Familia

Hoy en día es difícil ofrecer solo una definición del tipo de familia que existe en nuestra sociedad, debido a los cambios y desafíos constantes en nuestro país y el mundo, las familias han tenido cambios en su estructura interna, en la forma de educar a los hijos, en el ejercicio de la paternidad o maternidad, etc., debido a todos estos cambios, han surgido varios tipos de familias que a continuación se mencionan.

1.2.1 De acuerdo a sus miembros

Del Valle (<http://www.scribd.com/doc/5365753/TIPOS-DE-FAMILIAS>) y

Nicolson (2002), mencionan que entre los distintos tipos de familia que existen se encuentran:

La familia nuclear o elemental: Es la unidad base de toda sociedad, la familia básica, que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos, pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

La familia extensa o consanguínea: Se compone de más de una unidad nuclear, siempre y cuando coexistan bajo un mismo techo, se extiende mas allá de dos generaciones, y esta basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

La familia monoparental: Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes, ya sea porque los padres se han separado y los hijos quedan al cuidado de uno de los padres, por lo general la madre. Excepcionalmente, se encuentran casos en donde es el hombre el que cumple con esta función; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

La familia de madre soltera: Familia en la que la madre desde un inicio, asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces, asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos.

La familia de padres separados: Familia en la que los padres se encuentran divorciados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja, pero no a la paternidad y maternidad.

Familias compuestas por personas del mismo sexo (Homosexuales): en este tipo de familia los padres homosexuales, educan a sus hijos adolescentes, bien como pareja o como progenitor sin pareja. Algunos hijos pueden provenir de relaciones heterosexuales previas, y otros de un proceso de custodia similar. Esos padres pueden encontrarse con la hostilidad de otros adultos, que consideren que esa forma de paternidad o maternidad es antinatural, que un niño necesita un padre (hombre) y una madre (mujer), los hijos e hijas adolescentes pueden enfrentarse con la hostilidad de otros chicos.

Familia adoptiva: Es aquella que recibe a un niño por el proceso de adopción.

Familias reconstituidas: cuando la familia se reorganiza, entrando en escena un padrastro, el recién llegado puede ser considerado como un intruso indeseado y su autoridad rechazada por los hijos de su cónyuge, lo que a su vez puede influir negativamente en la relación de pareja. Si el padrastro se integra en la

familia con sus propios hijos, pueden surgir conflictos entre ellos y los de su pareja.

Familia sin vínculos: Un grupo de personas, sin lazos consanguíneos, que comparten una vivienda y sus gastos, como estrategia de supervivencia.

Padres multiculturales: este tipo de familia, cuenta con unos padres que provienen de distintos grupos étnicos y unos hijos que muestran un carácter étnico mixto. Los adolescentes pueden experimentar conflictos acerca de sus identidades étnicas y culturales.

1.2.2 De acuerdo a la orientación

Moss y Moss (1976, citado en: Mora, 1992) mencionan, una clasificación de seis tipos de familias

- 1) Las orientadas hacia *la expresión*, hacen énfasis en la expresión de las emociones y la manifestación franca de la ira.
- 2) Las familias orientadas hacia *la estructura*, dan mayor importancia hacia la organización, la cohesión, la religión, la expresión, el control, la aspiración de logro y la orientación intelectual-cultural.
- 3) Las familias orientadas hacia *la independencia*, son asertivas y autosuficientes. De este tipo de familias existen tres categorías:
 - a) las independientes y expresivas, éstas perciben un alto nivel de cohesión y conflicto y mantienen actitudes ético-religiosas no convencionales, con una organización y control flexibles.
 - b) Las independientes y estructuradas, éstas se perciben como muy independientes, pero poco expresivas, cohesivas y poco conflictivas.
 - c) Las independientes apáticas, son percibidas como muy independientes, organizadas y orientadas hacia la recreación en familia.
- 4) Las familias orientadas hacia *la obtención de logros*, son competitivas y trabajadoras. Se distinguen dos tipos:
 - a) Las que obtienen logros por la vía de la independencia, son más bien controladoras y sostienen actitudes ético-religiosas convencionales.
 - b) Las familias que aspiran a alcanzar logros por la vía del conformismo, obtienen bajos puntajes en las escalas de conflicto e independencia.
- 5) De las familias orientadas hacia *la religión* se describen dos tipos:

- a) El tipo ético-religioso sin rigidez en su estructura, obtienen puntajes altos en escalas de conflicto, logro, organización y control.
 - b) El tipo religioso rígidamente estructurada, este tipo de familias obtienen puntajes altos en las escalas de cohesión, logro, recreación; pero bajos en expresividad.
- 6) Las familias orientadas hacia *el conflicto* son de dos tipos:
- a) Las orientadas hacia conflicto y poco estructuradas, son menos cohesivas y desorganizadas.
 - b) Las orientadas a la solución de los problemas, que suelen ser poco conflictivas y mas asertivas.

1.2.3 De acuerdo a las actitudes parentales

Por otro lado Kaiser (1985, citado en: Mora, 1992) describe ocho tipos de familias de acuerdo a las actitudes parentales sobre los hijos.

- 1) Padres activamente-rechazantes: son hostiles, no dan afecto ni reconocimiento, son críticos y distantes, el hogar esta lleno de tensión y conflicto existiendo mucho resentimiento. Estos padres, no tienen conocimiento de lo que sienten y piensan sus hijos, en consecuencia los hijos son pasivos ante la autoridad, dóciles, pero también son hostiles, aislados, inseguros y frustrados en respuesta de la autoridad paterna.
- 2) Padres rechazantes e indiferentes: estos padres son indiferentes con sus hijos, mientras no les ocasionen molestias, y es tan bajo su nivel de interacción, que solo a través de la mala conducta, logran llamar la atención de sus padres.
- 3) Padres autocráticos-causales: estos padres ni aceptan al hijo, ni lo rechazan con resentimiento, insisten en que se cumplan sus estándares de conducta. No tienen conocimiento acerca de la educación de los hijos, por lo que reaccionan de acuerdo a cómo la situación emerge, no establecen límites, por lo que el hogar usualmente se encuentra en estado caótico.
- 4) Los padres parcialmente indulgentes: estos padres son indulgentes y tolerantes, mantienen una atmósfera placentera en casa y a menudo permiten al niño hacer lo que quiera, con la condición de que no los molesten. Estos padres no tienen patrones rígidos y tampoco consistencia,

a veces pueden convivir muy bien con los hijos y otras veces demuestran su enojo a través del castigo.

- 5) Padres aceptantes e indulgentes: presentan una profunda liga emocional con los hijos, los protegen y los cuidan con exceso y tratan de vivir su propia vida a través de ellos, sin embargo no los consideran capaces de tomar decisiones. Los hijos se sienten seguros, sobreprotegidos y cómodos.
- 6) Padres aceptantes casualmente indulgentes: ellos no se identifican con los hijos, no los sobreprotegen, los dejan gozar de una libertad casi sin restricciones porque esto les parece más sencillo que la oposición.
- 7) Padres aceptantes, indulgentes y democráticos: tratan a los hijos como iguales dentro de una democracia familiar, les es permitido expresar sus propios puntos de vista, son tratados como si fueran adultos, esta situación conlleva al hijo a actuar libremente.
- 8) Padres aceptantes democráticos: son personas emocionalmente maduras, algunas veces reprimen expresiones de afecto y tratan de ser objetivos en su trato. Hacen pocos esfuerzos, para proteger a sus hijos de los daños para que se vuelvan independientes tan pronto como sea posible.

1.2.4 De acuerdo a los estilos parentales

Por su parte Nicolson (2002), menciona que existen cuatro tipos de estilos parentales:

- Autoritario: los padres utilizan la coerción para controlar a sus hijos, en vez de razonar con ellos o elogiarlos.
- Permisivo: los padres no imponen reglas y no tienen expectativas importantes con respecto a sus hijos.
- Con autoridad: los padres mantienen un control firme sobre sus hijos razonando con ellos, en vez de utilizar la coerción.
- Indiferente: Los padres no observan a sus hijos, no tienen expectativas ni los apoyan.

Boake (1983) y Gecas (1985, citado en: Mora, 1992), mencionan que en las familias numerosas, los padres ejercen el autoritarismo, de ahí que no sea raro ver en dichos grupos a padres que recurren al castigo corporal, se vuelven mas autoritarios, mas rechazantes, menos comunicativos y muchos de estos padres, brindan poco apoyo y reconocimiento a sus hijos.

En cambio en las familias pequeñas, es donde el padre frecuentemente utiliza las estrategias del razonamiento para corregir, convencer o intentar controlar a sus hijos.

Los hijos mayores tienden a hacerse cargo de muchas responsabilidades, que sus hermanos menores o intermedios no asumen.

1.2.5 De acuerdo a las relaciones de familia

Peñaloza (1986, citado en: Mora, 1992) describe las diferentes relaciones en una familia:

- 1) Relación padres-hijos: el rol del padre, es frecuentemente establecer la disciplina y esperar respeto y obediencia, la actitud de la madre hacia su hija es más protectora y posesiva.
- 2) La relación madre-hijo: la madre es abnegada, al paso del tiempo, ella se vuelve más permisiva con los hijos, permitiéndoles llegar tarde o pasarles por alto algunas travesuras, lo cual no sucede con las hijas.
- 3) La relación madre-hija: es muy cercana, la madre se ve reflejada en la hija y empieza a vivir a través de ella. Después la madre le transfiere las responsabilidades domésticas y maternales, de tal forma que la hija asume una identificación con su madre.
- 4) las relaciones hermano-hermano y hermana-hermana: en la familia mexicana estas relaciones son similares, en el sentido de que se les enseña que hay diferencia entre el grande y el pequeño y se espera que se mantenga el respeto entre ellos.

1.3 Relaciones familiares en la familia mexicana

Se han venido describiendo distintos tipos de familia de acuerdo a ciertos criterios. Con respecto a la familia mexicana, Rius (1996, <http://cedef.itam.mx/PDF/Lainfluenciadelafamiliaenlasorganizaiconesfamiliaresmexicanas.pdf>), menciona que el valor que se da a la familia en México, es una característica cultural relevante, e incluso una de las más sobresalientes. Los niños se desarrollan sintiéndose queridos, protegidos y apegados emocionalmente a la familia (Rius, 1996).

Las relaciones en la familia mexicana suelen ser muy intensas, inclusive en el caso de las familias extendidas, en las que la influencia de los abuelos resulta notable (Díaz, 1996 citado en: Rius, 1996). En muchas culturas, la familia tiende a reducirse a la llamada familia nuclear, constituida sólo por los cónyuges y los hijos. A pesar de que existan los abuelos y los hermanos, para fines prácticos, el grupo social familiar se reduce a los elementos antes mencionados. En México, a diferencia de otras culturas, el concepto de familia es mucho más amplio e incluyente. Los tíos y abuelos juegan un papel esencial en el desarrollo de las nuevas generaciones y, por su parte, la gran familia extendida se reúne con regularidad. Esta situación se observa a lo largo de todo el país, y es una de las cosas que más llama la atención a los visitantes de otras regiones del mundo.

En México la familia extendida (abuelos, tíos, sobrinos, etcétera) constituye una red hartamente compleja y los cónyuges de los hijos (yernos y nueras) suelen ser considerados parte de la familia.

Delval, (1994), menciona que en casi todas las culturas, la madre desempeña el papel central respecto al cuidado del niño durante sus primeros meses de vida, pero también hay algunas, en las que el padre se ocupa igualmente de esas tareas, sin embargo la mayoría de las personas, esta de acuerdo en aceptar la importancia que tiene la figura materna, en el desarrollo del niño y cómo éste sería imposible sin ella, tal y como lo conocemos, si la madre no desempeñara las funciones que realiza, no solo de alimentación sino también de proporcionar seguridad, estímulo y afecto.

Por lo general y actualmente, la relación de la madre y el padre con el hijo es distinta y específica en nuestra cultura. El padre pasa habitualmente mucho menos tiempo al lado de su hijo que la madre, pero no solo varía la cantidad de tiempo, sino también el tipo y la calidad de la interacción que se establece entre ellos.

Por lo anterior, queda claro que la vida en familia, proporciona la influencia más temprana para la educación de los hijos, por lo que la salud

mental de ellos, en especial del adolescente, tiene íntima relación con su vida en familia. La familia se percibe como entidad positiva que beneficia a sus miembros; de lo contrario, si el ambiente es negativo, existe menor control sobre ellos mismos. El adolescente es muy sensible a su entorno cultural; si su desarrollo es anormal, aparecerán dificultades en sus relaciones (familia, escuela, sociedad).

Las dificultades entre los padres-hijos adolescentes se presentan, por lo general, alrededor de la autoridad, sexualidad y valores. La pobre habilidad de los padres, para manejar esta etapa del desarrollo de sus hijos, se demuestra cuando hay hostilidad e indiferencias por parte del adolescente. Lo principal puede ser conducta evasiva, agresión y rechazo de los valores de los padres, con el consecuente pobre o nulo esfuerzo escolar, descuido de los atributos e higiene personal. Los adolescentes usan de manera abierta o enmascarada las conductas de rebelión.

En algunos casos, una posible solución para este tipo de conflictos sería la aplicación del modelo circumplejo, el cual fue desarrollado en 1979 por Olson y colaboradores, donde se manejan aspectos de cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar que a continuación se muestran (Olson, 1979, citado en: Vielva, Pantoja & Abeijon, 2001).

1.3.1 Cohesión familiar: dimensión 1

Desde este modelo, se entiende la cohesión como el vínculo emocional que los miembros tienen entre sí. Los autores evalúan los lazos familiares, involucración familiar, relación matrimonial, coaliciones padres-hijo, fronteras internas y externas.

Hay cuatro niveles de la cohesión familiar que se extienden desde alta a baja cohesión, lo que da lugar a familias apegadas (cohesión muy alta), conectadas (alta-moderada), separadas (baja-moderada) y desapegadas (muy baja).

En los sistemas familiares apegados, se observa una sobreidentificación de los miembros con el sistema. La lealtad y el consenso, impiden la individualización de los miembros. Se comparte todo: el tiempo, el espacio, los amigos, las decisiones. En el otro extremo, en los sistemas familiares desapegados, se observan altos niveles de autonomía de los miembros con respecto al sistema y falta de relación con la familia. Los miembros no saben nada sobre los otros (Ibidem).

El funcionamiento familiar efectivo se relaciona con un grado moderado de esta dimensión, es decir, familias separadas o conectadas, donde los miembros son capaces de ser independientes y al mismo tiempo estar unidos a su familia.

1.3.2 Adaptabilidad familiar: dimensión 2

El modelo circumplejo entiende la adaptabilidad, como la habilidad de un sistema matrimonial/familiar, para cambiar su estructura de poder, las relaciones de los roles y las reglas de la relación en respuesta a tensiones situacionales o evolutivas. Se incluyen los siguientes conceptos: estructura de poder familiar (liderazgo y disciplina), estilo de negociación, relación de roles y reglas relacionales.

Se distinguen cuatro niveles que van desde muy poca adaptabilidad a mucha: sistemas rígidos (adaptabilidad muy baja), estructurados (baja-moderada), flexibles (moderada- alta) o caóticos (muy alta).

1.3.3 Comunicación familiar: dimensión 3; facilitadora

A través de este modelo, se estudian las habilidades positivas y negativas de comunicación que favorecen la cohesión y la adaptabilidad ya sean del receptor o el emisor y a continuación se describen:

Habilidades de comunicación positiva: incluyen mensajes claros y congruentes, empatía, frases de apoyo y habilidades afectivas de resolución de problemas.

Habilidades de comunicación negativa: incluyen mensajes incongruentes y descalificadores, falta de empatía, frases negativas de falta de apoyo,

habilidades pobres de resolución de problemas y mensajes paradójicos y de doble vínculo (ibidem).

Es así que para Mendizábal y Anzures (1999), la estructura de una familia, está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema, en una forma altamente recíproca, reiterativa y dinámica. En un intento de ahondar en estas interacciones se especifican algunos parámetros:

a) Jerarquía: Son los niveles de autoridad que se establecen dentro del sistema, que varían de acuerdo con la etapa del ciclo vital familiar, las características de personalidad de sus miembros, la dinámica de las relaciones conyugales, el orden de nacimiento, etcétera. Cada individuo pertenece a varios subsistemas y en ellos adopta diversos niveles de autoridad (por ejemplo, el subsistema madre hijo, la madre es la mayor jerarquía, esto cambia cuando está el padre).

En el caso de los hijos adolescentes, es normal que traten de intervenir en las decisiones que les atañen (permisos, dinero, uso del coche, etcétera) ya que se encuentran en proceso de adquirir mayor autonomía; y si los padres son autoritarios, no estarán en disposición para negociar con sus hijos, desencadenando conflictos que afectarán todo el sistema.

b) Alianzas: Se denominan así las asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más integrantes de la familia; las más apropiadas son las que incluyen miembros de la misma generación o del mismo género. Cuando las alianzas son inadecuadas, se llaman coaliciones. Los conflictos conyugales, pueden invadir a los hijos y generarlas. De acuerdo con Minuchin (s/a; citado en: Mendizábal & Anzures, 1999), los tipos son:

1) triangulación: cada progenitor busca la alianza del hijo y lucha por ella, lo cual genera conflictos de lealtad en el adolescente y luchas intensas de poder.

2) coalición estable: el hijo está aliado con uno de los padres; hay dos variantes, en la primera el padre excluido continúa luchando por el apoyo del hijo, en la segunda se resigna.

3) desviación de ataque: el conflicto conyugal no resuelto, se desvía en forma de agresiones al hijo, quien es definido como el adolescente problemático (chivo expiatorio).

4) desviación de apoyo: los padres intentan disminuir el estrés de su pobre relación de pareja, y se “vuelcan” sobre el hijo, que se convierte en motivo de unión (continuamos por él).

c) Límites: Hacen alusión a los aspectos de cercanía/ distancia, entre las personas o los subsistemas. Son fronteras, membranas imaginarias que regulan el contacto que se establece con los demás, en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos, autonomía, etcétera. En ocasiones, los límites individuales son difusos, la distancia psicológica entre los miembros escasa, frecuentemente unos responden por otros y se diría que forman una masa amorfa; este tipo de relación amalgamada genera problemas, y el adolescente se siente ahogado, culpable, y no sale de su entorno familiar; en otras, los límites son tan marcados o rígidos que anulan la comunicación y forman relaciones desvinculadas, que mantienen al adolescente aislado. Ambos tipos de relación pueden existir en la misma familia.

d) Roles: Son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas en otros miembros de la familia, equivalen a lo que se espera que haga un individuo en determinado contexto. Para que el sistema familiar funcione, se requiere que sean lo suficientemente complementarios, deben ser aceptados y actuados en común acuerdo, Dentro de la etapa de la adolescencia, existe una constante redefinición de roles, que si no se elabora de manera conjunta puede generar muchos problemas. (Por ejemplo, del niño al adulto, del obediente al rebelde, etcétera).

e) Redes de apoyo: La función básica de las redes de apoyo extrafamiliares, consiste en las acciones de solidaridad que faciliten el cuidado y crianza de los hijos, y compensen las deficiencias del sistema familiar. Están constituidas por

miembros de la familia extensa, amigos y vecinos que puedan proporcionar ayuda.

f) Comunicación: Para el correcto desempeño de los roles y la realización de las tareas propias de la vida familiar, se requiere de la comprensión mutua; esto quiere decir que los mensajes intercambiados sean claros, directos y suficientes, y que los receptores estén en disposición y apertura para evitar distorsiones. La comunicación es elemento indispensable para identificar y resolver los problemas, desafortunadamente durante la adolescencia, se ve sumamente afectada.

g) Flexibilidad: Se encuentra íntimamente relacionada con la anterior y permea todas las facetas de la estructura familiar. Se requiere flexibilidad para respetar las diferencias individuales, y facilitar la adaptación del sistema ante las demandas de cambio, tanto las internas (las propias del desarrollo y otras como enfermedades, muerte de algún miembro, etcétera), como las externas que se originan en modificaciones ambientales. Cuando el grado de flexibilidad es adecuado, la familia cuenta con un repertorio conductual suficiente, para emplearlo en la solución de sus problemas. En caso opuesto, las demandas de cambio, generan estrés, descompensación y formación de síntomas (problemas).

1.4 Los hijos adolescentes en la familia

Por otra parte, de acuerdo con Mendizábal y Anzures (1999), los factores familiares considerados de riesgo para la salud mental del adolescente incluyen:

- Familias extremadamente rígidas con límites impermeables.
- Enfermedad crónica en algún miembro del sistema.
- Divorcio o discordia conyugal.
- Padres con psicopatología.
- Hermanos con actividades antisociales (sociopáticas).

Cuando los hijos llegan a la adolescencia, los problemas familiares pueden centrarse en la diferenciación de roles y en asuntos relacionados con la separación.

Para los padres, puede ser difícil desligarse de los hijos y establecer un nuevo equilibrio en el sistema conyugal. Las dificultades en la relación padres-hijos, pueden ocurrir principalmente alrededor de tres áreas: la autoridad, la sexualidad y los valores. La interacción entre el adolescente y sus padres, frecuentemente se caracteriza por una pobre comunicación y una expresión afectiva negativa, que resultan en un manejo inadecuado de los recursos para el control de la conducta. Estos factores promueven las barreras de comunicación, e invitan al adolescente a excluir a los adultos de su mundo, volviéndose silenciosos o refugiándose con sus amigos (Lewis, 1990 citado en: Mendizábal & Anzures, 1999).

Por su parte, Nicolson (2002) encuentra que entre los problemas que se plantean con frecuencia entre los hijos adolescentes y sus padres están:

- a) regresar tarde a casa.
- b) llevar cierto tipo de ropa y adornos.
- c) dejar el cuarto desarreglado.
- d) elección de amigos.
- e) mantener relaciones sexuales.
- f) consumir drogas o alcohol.

Es importante que los padres tengan en cuenta que:

- * Los adolescentes necesitan rebelarse y oponerse a sus padres, para formar su identidad personal y desarrollar el sentido de autonomía, que les prepare para la edad adulta.
- * Aun cuando los padres les quieran y les proporcionen seguridad a sus hijos, es fácil que, los adolescentes se molesten y rechacen sus consejos y orientación.
- * Los adolescentes prefieren que sus padres establezcan límites, a que no fijen ninguna limitación.

* Los adolescentes aprecian que sus padres les escuchen, les tengan en cuenta y dialoguen sobre sus puntos de vista, aunque crean que son equivocados.

La pobre habilidad de los padres para manejar la crianza en esta etapa, al parecer se relaciona con un ambiente adulto que se muestra indiferente y/u hostil a las necesidades del adolescente. Dentro de esta atmósfera, los jóvenes muestran un mayor deseo de escapar o agredir y un mayor rechazo a los valores de los padres, como el rendimiento escolar y un descuido de los atributos personales esperados para ellos. Lo anterior provoca un mayor enojo y hostilidad en los padres, que empeora aún más la situación. En contraste, los padres que manejan adecuadamente la relación, se caracterizan por mantener una comunicación directa y honesta, el interés franco por ayudar a resolver problemas, y el deseo de mantener un contacto emocional cercano; los adolescentes en este medio familiar, son respetados en espacio, tiempo y privacidad y en los intereses que persiguen (Montemayor, 1986 citado en: Mendizábal & Anzures, 1999).

Además la adolescencia es un periodo de exploración de la sexualidad recientemente descubierta, por lo que son comunes los conflictos, acerca de los valores sexuales y su expresión. Existe una clara y franca dificultad de los padres, para discutir abierta y francamente las cuestiones sexuales, los padres temen una confrontación negativa con sus hijos; como resultado, muchos adolescentes desconocen las actitudes de sus padres hacia los asuntos sexuales. La comunicación juega un papel primordial, y una buena relación entre padres e hijos, se ve coronada por una acertada toma de decisiones en lo que respecta a los tópicos sexuales. Los adolescentes tienen muchas dudas y angustia alrededor de su sexualidad en desarrollo.

En un estudio realizado en la ciudad de México (González-Forteza, 1993, citado en: Mendizábal & Anzures, 1999.), con estudiantes de secundaria, se trató de identificar con quién acudían los jóvenes en busca de ayuda ante diversas fuentes de conflicto. Las adolescentes mostraban una marcada preferencia por acudir con sus familias, y en segundo término sus coetáneas

(amigas). En los muchachos la búsqueda de apoyo, estuvo determinada por el tipo de conflicto. Sin embargo, en ambos sexos, el apoyo familiar resultó ser el más efectivo, pues cuando los jóvenes reconocían que habían buscado el apoyo de sus familias, sus niveles de malestar emocional eran los más bajos, (Mendizábal & Anzures, 1999).

Así mismo en México, en el año de 1982, Díaz realizó un estudio en el que se aplicó un cuestionario a estudiantes de las secundarias en la Ciudad, acerca de cómo pensaban y sentían acerca del dicho "Las órdenes de un padre deberían ser siempre obedecidas", los resultados muestran que, el 70% de los estudiantes estaba de acuerdo con este dicho, es interesante destacar que entre mas baja la clase social, la actitud de obediencia hacia el padre es mas fuerte.

Por otra parte, después de investigar, Díaz (1982) encontró que existen cuando menos ocho tipos de mexicanos, y además mezclas de estos tipos, estos tipos resultan del grado hasta el cual los mexicanos aceptamos la cultura mexicana, todos los dichos y proverbios, así como las reglas tradicionales de la cultura, pero hay otros que se rebelan ante esto.

Los nombres de los tipos de mexicanos son:

Mexicano pasivo, obediente afiliativo (afectuoso)

Mexicano rebelde activamente afirmativo

Mexicano con control interno activo

Mexicano con control externo pasivo

Mexicano cauteloso pasivo

Mexicano audaz activo

Mexicano activo autónomo

Mexicano pasivo interdependiente.

Estos tipos de mexicano existen tanto en hombres como en mujeres, sin embargo los primeros cuatro tipos son los que describen a la gran mayoría de los mexicanos.

El mexicano Pasivo y Obediente Afiliativo. Es el tipo más común de la sociedad mexicana, se encuentra en las áreas rurales y en las provincias del centro y del sur de la república, es mas frecuente en mujeres que en hombres. Los niños de 12 o 13 años se caracterizan por ser obedientes a las órdenes de sus padres y maestros, su necesidad de autonomía es mucho mas baja, son poco rebeldes, conformes y les gusta complacer a los demás, son niños mas disciplinados, fácilmente gobernables y tienden a estar mas con sus compañeros y familiares, son muy seguros emocionalmente y tienen buen control interno.

A los 15 años de edad son fuertemente pasivos, obtienen calificaciones mas bajas que las de sus compañeros, son menos impulsivos y mas ordenados, les gusta mantener sus cosas personales y el medio ambiente que los rodea limpios, son mas disciplinados y metódicos, son poco espontáneos, son cautelosos.

El mexicano Rebelde Activamente Autoafirmativo. Este tipo de personalidad desde los 12 años, se opone a la obediencia absoluta hacia padres y maestros, discute más que los otros muchachos de su edad, acerca de las órdenes de sus padres.

Este tipo de muchacho se encuentra con más frecuencia entre los niños de clase media y alta, es mas dominante y agresivo que sus compañeros, se enoja mas fácilmente y por salirse con la suya es capaz de lastimar los sentimientos de los demás, casi siempre busca desquitarse de quienes le han hecho algún daño, tiende a ser “peleonero” y llevar la contraria, sin embargo puede ser mas perceptivo que el resto de su edad y le gusta asumir el papel de líder, les importa poco su aspecto externo, son muy independientes, y si el medio ambiente familiar les es hostil, tienden a aislarse y convertirse en solitarios. Los padres pueden quejarse de que son ingobernables. A los 15 años, su inteligencia es más despierta que la de sus compañeros, se manifiesta impulsivo e impetuoso, poco cauteloso y actúa sin pensar las cosas, es atrabancado, parece estar siempre de prisa, es impaciente y audaz, tienden a

ser rebeldes ante las órdenes y se mofan de todas las cosas consideradas mas o menos sagradas por los miembros de su sociedad.

El mexicano con Control Interno Activo. Este tipo de mexicano, posee aspectos más positivos de la cultura mexicana, pues evita las exageraciones y aspectos negativos de la misma. A los 12 años de edad, estos niños aventajan a sus compañeros de manera muy clara en sus conocimientos del vocabulario y en la velocidad y comprensión de la lectura, además de ser niños estudiosos y capaces, son bastante afectuosos y obedientes afiliativos, complacientes con sus padres, educados, corteses y obedientes con sus maestros y adultos, no son irritables, peleoneros ni amenazadores, no se enojan fácilmente, no son vengativos ni toscos y les disgusta lastimar a las personas, eso si son todavía mas sistemáticos, ordenados, disciplinados y tienden a acudir mas pronto cuando les llaman, que los demás mexicanos, tienden a ser mas optimistas acerca de la habilidad del hombre para resolver los problemas que le plantea el mundo y saben que cuando tienen éxito en algo es porque trabajaron duro y no porque tuvieron suerte y están convencidos de que se debe cambiar la actitud en México.

Son personas que preferirían estar en puestos de mando, que en puestos en los que deben seguir las instrucciones. Sería importante estudiar a las familias de estos niños, para definir los métodos y principios que los padres utilizan en su educación, con el objeto de utilizarlos en la instrucción de los padres del futuro. A los 15 años siguen siendo obedientes porque así lo desean.

El mexicano con Control Externo Pasivo. Este tipo de mexicano refleja los aspectos más negativos de la cultura mexicana. A los 12 años son descontrolados, agresivos, impulsivos, pesimistas, rebeldes y desobedientes, se enojan mas fácilmente que los demás, son vengativos, y les gusta llevar la contra, son convenencieros y buscan depender de otros, algunos pueden terminar siendo porros y líderes por casualidad. A los 15 años de edad, su desarrollo mental e intelectual sigue siendo menor que el de sus compañeros, son un tanto más defensivos y más mentirosos, son desordenados.

1.5 La neurosis y la estructura psicológica de la familia mexicana

De acuerdo a Díaz (1982), la estructura de la familia mexicana se fundamenta en dos proporciones principales:

- a) la supremacía indiscutible del padre
- b) el necesario y absoluto sacrificio de la madre

Antes que nazca un niño en el seno de la familia mexicana, existe ya en forma activa y anticipada, una serie de expectativas específicas.

El nacimiento de una niña significa:

- 1.- Económicamente hablando, mal negocio.
- 2.- Desgaste físico y preocupación moral de la familia, que deberá compulsivamente cuidar su honor, que es el de la familia (la pérdida de la virginidad en la mujer fuera del matrimonio).

Después de que los padres engendran varios varones, se desea tener una niña, a fin de que sirva a sus hermanos, permitiendo de esta forma que la madre disponga de más tiempo para cuidar maternalmente a su esposo. Este debe trabajar y proveer, demanda que todos lo obedezcan y que su autoridad sea indiscutible, hacia sus hijos muestra afecto, pero antes que nada autoridad, por otro lado la madre mexicana es profundamente afectuosa, tierna y sobreprotectora del infante, nada les niega a los infantes.

De esta manera podemos observar que existen distintos tipos y modelos de familia que dan lugar a variadas formas de que los miembros que la integran se relacionen, convivan y resuelvan sus conflictos, por lo que la estancia de un hijo adolescente dentro de la familia puede causar cambios, sobre todo en los padres, que no siempre se esperan o se saben resolver debido a la falta de información sobre esta etapa de la vida, sobre todo cuando el adolescente presenta dificultades en sus relaciones sociales, se muestra rebelde o aislado, asunto que si no se trata a tiempo puede desencadenar en problemas emocionales que pueden llevar a la presencia de depresión en los jóvenes, este tema será abordado con mas profundidad en el siguiente capítulo.

CAPITULO 2

DEPRESIÓN

Los conflictos constantes con la familia (mencionados en el capítulo anterior), pueden desencadenar la presencia de la depresión y otras patologías en los chicos. En este caso, nos enfocaremos en la depresión.

2.1 Definición y características

Etimológicamente, depresión viene del latín “depressio”: hundimiento, el paciente se siente hundido, con un peso sobre su existencia y devenir vital, la depresión consiste en un estado de ánimo bajo, con pérdida del interés en casi todas las áreas y actividades (Cobo, 2006).

Asimismo la manera en que se considera la depresión desempeña un papel enorme en cómo reaccionamos ante esta, así que es de gran importancia y utilidad saber, cuáles son las características y/o síntomas generales que enmarcan a la depresión en cualquier persona incluyendo a los adolescentes, solo que en estos últimos lo que cambia es la manera en como manifiestan la presencia de la depresión en sus vidas, por ejemplo, una autoestima baja, pesimismo y la percepción de que se tiene poco control sobre la propia vida, a través de la tendencia a vestir de negro, de escribir poesías melancólicas, los problemas de sueño pueden adoptar la forma de pararse toda la noche viendo la televisión, tener dificultades para levantarse en la mañana o quedarse dormido durante el día. (Larson & Buss, 2005; Greden, 2003),

La sintomatología de la depresión en adolescentes es:

Irritabilidad: la cual puede caracterizarse por tener un sentimiento de ira por algo o alguien.

Desesperanza: es un estado del ánimo en que se ha desvanecido la esperanza de realizar alguna acción o de que suceda algún acontecimiento.

Alteraciones del sueño y apetito: en donde las horas habituales de sueño y de apetito se ven perturbadas por un exceso de ellas o por la disminución de las mismas.

Bajo rendimiento escolar: los alumnos pueden estar distraídos, tener poca concentración o alteraciones del comportamiento dentro de la escuela que los llevan a decrementar su rendimiento escolar.

Bajo nivel de energía: la persona manifiesta cansancio o agotamiento para realizar las actividades que en la vida diaria realizaba sin ningún problema.

Poca concentración: dificultad para entender, recordar o asimilar la información.

Disminución de las interacciones sociales: el individuo se muestra aislado de las personas y la convivencia es casi nula.

Síntomas físicos: puede presentar dolor de cabeza, dolor de estómago, dolor muscular, mareos, diarrea,

Pensamientos suicidas: se presentan pensamientos de muerte, ganas de quitarse la vida, e ideación del intento de suicidio.

(Rojtenberg, 2001; Nicolson, 2002; Pardo, 2004; Casullo, 2003 y Diccionario de la lengua española, 2001).

Los síntomas depresivos en los adolescentes son tomados con frecuencia como «comportamiento normal del adolescente», y se considera que son el producto de los cambios hormonales normales, lo que, en muchos casos, dificulta el diagnóstico, negando o retardando la ayuda que necesitan. El mayor número de adolescentes deprimidos, está entre los 13 y los 15 años de edad, rango que coincide con las épocas de más baja autoestima de este particular período del crecimiento, al respecto en el año 2000 el 11.7% de los adolescentes presentaba depresión, mientras que el porcentaje de mujeres fue de 9.2%. (Cobo, 2006; Gonzales, Villatoro, Alcanzar, Medina, Fleiz, Bermudes y Amador; 2002).

Larson y Buss (2005) y Boschetti (2004), indican que las mujeres muestran un índice de depresión dos a tres veces mayor que los hombres.

Es importante señalar que es mayor el número de mujeres que solicitan atención médica y también que tienen mayor facilidad para expresar conflictos emocionales, lo cual puede incidir en que se diagnostique más la depresión en ellas que en los varones. Cuando los pacientes son adolescentes no se diagnostica la depresión, porque generalmente es leve y focalizada en

aspectos específicos de la adolescencia; además de la resistencia del joven a hablar de sus problemas emocionales y su renuencia a consultar a los profesionales de la salud, (Boschetti, 2004).

2.2 Incidencia

En estudios realizados en otros países, como Estados Unidos de América (EUA), se estima una prevalencia de depresión mayor entre niños de 9 a 17 años de edad de alrededor de 5% en los últimos seis meses (Corina, Guilherme, Medina, Fleiz y Zambrano, 2004).

Con relación a la prevalencia de la depresión infantil, las investigaciones más actuales coinciden en que la incidencia está entre 8% y 10%. En la etapa preescolar estas cifras descienden a 2%; en edades escolares se estima entre 8% y 10%; en los adolescentes asciende a 13%. Estos datos revelan una prevalencia del 17,09% de síntomas significativos de depresión en población infantil; cifra elevada si se compara con investigaciones realizadas en Colombia, como la de Mantilla (2004), cuya prevalencia fue del 9,2%; y la más reciente de Gaviria, (2006), donde se reportó el 12,5% en el municipio de La Ceja, Antioquia, (Herrera, Losada, Rojas & Gooding, 2009).

Estos autores también establecen que donde parece existir cierto paralelismo en cifras de la depresión infantil es en países más desarrollados, como España, donde los niveles llegan a 8,2% similares a los estudios americanos.

Las tasas de depresión en Sevilla, España, oscilan entre el 2% en niños y 4-8% en adolescentes, dependiendo de la edad, las cifras varían, así, en preescolares el rango oscila entre el 0,3 y 1,4%; en años escolares, entre el 12%; en preadolescentes, del 0,5-2,5%; y en adolescentes, se encuentran las cifras más altas, del 2 al 8%, (Mojarro, 2008).

En Brasil en una investigación de 1995, se reportó que el 12,5% de los niños tenían depresión, para el 2001 esta cifra aumento al 22%, (Herrera, Núñez, Sergio & Arias, 2009).

La incidencia de depresión en los jóvenes mexicanos ha ido en aumento, como ejemplo, en el DF en el año de 1995, la prevalencia de depresión en población de 4 a 16 años de edad fue del 6.3% (Salud Pública México, 2002). Para el año 2006 la tasa de depresión en adolescentes de 12 a 15 años o más fue de 17.3% (González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira & Wagner, 2008)

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) estimó que 8.4% de la población ha sufrido, un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años. Estas edades tempranas de inicio implican muchos años de sufrimiento y interrupciones en diferentes ámbitos de la vida como la educación, el empleo y el escoger la pareja.

Puesto que México es un país de población joven, con una edad mediana de 22 años, y que 34% de la población es menor a 15 años, según el censo del año 2000, el estudio de la depresión que se inicia en la infancia o adolescencia es particularmente relevante (Corina et al, 2004).

En Chiapas, en el año 2002, de los adolescentes varones de 12 a 15 años, el 54.1% de ellos (5 de cada 7) se encontraron afectados por la depresión especialmente los que tenían entre 12 y 13 años, mientras que las mujeres de 12 a 15 años, presentaron en un 71.1% depresión (7 de cada 10), especialmente las que tenían entre 14 y 15 años (Cantoral, Méndez & Nazar, 2005).

La prevalencia de la depresión infantil en México es del 34% de la población menor a 15 años. En una evaluación que se realizó en el Hospital del Niño DIF en el año 2005, el 15% de la población total que asistió por primera vez al departamento de psicología se diagnosticó con DI, de los cuales, la mayor incidencia se presenta en el género masculino y la edad entre los 6 a 10 años, predominando el episodio depresivo leve (Rodríguez & Ortiz, 2008).

En el estado de Tlaxcala, en el año 2009, estudiantes de secundaria entre 12 y 16 años, presentaron un 17% de depresión severa en las mujeres, y un 16.7% en los varones, (Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin & Jiménez, 2009).

Con estos datos se puede notar como ha crecido la problemática de la depresión en los adolescentes a lo largo de los años. Particularmente importante es estudiar la depresión en la infancia y la adolescencia no sólo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta. El tener un episodio de depresión durante una etapa que sobresale por definir la formación académica, el inicio de la vida profesional u ocupacional, el comienzo de la vida sexual y la elección de pareja tiene consecuencias a largo plazo en muchos ámbitos de la vida, mucho más allá del ámbito de la salud. Les queda una vulnerabilidad, la cual implica una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico (Corina et al, 2004).

2.3 Causas probables de la depresión

La importancia de este tema en el ámbito social, radica en que la depresión se ha venido dando gracias a problemas como (Yapko, 2006; Vallejo & Gastó, 2000 y Cobo, 2006).

ψ **El rompimiento del núcleo familiar:** hoy con frecuencia la relación familiar es a larga distancia, las familias se separan, y la custodia de los hijos es un asunto que debe ser negociado, además la familia requiere fortalecerse ante la presencia de cada vez más dificultades socioeconómicas, que se convierten en un complejo círculo que lleva a la separación o destrucción de sus integrantes. Pardo (2004), indica que la mayoría de los adolescentes que reportan haber tenido una infancia triste, tienen mayor probabilidad de tener ideas suicidas.

ψ **Migraciones masivas:** Los mexicanos que emigran a Estados Unidos (en su mayoría) en busca de oportunidades de empleo, tienen tres veces más riesgos de sufrir síntomas de depresión, así como mayor probabilidad de padecer algún trastorno mental, pues las carencias económicas de esas personas como el desempleo y la falta de servicios, duplican el riesgo de

que sufran depresión. Una de las consecuencias más graves para los adolescentes que enfrentan en sus hogares los efectos de la migración, es la incapacidad de adaptarse a la convivencia con otros niños y la consecuente exclusión voluntaria o forzada, que deriva en soledad y trastornos depresivos serios.

- ψ **La constante falta de estabilidad en las relaciones:** Para la mujer casi siempre la depresión viene dada después de la ruptura de una relación íntima. Al respecto Pardo (2004), indica que la depresión se presenta más en mujeres que en hombres, debido a que las mujeres tienen que recibir y ofrecer mas soporte emocional a otros y se involucran en los problemas de los demás.
- ψ **El creciente énfasis en la tecnología (televisión y computación):** el consumo excesivo de programas de televisión, es un rasgo de comportamiento común en los jóvenes que desarrollan depresiones con el paso de los años, sobre todo en el caso de los hombres. El uso de la televisión se está convirtiendo en una especie de madre sustituta con el consentimiento de los padres, es importante que los expertos trabajen en los contenidos de la programación infantil y juvenil, ya que ahora lo que la televisión y el Internet venden, son estereotipos de hombres y mujeres, el ideal al que los adolescentes y niños deben aspirar, y que si no lo cumplen o tienen ese producto son gente con menos valía.
- ψ **Devaluación del contacto humano:** Los signos de la desesperanza están en todas partes, la falta de contacto entre las personas en culturas como la nuestra, es mas que evidente hoy en día, con la idea de que se necesita que los niños sean independientes, y que aprendan a autoabastecerse, porque al llegar a adultos, importará la competitividad, el individualismo, el éxito personal y el poder, por lo que los han hecho seres distanciados de los demás. Así mismo los medios, las computadoras, los teléfonos celulares, los mensajes, y nuestra estructura social en general, hacen que el contacto real se desfigure y que no se dé el encuentro entre las personas, sino entre los medios o entre intereses.

Todos estos problemas que se presentan en nuestra sociedad actual han llevado a que la depresión surja con mayor fuerza.

2.4 Estudios sobre depresión

Un estudio realizado en Colombia (Gómez, 2007), respecto de la emoción y sintomatología depresiva en adolescentes, reunió a 1096 adolescentes de 12 a 16 años de la ciudad de Medellín. El 55.7% de los adolescentes fueron del sexo masculino y el 44.3% del sexo femenino.

Se aplicaron los siguientes instrumentos: 1) El cuestionario de Pensamientos Automáticos: Automatic Thought Questionnaire (ATQ – RP) de Kendall, Howard y Hays (1989); 2) La Escala de Afecto Positivo y Negativo: (Positive Affect and Negative Affect: PANAS) de Watson, Clark y Tellegen (1988) versión española de Sandin (1991) y; 3) El Cuestionario de Depresión CES– D de Radloff (1977) del Centro de Estudios Epidemiológicos. Las pruebas se aplicaron de manera colectiva.

Los resultados muestran que las mujeres reportan mayor frecuencia de experiencias de sentimientos negativos, menor afecto positivo, tienden a manifestar desinterés, aburrimiento, predominando la tristeza y el letargo, pensamientos con alto contenido catastrófico, absolutista, no acertado, autoderrotista, y generalmente irrealista.

Por el contrario los hombres experimentan con mayor frecuencia sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, unión, afirmación y confianza (afecto positivo), que conducen a sentimientos agradables hacia si mismo y el mundo y menor frecuencia de pensamientos automáticos negativos.

En otro estudio realizado por González y Ramos (2003), en el cual el diseño que se empleó fue de tipo transversal y ex post-facto; los participantes fueron 508 hombres y 428 mujeres estudiantes de dos escuelas del Centro Histórico de la Ciudad de México, distribuidos proporcionalmente en los tres grados de Educación Secundaria, con promedio de edad de 13.7 para ambos sexos. Como instrumentos se utilizaron: 1) *Escala de estrés cotidiana familiar* diseñada para conocer en los últimos tres meses la presencia de conflictos con el padre, la madre o sustitutos parentales y su evaluación cognitiva; 2) *La escala de autoestima*, para indagar pensamientos y sentimientos que el

adolescente tiene actualmente sobre sí mismo para denotar valía y satisfacción; 3) y 4) *Relación con el padre y la madre*, cada una para indagar la percepción actual que el hijo tiene de la relación con su padre y su madre (o sustitutos); 5) La *escala de respuestas de afrontamiento ante estresores cotidianos familiares y con mejor amiga/o* elaborada para indagar en los últimos tres meses la frecuencia de uso de conductas categorizadas como agresivas y resolutivas y; 6) La *impulsividad*, para conocer actualmente el gusto del adolescente por las conductas arriesgadas, como forma de afrontamiento, sin tomar en cuenta las consecuencias de sus actos sobre sí mismo y sobre los demás.

Los resultados mostraron que los estudiantes con depresión y/o ideación suicida tienen más conflictos con padre/madre y reportan que sus padres discuten por problemas económicos; tiene menor autoestima y no tiene una buena relación con padre y/o madre; son impulsivos y usan respuestas de afrontamiento agresivas. La prevalencia de intento suicida en hombres, fue de 7% y de mujeres 17%. Los/as estudiantes impulsivos presentan más riesgo con antecedente de intento suicida. En el caso de los hombres, el afrontamiento agresivo también se asocia con un riesgo mayor. En mujeres, el tener conflictos con padre y madre presenta riesgo mayor, así como que sus padres discutan por problemas económicos. Para los autores estos resultados contribuyen en la prevención para identificar estudiantes en riesgo para su referencia oportuna a servicios de salud.

La depresión puede tener diferentes destinos. Puede remitir hacia la cura, en una recuperación parcial, quedar como una depresión residual o evolucionar hacia la cronicidad, y puede terminar en suicidio, lo preocupante aquí, es que el adolescente no tiene una noción clara de este proceso, sino más bien una vivencia difusa (Rojtenberg, 2001).

Además es importante saber que los adolescentes no necesitan razones de peso para deprimirse. En apariencia son invencibles e invulnerables, pero en el fondo pueden estar profundamente cuestionados y dolidos, no tienen consolidada su identidad y son severos críticos de sí mismos (Cobo, 2006).

CAPITULO 3

IDEACIÓN SUICIDA

Casullo (2003), menciona que los adolescentes se vinculan con temas relacionados a la muerte de una manera fría y distante, a través de programas televisivos o de letras de música de cantantes de moda.

Morirse es en esta etapa del ciclo vital, una metáfora potente en situaciones transicionales, el lenguaje cotidiano alude a ello tanto para referirse a sensaciones afectivas intensas (me muero de ganas) como de soledad y frustración (me muero de aburrimiento).

Sin embargo antes de que la depresión pase a ser suicidio, el adolescente pasa por una fase llamada Ideación suicida, que es donde se piensa, planea o se desea cometer suicidio. La ideación suicida ha sido definida como pensamientos de autodestrucción, cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio, varían desde sentimientos sobre la falta de sentido del oficio de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción, (Bobes, 2004; Córdova, Rosales & Eguiluz, 2005 y Treviño, Sàiz & Bobes, 2006).

3.1 Definición

Por otro lado, es elemental saber que la voz suicidio proviene de las expresiones latinas sui - “sí mismo” y occidere - “darse muerte”, que lo definen como el hecho de matarse así mismo (González, 2008).

La conducta suicida en la adolescencia se ha convertido en las últimas décadas en un importante problema de salud por su incremento, su repercusión emocional, asociada con la muerte de jóvenes y los costes económicos y sociales que comporta. Esto indica claramente, que el suicidio es ya, un serio problema de salud pública, (Del Bosque, 2006).

Castañeda (2003), indica que los adolescentes varones cometen más actos suicidas en una proporción cuatro veces mayor que las mujeres (18% y 4% respectivamente).

En este periodo es fácil que los padres y los profesores, no estén al tanto de las ideas y sentimientos de suicidio de un adolescente, ya que no manifiestan sus sentimientos, y en consecuencia puede pasarse por alto.

Incluso el suicidio de un adolescente es especialmente devastador para la familia, los supervivientes sienten a menudo miedo, rabia, culpa y depresión. Se sienten responsables por no haber reconocido las señales que podían haber tenido para prevenir el suicidio, y se sienten enfadados con la víctima por haberlos abandonado. Estos intensos sentimientos se tienen que ir eliminando conforme los supervivientes aceptan la pérdida (Rice, 2000).

Sin embargo no todos los comportamientos suicidas han sido motivados por una decisión consciente de morir, muchas veces ni siquiera pretende generar un daño personal, sino simplemente expresar y comunicar sentimientos de desesperación, desesperanza y enojo (Casullo, 2003).

De acuerdo a García y Peralta (2002), el suicidio es una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores y en la que existen tres fases:

1) Idea suicida en la que el sujeto piensa en cometer suicidio. También conocida esta fase como Parasuicidio que se refiere a conductas o pensamientos relacionados con la propia muerte, pero sin morir: como el intento suicida, la planeación suicida, la ideación suicida, etc, (Gonzalez, Ramos, Vignau & Ramírez, 2001).

2) Duda o fase de ambivalencia donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir. La ENSANUT 2006, indica que poco más de un cuarto de millón de adolescentes de entre 10 y 19 años han intentado suicidarse del rango de edad de 10 a 12 años en porcentaje fue de 0.4 para niños y niñas, del

rango de edad de 13 a 15 años para los chicos adolescentes fue de 0.2 y para las chicas de 1.9 y finalmente de los 16 a los 19 años fue de 1.2 para hombre y 2.7 para mujeres.

3) Decisión en la que ya se pasa a la acción o como lo indica González, Ramos, Vignau y Ramírez (2001), el suicidio consumado, que se refiere al acto autoinfligido con el propósito de quitarse la vida. La mortalidad por suicidio se ha incrementado de manera consistente en los últimos años, en México en el 2001 la tasa de suicidio en adolescentes de 11 a 19 años fue del 4% y en 2005 aumento a 5%, en las chicas para el 2001 la tasa de suicidios fue de 2% al igual que en 2005 (Secretaría de Salud México, 2006).

3.2 Características de la ideación suicida

El intento de suicidio es un grito de ayuda para llamar la atención o la simpatía de los demás o un intento de manipulación. Puede que el suicida haya intentado otros medios: rebelarse, escaparse de casa, mentir, robar u otras conductas para llamar la atención. Al haber intentado estos métodos, y fallar, la persona se vuelca en los intentos de suicidio. Muchos adolescentes que intentan suicidarse hablan primero de ello, si los otros lo saben con tiempo, si prestan atención a estas evoluciones y los toman suficientemente en serio, como para intentar remediar la situación, se puede prevenir una muerte (Rice, 2000).

Otros signos de alerta que pueden indicar que se piensa en el suicidio de acuerdo con la OMS (2006) son:

Tener depresión

Baja autoestima

Comportamientos autodestructivos

Falta de interés por el bienestar personal

Cambios en los patrones sociales

Intentos de poner los asuntos personales en orden

Mejoría repentina del estado de ánimo después de un periodo de depresión

Hablar constantemente sobre la muerte

Hablar sobre las intenciones de hacerse daño o matarse

Regalar pertenencias personales

Historial familiar de suicidios y/o depresión.

Abuso de drogas

3.3 Incidencia de la ideación suicida

La ideación Suicida es una tendencia que se incrementa de manera alarmante en México y en el mundo.

En Argentina en el año 1995 murieron 2.449 jóvenes entre los 15 y los 19 años, 175 de ellos por suicidio (uno cada dos días), de los cuales 113 eran varones, indicando que estos son mucho más efectivos que las mujeres para la concreción de suicidios, siendo ellas más proclives a intentarlo sin éxito, aunque se están asemejando a los varones en su efectividad (Passalacqua, 2011).

Este dramático incremento se observa en Europa Occidental y en otros países como en el Japón donde 25 000 casos de muertes por suicidio ocurridos en 1986, 1 000 correspondieron a jóvenes menores de 20 años (Martínez, Moracén, Madriga & Almenares, 1998).

En España la prevalencia de la conducta suicida en adolescentes escolares en 1992 fue 7,1 %.

En Cuba el suicidio ha ido aumentando durante las últimas décadas llegando a ocupar en los últimos años el sexto lugar entre las causas de muertes con una tasa de 22,0 por 100,000 habitantes en 1984. A partir de ese momento ha tenido etapas de incremento (1987), en otras ha descendido o se comporta de manera estacionaria, (Martínez, Moracén, Madriga & Almenares, 1998).

La tasa de suicidios en distintos países en hombres y mujeres fue: Argentina (2004) 19% y 5%, Brasil (2004) 8% y 2%, Chile (2004) 22% y 5%, Colombia (2004) 12% y 5%, México (2005) 11% y 3%, Paraguay (2004) 9% y 5%, Perú (2000) 2% y 1 %, Uruguay (2004) 23% y 6%, (Copello, s/a).

Durante mucho tiempo, México presentó una de las tasas de mortalidad por suicidios más bajas de América Latina. Sin embargo, en los últimos años la mortalidad por esta causa se ha incrementado progresivamente en este país a un ritmo más acelerado que en otros países de la Región, (Puentes, López & Martínez, 2004).

En lo que respecta a estadísticas Nacionales sobre la ideación suicida, se a encontrado que, en la década de los 90, Medina-Mora et al (1994; en Gonzalez, Berenzon & Jimenes, 1999), realizaron un trabajo en el que identifican la prevalencia de la ideación suicida en población adolescente, encontrando que en el DF. el 47% presento al menos un síntoma de ideación y 17% pensó en quitarse la vida.

Las estadísticas sobre el suicidio consumado indican que la tasa de suicidio en México en 1991, en población de 5 a 14 años fue de 0.3 y de 15 a 24 años fue de 3.1, (Ramón, s/a).

Según registros de la Secretaria de Salud (1995), durante 1995, los estados de la República Mexicana con mayores porcentajes de muertes por suicidio fueron: D. F. (11.3%), Jalisco (7.6%), Veracruz (7.2%), Estado de México (5.9%) y Chihuahua (5.7%). El número de suicidios registrados a nivel nacional durante 1992, entre la población de 15 a19 años fue de 233 casos (INEGI, 1994; Secretaria de Salud, 1995).

En la encuesta nacional de adolescentes de 12 a 20 años del DF., de 1997, la prevalencia de ideación suicida en mujeres era de 10.2 y en hombres fue de 7.3 (Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001).

Según reportes de la Secretaría de Salud, entre 1990 y 2000, la tasa de mortalidad por suicidio se duplicó en el grupo de edad de 11 a 19 años. Según los datos, el número de hombres que se suicidan es cinco veces mayor que el de las mujeres, sin embargo; ellas cometen tres intentos suicidas más que los varones (El Universal, 2006)

De acuerdo a González, Ramos, Vignau y Ramírez (2001), a nivel representativo, en la ciudad de Pachuca, Hidalgo, la prevalencia del intento suicida alguna vez en la vida fue de 6.3% en los varones y de 13.3% en las mujeres; y la edad promedio a la que lo intentó uno y otro sexo por única o última vez fue a los 13 años. En el Distrito Federal se detectó una prevalencia de 4.3% en los hombres y de 12.1% en las mujeres. La edad del único o del último intento en los estudiantes de secundaria fue a los 12 años.

Respecto al número de intentos de quitarse la vida, aunque en ambos sexos la mayoría lo había intentado una vez el 88.2% de los varones y el 79.6% de las mujeres cabe señalar que casi una de cada cinco mujeres lo había intentado dos o más veces en su vida. El único o el último intento de los varones fue a los 11.1 años y el de las mujeres fue ligeramente después, a los 12.2 años.

En México, el Consejo Nacional de Población (Conapo) identifica al suicidio juvenil como la tercera causa de muerte entre adolescentes. En años recientes, se ha venido reportando un notable incremento en las tasas de suicidios entre la población infantil y juvenil a nivel nacional, sobre todo en el Distrito Federal, Yucatán, Campeche, Tabasco y Jalisco (El Universal, 2006).

Por una encuesta efectuada por los diarios de OEM, fue confirmada por el Consejo Nacional de Población al señalar que en los últimos 20 años se duplicó el número de suicidios entre los niños y adolescentes al pasar de 1.4 a 3.7 por cada cien mil habitantes, por lo que en 2006 constituye la tercera causa de muerte infantil (Diarios de OEM, 2007).

Datos aportados por Miranda, Cubillas, Roman y Abril (2009), indican que en el año 2001 en Sonora, el 6% del total de los intentos de suicidio registrados fueron de menores de 15 años, en cuanto a los suicidios consumados, el número de casos reportados de menores de 15 años equivale al 3% del total. Los intentos de suicidio llevados a cabo por este grupo de edad son en su mayoría realizados por mujeres (84.6%); mientras que en los consumados, las cifras son similares: 56% hombres, 44% mujeres.

Desafortunadamente la problemática de suicidio a edad temprana se complica debido a la falta de programas prioritarios de salud pública para la atención del padecimiento en niños, adolescentes y adultos, por ello el pronóstico es negativo y cada día las casuales de esta enfermedad van en aumento, (Diarios de OEM, 2007).

En México, gran parte de los estudios que se han realizado sobre conducta suicida se refieren a suicidios consumados, pocos sobre intentos de suicidio y escasos sobre ideación suicida. Realizándose en pocos estados de la República Mexicana, investigaciones sobre la ideación e intento de suicidio, por lo que es importante efectuar estudios, ello permitirá promover acciones preventivas pertinentes en nuestra localidad para la detección temprana de factores y casos de riesgo suicida y con ello reducir el notable incremento porcentual que se registra actualmente en este sector de la población mexicana (Reyes, 2008).

3.4 Estudios sobre ideación suicida

Rossello, (2004) realizó una investigación en la que el objetivo era examinar la relación entre ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales y eventos de vida negativos, en una muestra clínica de adolescentes puertorriqueños de 12 a 18 años. Para ello participaron 113 adolescentes; 61 mujeres y 52 hombres.

Los instrumentos que utilizó fueron: 1) Identificación de riesgo suicida en adolescentes; 2) Inventario de depresión para niños; 3) Escala de auto-concepto de Piers-Harris; 4) Lista de eventos estresantes y; 5) Escala de actitudes disfuncionales.

Los resultados encontrados fueron: un 5% de los jóvenes manifestaron sintomatología depresiva, mientras que un 31% presentó un nivel depresivo moderado y un 64% un nivel alto. En cuanto a riesgo suicida, un 19% no presentaron riesgo y un 81% si. Un 66% de los adolescentes reportaron actitudes disfuncionales moderadas, un 15% actitudes disfuncionales marcadas y un 19% un bajo nivel.

Estos resultados indican, que los eventos de vida estresantes reportados mas frecuentemente fueron: cambio de escuela, trabajo o casa (51%), dificultades económicas (47%), rompimiento con novio (40%), dificultades con algún miembro de la familia (36%) y muerte de un familiar o amigo (35%).

Por lo que concluyó, que a mayor presencia de eventos negativos por los que atravesase el adolescente, mayor probabilidad de que éste presente algún tipo de ideación suicida.

Otra investigación la realizaron Salvo y Melipillan (2008), en el que el objetivo fue describir la ideación e intento de suicidio; evaluar la relación entre autoestima, impulsividad, cohesión familiar, adaptabilidad familiar, apoyo social y suicidalidad; así como determinar la contribución relativa de esas variables en la predicción de la suicidalidad en los adolescentes.

Para lo cual se efectuó una investigación cuantitativa, no experimental, transversal y correlacional. El universo lo constituyeron todos los estudiantes de primero a cuarto de enseñanza media diurna, de colegios municipales, 51.2% de los adolescentes eran de género femenino y el 48.8% de género masculino. La edad estuvo comprendida entre los 14 y los 19 años, con un promedio de 16 años.

Se aplicaron los siguientes instrumentos: 1) Escala de Suicidalidad: Diseñada por Ocaza (1981); 2) Escala de Autoestima de Rosenberg Desarrollada por Rosenberg (1965), para evaluar la autoestima en adolescentes; 3) Escala de Impulsividad: Basada en las conductas impulsivas descritas en el DSM-IV30; 4) Escala de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III) de Olson y; 5) Escala de Apoyo Social Percibido de Zimet (1988).

Se encontró que, el 77.2% de los adolescentes presentó ideas suicidas, de diferente nivel de severidad; pensamientos de que la vida no vale la pena (69.5%), deseos de estar muerto (64.1%), pensamientos de terminar con su vida (43.3%). En cuanto al número de veces que se presentó cada idea (nunca, casi nunca, algunas veces, muchas veces), pudo apreciarse que el 13.2%

pensó muchas veces que la vida no vale la pena, el 15.9% deseó muchas veces estar muerto y el 7.9% muchas veces pensó terminar con su vida.

Del total de adolescentes con ideas suicidas, el 56% eran mujeres y el 44% varones.

Por lo tanto, se confirman las hipótesis que plantean que los adolescentes con menor autoestima, mayor impulsividad, con problemas de cohesión familiar y menor apoyo social, presentan mayor suicidalidad; y se rechaza la hipótesis que plantea que los adolescentes con problemas de adaptabilidad familiar tienen mayor suicidalidad.

La asociación entre menor cohesión familiar y suicidalidad, permite plantear que las familias desvinculadas o desprendidas, tendrían más riesgo de que sus hijos presenten ideas suicidas o cometan intentos de suicidio.

Por todo lo anterior, es necesario saber que los adolescentes a veces tienen un sentimiento abrumador de desesperanza y la sensación de que sus problemas son insolubles, también se sienten poco queridos y temen el futuro.

Por ello es importante promover una mayor investigación en el contexto sociocultural y psicosocial para una identificación más precisa de grupos de riesgo y mejor aplicación de medidas preventivas y terapéuticas (Cobo, 2006).

Es así que el tema de la depresión y la ideación suicida en la adolescencia es de vital importancia conocerlo y trabajarlo con esta población, si es que queremos que estos jóvenes sean los forjadores del futuro y de un futuro sano.

En México actualmente existen muy pocos registros estadísticos oficiales, periódicos y sistemáticos sobre los intentos y los suicidios consumados en la población adolescente (Gonzalez, Berenzon & Jiménez; 1999).

Al respecto, Mondragón, Borges y Gutiérrez (2001), realizaron un trabajo de recopilación bibliográfica (Encuesta Nacional de Adolescentes, Distrito Federal 1991; Estudio en Estudiantes Universitarios, 1993; Encuesta en Estudiantes en el Distrito Federal, 1997; Encuesta en Estudiantes Pachuca 1996; Encuesta en Estudiantes del Centro Histórico, 1999; Encuesta Nacional de Adolescentes Nacional y para el Distrito Federal, 1998), en población estudiantil.

El objetivo de su trabajo era presentar una síntesis y una comparación de los resultados de los estudios más recientes, en diferentes poblaciones de México, sobre el intento y la ideación suicida.

Encontraron que los intentos de suicidio son mucho más comunes entre las mujeres adolescentes. La prevalencia más elevada es la de Pachuca, con 13.3% en las mujeres estudiantes.

En la población estudiantil, la prevalencia más baja se encuentra en la Encuesta Nacional de Adolescentes (Nacional) de 1998 (1.0%) y la más elevada, en la Encuesta Nacional de Adolescentes (D.F.) de 1991 (40.7%).

Las prevalencias de ideación e intento de suicidio que se encontraron, son similares a las observadas en otros países. Por ejemplo, las prevalencias internacionales de la ideación suicida van desde 3.4% hasta 52.9% en los adolescentes, mientras que en México, el rango es de 1% a 40%.

Concluyendo que tanto la ideación suicida como el intento suicida presentan importantes variaciones en la población mexicana, especialmente, en la edad y el sexo.

Por otro lado, la Secretaría de Salud en México, 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 (González, Villatoro, Alcántar, Medina, Fleiz, Bermúdez & Amador, 2002; en Barcelata & Gomez; 2002).

La Secretaría de Salud (1999) y el INEGI (2000) reportaron que en 1997 ocurrieron 2459 suicidios consumados y la mayor parte de ellos fueron llevados a cabo por población adolescente. El 38.9% tenía entre 15 y 19 años. Para el 2002 el mismo INEGI reporta que en el año de 2001 ocurrieron 3089 suicidios en el país, elevándose casi 50% la tasa de suicidio en el grupo de jóvenes, (Barcelata & Gomez, 2002).

Las estadísticas reflejan que los suicidios consumados representan un importante problema de salud que debe atender sobre todo a la población adolescente, no sólo por su prevalencia, sino por su tendencia a aumentar, por ejemplo, del 8.3% en 1997 al 9.5% para el 2000 (INEGI, 2002; en Barcelata & Gómez, 2002).

Medina-Mora et. al (s/a; en González, Berenzon, Tello, Facio & Medina-Mora, 1998), realizaron un estudio en el que identificaron en una muestra representativa de estudiantes del Distrito Federal que 47% de los estudiantes habían notificado al menos un síntoma de ideación suicida; 17% pensó en quitarse la vida, y 10% presentó todos los indicadores de ideación suicida.

La muestra se seleccionó con base en los registros de la SEP, entre estudiantes de enseñanza media y media superior que asistían a escuelas con reconocimiento oficial en el Distrito Federal. El diseño de la muestra fue estratificado (tipo de escuela: secundarias, preparatorias y normales); bietápico (primera etapa: las escuelas, y segunda: los grupos), y por conglomerados. La muestra de alumnos y grupos fue autoponderada con el propósito de facilitar la estrategia de estimación y el procesamiento de los datos. Finalmente la muestra quedó constituida por 1 712 mujeres.

Se encontró que la duración de cada síntoma de ideación suicida, la mayor proporción de las estudiantes lo tuvo durante pocos días (de uno a dos).

Este panorama indica que en lo que al constructo cognoscitivo de ideación suicida se refiere, parece que existen niveles de severidad y, por tanto, de riesgo hacia el acto suicida en sí.

Debido a ello se elaboró un perfil sintomático de quienes padecieron los síntomas de ideación suicida, con el fin de conocer qué síntomas persistieron más, encontrando que 45% tuvo el sentimiento, entre cinco y siete días, de que “su familia estaría mejor si ella estuviera muerta”. Cabe señalar que el síntoma “pensé en matarme” fue notificado como persistente por 30.7% de las escolares. El dato llama la atención si se considera que este síntoma fue el que más se presentó y persistió en las adolescentes con intento suicida.

Entre las estudiantes, la mayoría registró con más frecuencia el síntoma “tuve pensamientos sobre la estuviera muerta”, los cuales se refieren gradualmente a cogniciones más generales e inespecíficas sobre la muerte en general. Asimismo, esta gradación se hizo evidente en los análisis de persistencia, cuando se identificó que, del total de las estudiantes con todos los síntomas persistentes, cerca de la tercera parte (30.7%) pensó en matarse durante casi toda la semana anterior.

Este síntoma se refiere a una cognición más específica sobre la propia muerte, que puede involucrar estrategias de planeación y método de suicidio, por lo que al interior de la muestra escolar se identificaron niveles de severidad.

Por todo lo anterior, se percibe necesario realizar más investigaciones sobre la conducta suicida en México, pero sobre todo de la ideación suicida para poder encontrar cual es la línea que guía a los adolescentes a cometer el suicidio, y de esta forma poder prevenirlo.

METODO

El presente estudio titulado “Adolescentes de secundaria: La relación que existe entre la percepción de conflictos familiares, depresión e ideación suicida se realizó en una escuela secundaria, en el cual, el interés se centra en el análisis de la relación entre los conflictos familiares, la depresión y la ideación suicida en adolescentes mexicanos.

4.1 Justificación:

El período de la juventud como etapa de transición se convierte regularmente en un momento crítico y coloca, a una gran mayoría de jóvenes, en una situación de vulnerabilidad con respecto a un sinnúmero de factores que pueden afectar su desarrollo normal, tanto a nivel físico, social, cognitivo y psicológico, (Nateras, 2010).

Sin duda, la ciudad de México es considerada como una de las urbes más grandes del mundo, la cual es una urbe con la contradicción de pretender ser o situarse como una ciudad mundializada y al mismo tiempo registra los atrasos característicos de los países más pobres y en vías de desarrollo.

Algo está ocurriendo en México, donde la gente recurre al suicidio como una forma de escapar de situaciones difíciles, probablemente tiene que ver con la situación económica, pero también tiene un correlato social. La familia donde participa el sujeto, puede ser un disparador o un contenedor de la conducta suicida. Las personas que viven en una familia con buenos niveles de comunicación, con posibilidades de hablar y ser escuchados, no tienen tanta probabilidad de cometer suicidio, como los muchachos que viven en una familia desarticulada, autoritaria, donde no existe la comunicación (Eguiluz, 2003).

Datos del INEGI (2005) mencionan que en el 2000, la proporción de suicidios con respecto al total nacional era de 6.7%, el cual pasó a 8% en el 2004. Esta tendencia está presente en la población entre diez y diecinueve años, es importante resaltar que es en este corchete de edad, donde la proporción de niñas suicidas es mayor que la de los niños.

La ENSANUT (2006), indica que poco más de un cuarto de millón de adolescentes de entre 10 y 19 años han intentado suicidarse (260.3 mil), en donde 7 de cada 10 son mujeres.

Para este trabajo sólo se tomaron en cuenta adolescentes de 12 a 16 años de edad, ya que a los 10 u 11 años aún no se les consideran adolescentes, además de que dependen totalmente de su familia y no tienen claros sus círculos de amigos.

Por lo que estos datos resultan alarmantes, si consideramos que estamos hablando de adolescentes de entre 12 y 16 años que se encuentran estudiando a nivel secundaria, que son miembros de una familia y que ya están cometiendo actos suicidas, por ello la importancia de averiguar qué está sucediendo al respecto y una población interesante a estudiar son los adolescentes de 12 a 16 años de la escuela secundaria "Lic. Benito Juárez", ubicada en el municipio de Tlalnepantla, Edo. Méx. Colonia Sn. Pedro Barrientos, Av. Juárez, esq. con calle del Gas No. 1.

El hecho de elegir al municipio de Tlalnepantla estriba en que está ubicado en una zona industrial, donde tiene una economía de corte urbano, por esa razón, pasó de ser un municipio eminentemente rural, a urbano, siendo la población de este tipo el 97% del total y tan sólo el 3% de población rural, (Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, Gobierno del Estado de México, 2005).

Tlalnepantla se consolida cada vez más como un importante centro de actividades, varias en el campo de la industria, del comercio y del turismo, como corresponde a su crecimiento urbano, típico de una gran ciudad. Se encuentran ubicadas más de 2,700 industrias. Está considerado como uno de los municipios más industrializados del país, junto con Naucalpan y Monterrey; y es el primero a nivel estatal. (Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, Gobierno del Estado de México, 2005). Además goza de una comunicación privilegiada, siendo atendido en sus dos porciones territoriales por un sistema de transportación que se integra con rutas de

autotransportación, así como por rutas de transporte colectivo y sitios de automóviles de alquiler, todo lo cual se complementa con el desarrollo de la vialidad que se ha venido desarrollando mediante el acondicionamiento de avenidas y construcción de puentes vehiculares (Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, Gobierno del Estado de México; 2005)

Estas características y otras, hacen de Tlalnepantla, sí un municipio económicamente activo, pero también un municipio donde su gente, desde niños hasta ancianos, están inmersos en el estrés que lugares como estos proporcionan, debido a las altas exigencias para mantener la economía, el poco tiempo dedicado a la familia por estar trabajando y la poca fluidez vehicular debido al incremento de transporte terrestre. Todos estos factores recaen en su población pero principalmente en la población más vulnerable que son los adolescentes, dando como resultado de todo ello, depresiones e incluso la ideación suicida por parte de ellos, aunado con la percepción de conflictos familiares dentro de sus hogares, por todo lo anteriormente citado.

La importancia de realizar este estudio en la escuela secundaria “Lic. Benito Juárez” de San. Pedro Barrientos alias “la reos”, reside en que esta ubicada en una zona potencialmente peligrosa ya que esta a espaldas del reclusorio Barrientos que es una de las cárceles más saturadas de la entidad, de ahí su apodo que le ha causado mala fama, además esta secundaria tiene una historia particular ya que Cecilio Raúl Torales Noguez, director de la secundaria, reconoce que las expectativas de los alumnos son pocas, ya que al egresar 30% deja los estudios y 70% continúa hasta el bachillerato o carreras técnicas, y sólo 10% (del 70%) concluye estudios universitarios.

Explica que la historia de la secundaria 76 Lic. Benito Juárez ha sido difícil y a finales de los 70 y principios de los 80 estuvo inmersa en peleas de bandas de jóvenes que se disputaban el control de la colonia, situación que afortunadamente cambió. Además de que está enclavada en una zona muy popular y marginada”.

En Barrientos el 15% de los padres de familia son profesionistas, pero en su mayoría los alumnos son hijos de obreros y comerciantes (El Universal, octubre de 2008).

Torales, (2008), dice que persiste la desintegración familiar en Barrientos, pues “a diario nos enteramos de uno o dos hogares disfuncionales, porque uno o los dos padres trabajan, o se separaron, o el señor abandonó a la señora. Ahora también hay muchos señores abandonados, las mujeres se van y dejan a niños (BARRERA, octubre de 2008, El Universal).

4.2 Objetivos

De acuerdo a lo anterior, el presente estudio tiene como objetivos:

- Comparar si existe relación entre la percepción de conflictos familiares y la depresión e ideación suicida en los adolescentes de secundaria de 12 a 16 años.
- Investigar si los adolescentes de los tres grados de secundaria, perciben o no conflictos familiares como detonantes para la presentación de la depresión e ideación suicida en ellos.
- Comparar la incidencia de depresión e ideación suicida por género en los adolescentes que perciben conflictos familiares en sus hogares.

4.3 Variables:

Con base en un estudio de Coffin, en el 2006, en la Tabla1 se presentan las definiciones conceptuales y operacionales de las variables de estudio

Tabla 1. Definiciones de las variables de interés

<i>Constructo</i>	<i>Depresión</i>	<i>Conflictos familiares</i>	<i>Ideación Suicida</i>
Definición Conceptual	Conducta, pensamientos y/o sentimientos depresivos	Conducta evasiva, agresión o rechazo entre padres e hijos	Pensamientos o deseos de quitarse la vida
Definición Operacional	Número de conductas depresivas presentes	Número de conflictos familiares	Numero de pensamientos suicidas

4.4 Tipo de estudio:

Es un estudio de tipo correlacional, ya que se evalúa la relación que existe entre las variables y; no experimental, debido a que se realiza el estudio sin manipular deliberadamente las variables.

4.5 Selección de la muestra

La selección de la muestra consistió en elegir a una de las escuelas secundarias de la zona de Tlalnepantla que se encontrara en situaciones de riesgo, por lo que se eligió a la secundaria “Lic. Benito Juárez”, ya que es una institución en la que las expectativas de los alumnos son bajas y esta ubicada en una zona marginada y conflictiva.

4.6 Participantes

La muestra estuvo conformada por 228 estudiantes (N=228), de 12 a 16 años (95 hombres y 133 mujeres), pertenecientes al nivel secundaria y pertenecientes a una escuela del municipio de Tlalnepantla. La distribución de la muestra se puede observar en la Tabla 2.

Tabla 2: Características de la muestra de estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	133	58.3%
Masculino	95	41.7 %

4.7 Instrumentos

En el presente estudio se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) versión estandarizada para la población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Lorena & Varela, 1998) (Ver Anexo 1), el cual cuenta con 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, cada ítem contiene varias frases autoevaluativas, de las cuales se debe escoger la que se ajuste a cómo se ha sentido el participante en los últimos días, en este inventario se pone énfasis en los componentes cognitivos de la depresión, por encima de los somáticos. Las puntuaciones que se pueden obtener en la prueba son: mínima (de 0-9 puntos), leve (10-16 puntos), moderada (de 17-29 puntos) y severa (de 30-63 puntos). La confiabilidad de este instrumento, obtenida por consistencia interna, es de $\alpha = 0.87$, $p < .000$, con una validez concurrente de $r = 0.70$, $p < .000$.

También se recurrió al IOS (Inventario de Orientaciones Suicidas) de Casullo (1994), (Ver Anexo 2): integrado por 30 ítems acerca de la desesperanza, baja autoestima, incapacidad para afrontar emociones, soledad y abatimiento y la ideación suicida, cada ítem contiene varias frases autoevaluativas, de las cuales se debe escoger la que se ajuste a cómo se ha sentido el participante en los últimos días, para ello existen cuatro opciones de respuesta, las puntuaciones que se pueden obtener son: Bajo (0-52 puntos), leve (de 53-60 puntos), Moderado (de 61-67 puntos), Alto (de 68-75 puntos), y Grave (de 76 a más puntos).

Finalmente la Escala de Clima social en la familia, de Moss (1989), (Ver Anexo 3), aprecia las características socio-ambientales de todo tipo de familias,

evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tiene mayor importancia en ella, y su estructura básica. Esta integrada por tres subescalas: cohesión, expresividad y conflicto. De estos tres en esta investigación solo ocupamos la subescala cohesión, (co) que es el grado en que los miembros de la familia están compenetrados, se ayudan y apoyan entre si, contiene 27 reactivos sobre afirmaciones acerca de la familia, y las puntuaciones que se pueden obtener de esta escala son: Leve (de 0-11 puntos), Moderado (de 12-15 puntos) y severos (de 30-63 puntos).

4.8 Procedimiento:

El Procedimiento se dividió en cuatro fases:

1.- Se buscaron los instrumentos idóneos para este estudio, para la obtención de datos y se aplicaron a los participantes, los cuales fueron:

- a) Inventario depresión de Beck
- b) IOS (Inventario de Orientaciones Suicidas)
- c) Escala de Clima social en la familia

2.- Se solicitó permiso de aplicación de los instrumentos con el director de la institución: se acudió a la Escuela Secundaria en la que se aplicaron los mismos, explicando el motivo de la visita e informando el objetivo del trabajo, mencionando que requiere de la participación de adolescentes de secundaria de manera voluntaria.

3.- Aplicación del instrumento: Reunidos los adolescentes se aplicaron los instrumentos de forma colectiva a los grupos en sus respectivos salones de clases. La psicóloga se presentó y explicó de manera breve el motivo de la visita, aclarando que la participación era voluntaria y confidencial; enseguida se les repartió el instrumento y la misma leyó en voz alta las instrucciones impresas en los cuestionarios a los estudiantes, revisando con ellos cada uno de los instrumentos, con la finalidad de que los alumnos recibieran completos tanto los cuadernillos como las hojas de respuesta. La psicóloga instó a los jóvenes a que le hicieran saber cualquier duda que surgiera respecto a las

preguntas de las escalas e inventarios y se les pidió que contestaran el mismo, indicándoles que existiría confidencialidad de los datos obtenidos. En cuanto el alumno terminaba, la psicóloga les daba las gracias por colaborar en la investigación. La aplicación por grupo duró aproximadamente 1 hr.

4.- Análisis de datos: Una vez contestados los instrumentos, se realizó el análisis de los datos mediante el programa SPSS (12.0), se utilizaron las pruebas r de Pearson para el análisis estadístico para evaluar la relación entre las variables y la t de Student para determinar si las diferencias son estadísticamente significativas entre las medias de dos grupos

5.- Finalmente, se integraron los datos para el reporte.

RESULTADOS

El total de adolescentes que participaron en el estudio fue de 228, siendo un 58.3% mujeres y un 41.7% hombres. Además de que el 37.7 % pertenecen a primer grado de secundaria, el 36.8 % cursan el segundo grado y el 25.4 % el tercer grado.

Se realizó el análisis estadístico de los datos, dando como resultado que si existe relación entre la depresión e ideación suicida en los alumnos de secundaria.

A continuación se mostrarán y describirán 1) los resultados de acuerdo al grado de conflictos familiares, depresión e ideación suicida que presentan los alumnos y 2) los resultados de las correlaciones encontradas entre los tres instrumentos mencionados anteriormente.

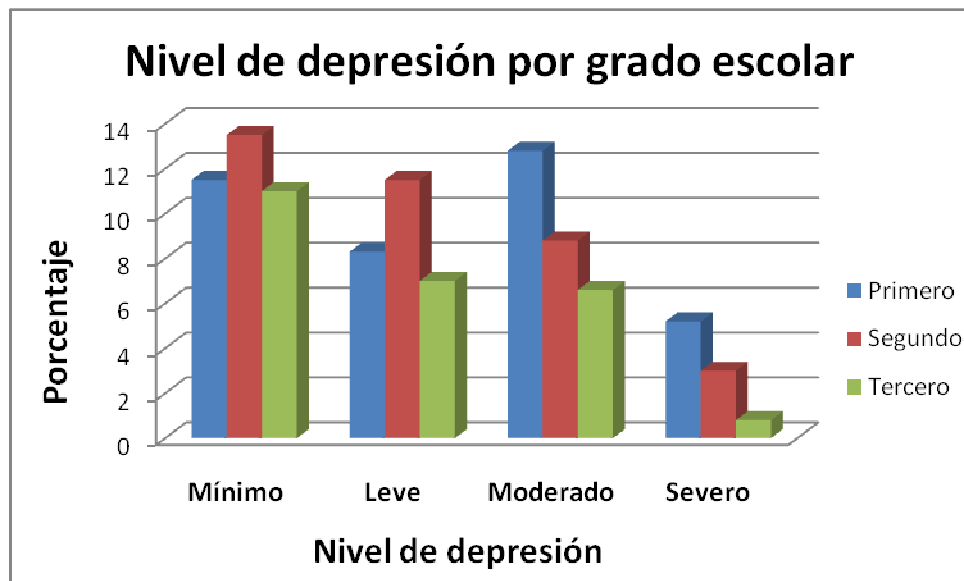
1) Resultados de acuerdo al grado de conflictos familiares, depresión e ideación suicida que presentan los alumnos

ψ De acuerdo a los resultados de la Escala de Clima social en la familia, aplicado a los tres grados, el resultado es el siguiente:

Muestran un grado de percepción de **conflictos familiares severo**, todos los alumnos de primero, segundo y tercer año, por lo que los datos obtenidos de esta escala, no se tomarán en cuenta para los análisis de los datos, ya que pueden representar un falso positivo.

ψ De acuerdo a los resultados del Inventario de **depresión** de Beck, aplicado a los tres grados, los resultados se muestran a continuación. En un primer momento se presentan los resultados generales del inventario y en un segundo momento se presentan los resultados por nivel de depresión de acuerdo al grado escolar y género.

Figura 1. Muestra los niveles de depresión por grados escolares.



Como puede observarse en la Fig. 1, el 11.5% de los alumnos de primer grado presentan un grado de *depresión mínima*, el segundo año presenta 13.5% de los alumnos, mientras que en tercer año, el 11% de los alumnos presentan este nivel de depresión. Así, el segundo grado es el que muestra mayor porcentaje de depresión mínima.

En cuanto al grado de *depresión leve*, los porcentajes de acuerdo al grado escolar son: 8.3% alumnos de primer año, de segundo año 11.5% alumnos y de tercer año solo 7% alumnos. Siendo nuevamente el segundo grado en el que el porcentaje de depresión leve es más alta.

Para el grado de *depresión moderado*, los resultados son los siguientes: en primer año hay una incidencia de depresión de este nivel de 12.8% de los alumnos, en segundo año existen 8.8% de alumnos que la presentan y finalmente en tercer año hay 6.6% de los alumnos solamente con este grado de depresión. Por lo que es el primer año donde existe un porcentaje más alto de nivel depresivo moderado.

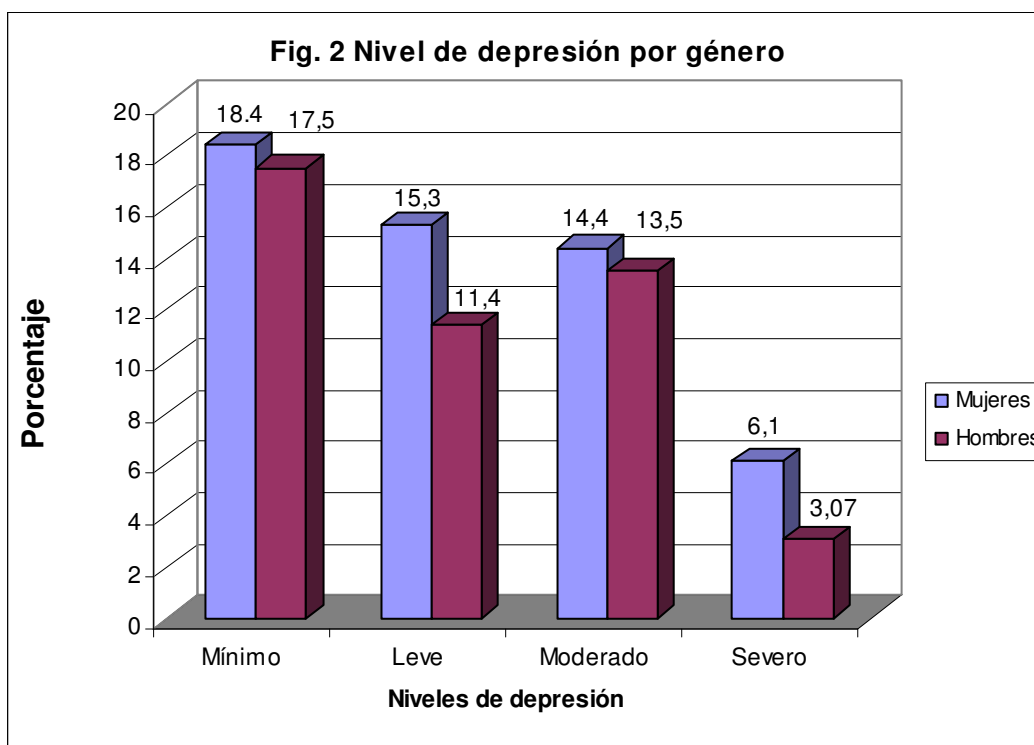
Finalmente en cuanto al grado de *depresión severo*, se encontró que en primer año hay 5.2% alumnos que se encuentran en este nivel de depresión, de segundo año son 3% alumnos y de tercer año se encontraron .08% alumnos

con este nivel. Siendo el primer año nuevamente en el que el nivel de depresión severo es más alto.

En términos generales, se puede observar que la mayor parte de los alumnos reportan tener niveles mínimos y leves de depresión (36% y 26.8% respectivamente), rangos que se consideran comunes de acuerdo a la edad. El 28% manifiesta depresión moderada y sólo el 9.2% depresión severa.

En cuanto a la incidencia de depresión mínima, leve, moderada y severa por grado y género en los adolescentes, los resultados son los que a continuación aparecen de manera más detallada.

Figura 2. Niveles de depresión por género



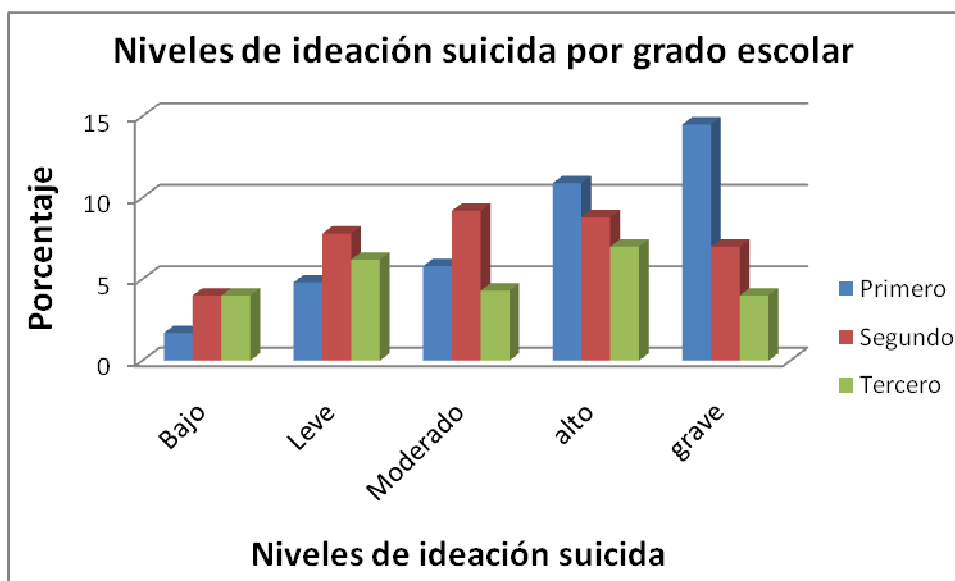
Como puede observarse en la Fig. 2, el porcentaje más alto de depresión en los alumnos es en el nivel mínimo con 18.4% en mujeres y un 17.5% en hombres, sin embargo presentan un grado de depresión moderada, 14.4% de las mujeres y un 13.5% de los hombres de la escuela, este nivel de depresión, es importante y de alarma en donde la escuela puede incidir en la detección de la misma antes de que pase a un nivel severo y sea necesario otro tipo de atención fuera de los recursos escolares.

Desafortunadamente en el nivel severo de depresión se encuentran un 6.1% de mujeres y un 3.07% de los hombres, en este caso es recomendable que los alumnos que se ubican dentro de este nivel, sean canalizados a una terapia psicológica para poder intervenir en la disminución de la depresión de manera profesional.

ψ De acuerdo a los resultados del Inventario de Orientaciones Suicidas, aplicado a los 3 grados, los resultados son los siguientes:

ψ De acuerdo a los resultados del Inventario de Orientaciones Suicidas, aplicado a los 3 grados, los resultados se muestran a continuación. En un primer momento se presentan los resultados generales del inventario, en un segundo momento se presentan los resultados por nivel de ideación suicida de acuerdo al grado escolar y género.

Figura 3. Porcentaje en nivel de ideación suicida por grados escolares.



Como puede observarse en la Fig. 3, el 1.7 % de los alumnos de primer año presentan un grado de ideación suicida bajo, en segundo y tercer año son 4% de los alumnos, respectivamente, siendo estos 2 grados escolares los que presentan más ideación suicida baja.

En cuando al grado de ideación suicida leve, son 4.8% de los alumnos de primer año quienes presentan este nivel, en el segundo año son 7.8% de los alumnos y el tercer año cuenta con un 6.2 %, de los alumnos con ideación

suicida leve, con lo que podemos observar que son los alumnos de segundo año los que más altos salen en este nivel de ideación suicida.

En el nivel de ideación suicida moderado, los resultados son los siguientes: primer año hay 5.8% alumnos que lo presentan, en segundo año son 9.2% alumnos en este nivel y en tercer año hay 4.3% alumnos con este nivel de ideación suicida, siendo los chicos de segundo año los que más incidencia presentan en este nivel moderado de ideación suicida.

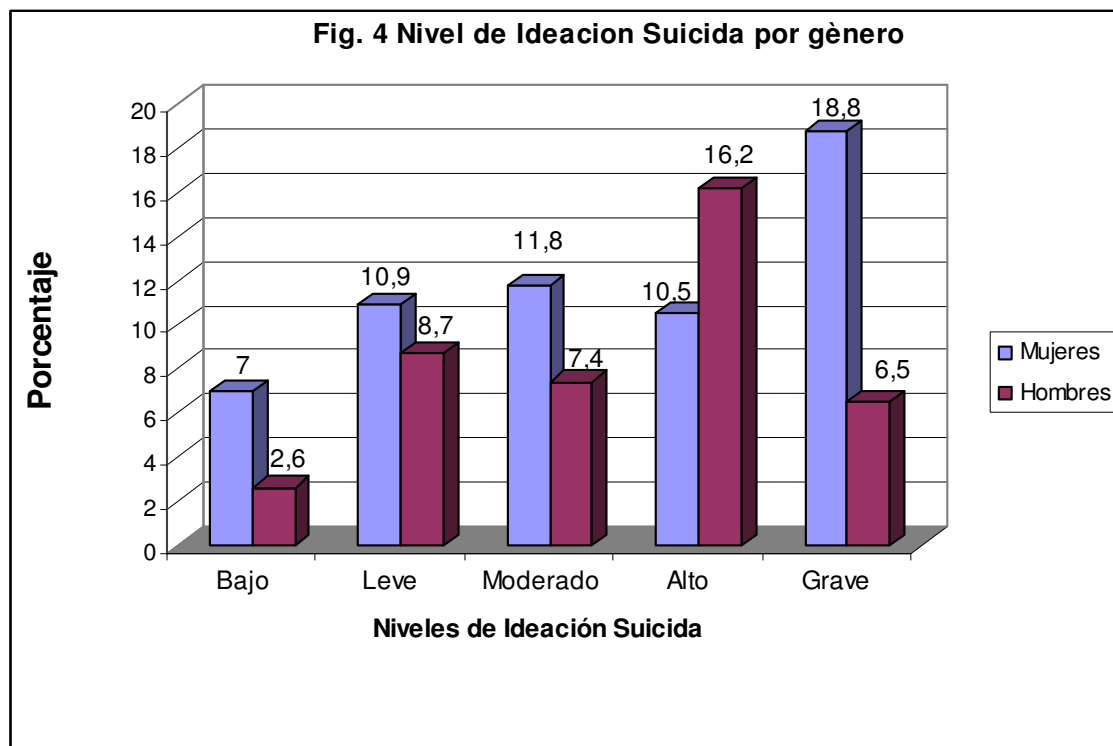
En cuanto al nivel alto de ideación suicida tenemos que hay 10.9% alumnos de primer año que reportan tener este nivel de ideación, de segundo año son 8.8% alumnos y de tercer año hay % alumnos dentro de este nivel, de acuerdo a estos datos son los alumnos de primer año quienes salen más elevados en el nivel de ideación suicida alto.

Finalmente en el grado de ideación suicida grave, existen 14.5% alumnos de primer año que representan este nivel, los alumnos de segundo año son 7% en esta situación y en cuanto a tercer año son 4% alumnos que se encuentran dentro del nivel grave de ideación suicida, por lo que son los alumnos de primer año en los que predomina este nivel de ideación.

En términos generales, se puede observar que la mayor parte de los alumnos reportan tener niveles altos y graves de ideación suicida (26.7% y 25.5% respectivamente), rangos que se consideran graves debido a que son niveles en los que es mucho más factible que los adolescentes puedan pasar de la ideación, a consumir el acto suicida si no se da una intervención psicológica oportuna. El 19.3% manifiesta ideación suicida moderada, el 18.8% ideación suicida leve y sólo el 9.7% ideación suicida baja.

A continuación se describirán los resultados por nivel de ideación suicida de acuerdo al género.

Figura 4. Nivel de ideación suicida por género



En la Fig. 4, puede observarse que el 11.8% de las mujeres a nivel escolar presentan un grado de ideación suicida moderado, al igual que el 7.4% de los hombres, en este nivel es importante incidir ya que se debe atender a tiempo antes de que pase a un nivel alto.

Así mismo manifiestan un grado de ideación suicida alto, 10.5% de las mujeres y un 16.2% de los hombres, datos que son alarmantes ya que en este nivel de ideación suicida, se requiere de la canalización de los alumnos a una terapia psicológica, de manera que se pueda tratar de forma profesional y se evite que se pase a un nivel grave, donde es más delicada aún, la situación de los alumnos.

Finalmente manifiestan un grado de ideación suicida grave, 18.8% de las mujeres y un 6.5% de los hombres, en este nivel, se requiere tomar acciones de inmediato de manera que se pueda tratar de forma profesional y se evite un intento o posible suicidio por parte de los alumnos que se encuentran en esta condición.

2) **Resultados de las correlaciones encontradas entre la depresión y la ideación suicida**

Con respecto a los resultados de correlación por grado y grupo los datos son los siguientes:

a) 1er grado, grupo A y B

En los grupos A y B de primer grado, se presenta una correlación estadística positiva entre la depresión y la ideación suicida ($r=.450$; $p< .001$). Esto quiere decir que a mayor depresión, mayor ideación suicida tienen estos jóvenes.

b) 2do grado, grupo A y B

En los grupos A y B de segundo grado existe una correlación estadística positiva entre la depresión e ideación suicida en los adolescentes ($r= .638$; $p<.01$), lo que significa que a mayor depresión, mayor ideación suicida.

c) 3er grado, grupo A y B

En los grupos A y B de tercer grado hay una correlación estadística positiva entre la depresión y la ideación suicida ($r=.626$; $p<.01$) lo cual quiere decir que a mayor depresión, mayor ideación suicida en los jóvenes.

Como se puede observar, en los tres grados de secundaria existe una correlación positiva entre la depresión y la ideación suicida, lo cual pudiera indicarnos que los alumnos que tienen algún grado de depresión, tienen una alta probabilidad de presentar ideación suicida y que entre mas tiempo pase sin dar atención psicológica a la depresión o la ideación suicida, estas pueden aumentar de nivel y quizás llegar al suicidio consumado.

Con respecto a las correlaciones encontradas en cuanto al género y el grado escolar que cursan los adolescentes, los datos son los siguientes:

A) MUJERES

a) 1er grado

En las mujeres de primer grado, existe correlación estadística positiva entre la depresión y la ideación suicida ($r= .492$; $p<.01$), lo cual quiere decir que

a mayor depresión, mayor ideación suicida presentan las mujeres de este plantel pertenecientes al primer grado.

b) 2do grado

En las chicas de segundo grado, se encontró que hay correlación estadística positiva entre la depresión y la ideación suicida ($r = .669$; $p < .01$), lo que indica que a mayor depresión, mayor ideación suicida.

c) 3er grado

En las adolescentes de tercer grado hay una correlación estadística negativa entre la depresión y la ideación suicida ($r = .694$; $p < .01$) lo que significa que a mayor depresión, menor ideación suicida.

B) HOMBRES

a) 1er grado

En los hombres de primer grado hay una correlación estadística negativa entre la depresión y la ideación suicida ($r = .345$; $p < .05$) esto quiere decir que a mayor depresión en los chicos, menor ideación suicida tienen.

b) 2do grado

En los chicos de segundo grado se encontró una correlación estadística positiva entre la depresión y la ideación suicida ($r = .588$; $p < .01$) lo cual indica que a mayor depresión mayor ideación suicida tienen los adolescentes.

c) 3er grado

En los adolescentes de tercer grado, correlacionan positivamente la depresión y la ideación suicida ($r = .553$; $p < .05$) lo cual quiere decir que a mayor depresión mayor ideación suicida.

Finalmente cabe destacar que en cuanto a las correlaciones de la percepción de los conflictos familiares con la depresión y la ideación suicida, como se comento en un inicio todos los alumnos de primero, segundo y tercer año, muestran un grado de percepción de conflictos familiares severo, por lo

que los datos obtenidos de esta escala, no se tomarán en cuenta para los análisis de los datos, ya que pueden representar un falso positivo.

Con todos los resultados anteriormente citados podemos darnos cuenta de la situación delicada que están viviendo los adolescentes, ya que los niveles de depresión en ellos son altos, así como el nivel de ideación suicida que presentan, por lo que es importante dar atención psicológica de manera apremiante a los alumnos con niveles de depresión e ideación suicida altos o graves para que no lleguen a cometer un acto suicida, así como darle atención psicológica también a los adolescentes con niveles bajos o leves de depresión e ideación suicida para que estos niveles no aumenten.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Uno de los aspectos que se pretende rescatar de acuerdo a los resultados del presente trabajo, es aportar datos que complementan el panorama que existe respecto a la depresión, la ideación suicida y la percepción de los conflictos familiares en los adolescentes mexicanos, tomando en cuenta que en la búsqueda de investigaciones relacionadas con este tema, son pocos los estudios empíricos y no se cuenta con información completa relacionada con estadísticas epidemiológicas respecto de la ideación suicida, como lo indica Reyes (2008) cuando dice que son pocos los estudios realizados sobre intentos de suicidio y escasos sobre ideación suicida, así como González, Berenzon y Jiménez, (1999) al decir que en México actualmente existen muy pocos registros estadísticos sobre los intentos y los suicidios consumados en la población adolescente.

El presente estudio tuvo como objetivo, comparar si existe relación entre la percepción de conflictos familiares y la depresión e ideación suicida en los adolescentes de secundaria de 12 a 16 años. Un segundo objetivo fue investigar si los adolescentes de los tres grados de secundaria, perciben o no conflictos familiares como detonantes para la presentación de la depresión e ideación suicida en ellos y finalmente comparar la incidencia de depresión e ideación suicida por género en los adolescentes que perciben conflictos familiares en sus hogares.

De acuerdo al primer objetivo de comparar si existe relación entre la percepción de conflictos familiares y la depresión e ideación suicida en los adolescentes de secundaria de 12 a 16 años, podemos decir que en este estudio, si se cumple el objetivo en relación a que se encontró que a mayor presencia de depresión, mayor presencia de ideación suicida en los adolescentes de primero, segundo y tercer año, por lo que es necesario contemplar la comorbilidad entre la depresión y la ideación suicida, sin embargo como ya se mencionó en los resultados, los datos obtenidos en la percepción de la escala de conflictos familiares no se tomaron en cuenta por los motivos anteriormente citados.

Tanto la depresión como la ideación e intento suicida, son factores que contribuyen a la alteración de la dinámica familiar, función laboral, actividades personales, además de que es un problema personal y social. (González, 2003).

Otro de los objetivos fue investigar si los adolescentes de los tres grados de secundaria, perciben o no conflictos familiares como detonantes para la presentación de la depresión e ideación suicida en ellos, quedando descartada la idea de que a mayores conflictos familiares, mayor depresión e ideación suicida, debido a que no se tomaron en cuenta las respuestas de los adolescentes en el rubro de la percepción de conflictos familiares, ya que el nivel de todos los alumnos en cuanto a la percepción de los conflictos es alto y no corresponde a los niveles de depresión e ideación suicida que ellos presentaron.

Se encontró que en primer año es donde hay mas porcentaje de depresión moderada (33.6%) y de ideación suicida grave (38.7%), en segundo año la depresión leve (36.8%) es la que más predomina, y la ideación suicida moderada (25%), finalmente en el tercer año, el nivel de depresión leve (43.1%), es mas predominante y la ideación suicida alta (27.5%), por lo que se puede concluir que, son los chicos de primer grado en los que la presencia de la depresión moderada se hace más fuerte, así como la ideación suicida grave, por lo que sería conveniente la intervención psicológica de manera prioritaria.

Es necesario contemplar que los porcentajes de depresión e ideación suicida son altos, por lo que el riesgo en esta población en general, no se debe perder de vista, ya que su presencia tiene implicaciones vitales sobre estos jóvenes estudiantes y por lo tanto en su núcleo familiar y social.

Finalmente el último objetivo de esta investigación fue comparar la incidencia de depresión e ideación suicida por género en los adolescentes que perciben conflictos familiares en sus hogares, debido a que los resultados de la percepción de conflictos familiares no se toman en cuenta, solo se puede decir que son las mujeres las que más tendencia tienen de depresión e ideación

suicida, sobre los hombres, sin que la percepción de conflictos familiares tenga que ver en estas variables.

Estos resultados, al igual que lo encontrado en la literatura consultada, indican que de manera general, la población en la que se encuentra mayor presencia de depresión es en las mujeres, ya que muestran un índice de depresión dos a tres veces mayor que los hombres, y en cuanto a los intentos de suicidio, en su mayoría son realizados por mujeres, mientras que en los suicidios consumados, son los hombres los que más lo realizan. Es importante señalar que es mayor el número de mujeres que solicitan atención médica y también que tienen mayor facilidad para expresar conflictos emocionales, (Larson & Buss, 2005; Boschetti, 2004; Miranda, Cubillas, Román & Abril, 2009). Al respecto Pardo (2004), indica que la depresión se presenta más en mujeres que en hombres, debido a que las mujeres tienen que recibir y ofrecer mas soporte emocional a otros y se involucran en los problemas de los demás.

Es probable que un alto porcentaje de adolescentes que han cometido suicidio o aquellos cuyos intentos no han sido completados, hayan manifestado desde su infancia algunos indicadores de alerta que han sido pasados por alto por sus padres o maestros, aumentado así la sensación de no ser considerados valiosos para las personas significativas en sus vidas. Muchos de los adolescentes han vivido por largo tiempo con una sensación de vacío, lo cual ha producido en el adolescente un desequilibrio emocional, haciéndole creer que su única solución es dejar de existir, para eliminar completamente el dolor psicológico que lo atormenta y lo consume diariamente.

Las señales de alarma deben ser consideradas fundamentales e importantes al hablar de este tema, el hecho de disminuir la importancia puede ubicar en un riesgo aún mayor al adolescente para quitarse la vida, el hecho de no haber cometido un intento previo, no quiere decir que el adolescente no presente realmente el deseo de matarse, puede ser que simplemente no tuvo la oportunidad de hacerlo o hasta el momento no planificó el acto. Todos los indicadores deben de ser considerados como importantes al momento de valorar a una persona de la cual se dude ponga en riesgo su vida, muchas

veces los síntomas depresivos en los adolescentes son tomados con frecuencia como «comportamiento normal del adolescente», se considera que son el producto de los cambios hormonales normales, lo que dificulta el diagnóstico o la ayuda a tiempo, (Cobo, 2006; Gonzales, Villatoro, Alcanzar, Medina, Fleiz, Bermudes & Amador; 2002), por lo cual inmediatamente se deben tomar las medidas necesarias para evitar llegar a un desenlace fatal.

El suicidio en adolescentes va en aumento y cada vez se ve más en las salas de urgencias de hospitales, intentos suicidas o mas bien defunciones por suicidio consumado. Y muchas de estas muertes, no se investigan, y quedan registradas como otras causas, lo que dificulta encontrar estadísticas al respecto. Teniendo en cuenta los datos encontrados en este estudio, se debe de considerar el suicidio en jóvenes, como un problema de salud pública, donde corresponde a trabajadores de la salud mental, en este caso a los psicólogos, hacer conciencia de los síntomas de alarma y factores de riesgo en profesionistas de la salud, maestros, padres de familia y la población en general, con el fin de evitar lo más posible futuros casos de suicidio en cualquier edad.

Es pertinente confirmar de alguna manera, que el ambiente familiar en el que se desenvuelve el adolescente, sí impacta sobre su conducta, ya que su ajuste social y emocional de los chicos, es mejor cuando sus familias son cohesivas, expresivas, organizadas y fomentan la independencia de sus miembros. De manera inversa, tienden a desajustarse cuando perciben que en sus familias hay muchos conflictos y demasiado control, lo que puede provocarle sentimientos y pensamientos displacenteros que en cierto momento pudieran acentuarse y llegar a tomar forma de sintomatología depresiva (Delval, 1994).

En general algunos de los aspectos a rescatar como resultados y conclusiones principales de este estudio son:

a) Existe correlación entre la depresión y la presencia de la ideación suicida, pero no de la percepción de los conflictos familiares.

b) Las mujeres son quienes tienen el mayor porcentaje de depresión e ideación suicida, particularmente el grupo de edad de los 11 y 12 años.

c) Todos los alumnos de la secundaria reportaron percibir conflictos familiares en sus hogares, pero a pesar de ello, esos resultados no fueron tomados en cuenta para el estudio.

De todos estos datos se extraen algunas conclusiones, como la importancia del núcleo familiar para evitar el riesgo de suicidio. Por otro lado, los psicólogos tienen que estar más alerta para detectar mediante historias clínicas exhaustivas, las conductas suicidas en sus pacientes adolescentes, no sólo haciendo hincapié en los antecedentes personales, sino también en el ámbito familiar. Pero lo que realmente es fundamental, fomentar la unidad familiar y la comunicación entre sus miembros que permitan encontrar a tiempo los posibles rasgos suicidas en los hijos.

Una de las contribuciones de este trabajo radica en que salen a la luz datos de una población estudiantil representativa de los adolescentes a nivel municipal, recordando que esta población está especialmente susceptible a desarrollar una depresión, ya sea por los cambios que está enfrentando o por una suma de conflictos que ahora los tiene presentes. Esta etapa, suele ser una de las más significativas a lo largo de la vida ya que en ella suceden los cambios más importantes que determinarán más que en otras, el carácter y comportamiento de la persona.

Con estos datos se logra un acercamiento a la dimensión real del problema, por lo que un aspecto que ha de considerarse en futuros estudios, es afinar el instrumento para poder identificar cuándo realmente hay conflictos familiares en los hogares de los adolescentes.

Así, los resultados del presente estudio constituyen un elemento esencial en el área preventiva, pues nos brindan indicadores que permiten evaluar a la población de adolescentes que está en riesgo de desarrollar depresión e ideación suicida.

A partir de estos resultados, se presentan como planteamientos de desarrollo en investigación y prevención los siguientes:

Dado que son muy pocos los adolescentes que han realizado un intento de suicidio y consultaron a un profesional, es necesario realizar acciones de prevención e información sobre esta situación antes que nada.

A nivel escolar, se puede detectar y entrevistar a aquellos adolescentes que bruscamente disminuyan su rendimiento, tengan problemas de conducta, o falten reiteradamente a clases.

Una vez instalado el intento de suicidio, es necesaria una acción rápida, especializada e interdisciplinaria, de abordaje integral que convoque y comprometa a la familia y a la red de amigos. Los padres desempeñan un papel vital de apoyo en cualquier proceso de tratamiento.

Es de suma importancia que al tratar adolescentes con ideación suicida se incluya a la familia, incluso al círculo social más cercano, de tal manera que se logre el apoyo y contención considerado como ausente o perdido.

En el tratamiento de este problema social por el que muchos adolescentes están pasando, el psicólogo tiene una gran y valiosa participación debido a que son los profesionistas que tienen la capacidad y los conocimientos para evaluar los aspectos emocionales, psicológicos y sociales de un paciente.

El psicólogo es visto como el profesional más competente para realizar la psicoterapia y como un importante agente de apoyo para las familias de los adolescentes que no saben cómo darle solución a sus problemas.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Z, Ramírez J, Silva R, Coffin C y Jiménez R. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9 (2), 205-216. Universidad Nacional Autónoma de México. México
- Barcelata E y Gómez M. (2006). Influencia de un Programa Psicoeducativo para Padres en la Identificación de Problemas Emocionales en Adolescentes. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, (8), 1-15.
- Bobes G, Saiz G, Pilar A, Garcia P, Maria P, y Bascaran F. (2004). *Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars medica.
- Boschetti, F. (2004). La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, 6 (3), 61-63.
- Cantoral G, Méndez M, y Nazar A. (2005). *Depresión en adolescentes. Un análisis desde la perspectiva de género*. Recuperado de: www.ecosur.mx/Difusi%F3n/ecofronteras/ecofrontera/ecofront21/depression.pdf
- Castañeda, A. (2003). *Características psicosociales del adolescente parasuicida*. Instituto de Salud del niño. Recuperado de: http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art31001
- Casullo, M. (2003). *Adolescentes en riesgo identificación y orientación psicológica*. Buenos Aires: Paidós.
- Cobo, O. (2006). La Depresión en los Adolescentes. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, (8), 1-10.
- Coffin, N. (2006). Tendencia generacional de diferentes procesos psicológicos en adolescentes. México, Tesis de Doctorado, UNAM,
- Copello, L. (s/a). *Violencia, depresión y adicción en los jóvenes recursos para prevenir desde la escuela y la familia*. Unidad de Coordinación de Políticas de Juventud Subsecretaría de Promoción e Integración Social Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://estatico.buenosaires.gov.ar/generacionba/observatorio/pdf/violencia.pdf>

- Córdova M, Rosales, C, y Eguiluz L. (2005). La ideación suicida en jóvenes: indicadores psicosociales. *Proyecto Salud y Familia Carrera de Psicología. Facultad de Estudios Profesionales Iztacala.*
- Corina B, Guilherme B, Medina M, Fleiz B, Zambrano R. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública México*; 46 (5), 417-424.
- Delval, J. (1994). *El desarrollo humano*. México: Siglo XXI. Cáp. 10, 21, 22 y 23.
- Del Bosque, G. (2006). Conducta suicida y adolescencia. *Departamento de Psiquiatría, Hospital Infantil de México Federico Gómez, México, D.F., México*. 63 (4), 221-222.
- Del Valle, F. (2008). *Tipos de Familias*. Recuperado de:
<http://www.scribd.com/doc/5365753/TIPOS-DE-FAMILIAS>
- Diarios de OEM. (2007). *Es el suicidio tercera causa de muerte infantil: Conapo*. Organización Editorial Mexicana. México. Recuperado de:
<http://www.oem.com.mx/esto/notas/n267715.htm>
- Díaz, G. (1982). *Psicología del mexicano*. México, Mexico: Trillas. Cáp. 1 y 3.
- Diccionario de la lengua española. (2001). *Real Academia Española*. Vigésima segunda edición, Madrid. En línea: <http://www.rae.es>
- Eguiluz, L. (2003). Ideación suicida en los jóvenes: Prevención y asistencia. *Revista Perspectivas Sistémicas*. 15 (78), 3-6.
- García de J y Peralta V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *ANALES San Navarra Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino, Pamplona*. 25 (3), 87-96.
- Gómez, M. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 39 (3), 435-447.
- González F, Ramos L, Caballero G, y Wagner E. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*.15 (4), 524-532.
- González F, Jiménez T, Ramos L, y Wagner E. (2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*. 5 (4), 292-299.

- González F, Berenzon G, Tello G, Facio F, y Medina M. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública México*. 40, 430-437.
- Gonzalez F, Berenzon S, y Jiménez A. (1999). Al borde de la muerte: problemática suicida en adolescentes. *Salud Mental*. Numero Especial. México.
- González F, Ramos L, Vignau B, y Ramírez V. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*. 24 (006), 35-46.
- González F, Villatoro V, Alcantar E, Medina M, Fleiz B, Bermudes L, y Amador B. (2002). Prevalencia de Intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*. 5 (6), 298-304.
- Greden, F. (2003). *Tratamiento de la Depresión recidivante*. España: Ars Médica.
- Herrera M, Losada Y, Rojas L, Gooding L. (2009). Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia). *Colombia Avances en Psicología Latinoamericana*. 27 (1), 154-164.
- Herrera M, Núñez R, Sergio T, Arias H. (2009). Análisis bibliométrico de la depresión infantil. Universidad de Manizales (Colombia). *Pensamiento Psicológico*. 5 (12), 59-70.
- Larson, R. y Buss, D. (2005). *Psicología de la personalidad*. México: Mc Graw Hill.
- Martínez J, Moracén D, Madrigal S, Almenares A. (1998). Comportamiento de la conducta suicida infanto-juvenil. *Rev Cubana Med Gen Integr* 14(6), 554-559.
- Mendizábal R y Anzures L. (1999). La familia y el adolescente. *Revista Médica Del Hospital General De México*. 62 (3), 191-197.
- Miranda de la Torre, Cubillas R, Román P y Abril V. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental*. 32 (6), 495-502.
- Mojarro P. (2008). Depresión y suicidio. Departamento de Psiquiatría. *Pediatría Integral*. 12 (10), 937-946.

- Mondragón L, Borges G y Gutiérrez R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*. 24 (6), 1-15.
- Mora, J. (1992). Análisis de la cohesión y adaptación familiar según la fase II, aplicado a adolescentes. México: Tesis de Licenciatura.
- Nateras, D. (2010). Adscripciones identitarias juveniles: tiempo y espacio social. *El cotidiano*. (163), 17-23.
- Nicolson, D. (2002). Problemas de la adolescencia guía práctica para el profesorado y la familia. Madrid: Nancea.
- OMS. (2006). Prevención del suicidio recurso para consejeros. *Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Trastornos Mentales y Cerebrales*. Ginebra. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf
- Pardo, G. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*. (13), 13-28.
- Passalacqua, A. (2011). *La problemática del suicidio en nuestra sociedad*. A raíz. Recuperado de: http://www.suicidologia.org.ar/files/problematika_suicidio_sociedad_-_passalacqua.pdf
- Pérez, S. (2006). Jóvenes suicidas, tendencia en aumento. *El Universal México*.
- Puentes R, López M, y Martínez M. (2004). La mortalidad por suicidios: México 1990–2001. *Rev Panam Salud Pública*. 16 (2), 102-109.
- Ramón F. (s/a). Problemas de salud del adolescente. *Desarrollo y salud integral del adolescente*. Pontifica universidad católica de chile. Chile.
- Rice, P. (2000.) *Adolescencia y desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Rius, B. (1996). La Influencia de la Familia en las Organizaciones Familiares Mexicanas. Recuperado de: <http://cedef.itam.mx/PDF/Lainfluenciadelafamiliaenlasorganizaiconesfamiliaresmexicanas.pdf>
- Reyes, V. (2008). El comportamiento suicida y su relación con el auto concepto y la depresión en los adolescentes. *Congreso SOPPAC*. Gto. México.

- Recuperado de: www.sopac-leon.com/soppac/Articulos%5C Hectorreyes.pdf
- Rodríguez Á, y Ortiz R. (2008). Depresión Infantil. *Revista científica electrónica de psicología*. (6), 77-88.
- Rojtenberg, L. (2001). Depresiones y Antidepresivos. Argentina: Panamericana.
- Rossello, J. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños. *Revista interamericana de psicología*. 38 (2), 295-302.
- Salud México. (2006). Información para la rendición de cuentas. *Secretaría de Salud México*. Recuperado de: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/racs/sm2006.pdf>
- Caraveo A, Colmenares B, Martínez B. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública México*. 44 (6), 492-498.
- Salvo G. y Melipillán A. (2008) Predictores de Suicidalidad en adolescentes. *Rev Chil Neuro-psiquiat*. 46,(2), 115-123.
- Secretaría de Salud. (1995). México.
- Treviño J, Sàiz M, Bobes, G. (2006). Suicidio y depresión. *Humanistas humanidades médicas*. (9), 1-16.
- Vallejo, R. y Gastó, F. (2000). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. España: Masson.
- Vielva, Pantoja y Abeijon (2001). Las familias y sus adolescentes ante las drogas. El funcionamiento de la familia con hijos (consumidores y no consumidores de drogas) de comportamiento no problemático. Universidad del busto: Bilbao
- Yapko, M. (2006). Para romper los patrones de la depresión. México: Pax.

ANEXOS

Anexo 1: Inventario de Depresión de Beck (BDI)

BDI**RECUERDA NO ESCRIBIR SOBRE ESTE CUADERNILLO**

Escoge una oración de cada grupo que describa la manera en que te sentiste la semana pasada, inclusive el día de hoy. Encierra en un círculo en la hoja de respuestas solo la oración que más se acerca a la forma en que te sentiste. Asegúrate de leer todas las oraciones.

Pregunta 1

0. Yo no me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

Pregunta 2

0. En general no me siento descorazonado por el futuro.
1. Me siento descorazonado por mi futuro.
2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro.
3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

Pregunta 3

0. Yo no me siento como un fracasado.
1. Siento que he fracasado más que las personas en general.
2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.
3. Siento que soy un completo fracaso como persona.

Pregunta 4

0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.
1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.
2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo.

Pregunta 5

0. En realidad no me siento culpable.
1. Me siento culpable una gran parte del tiempo.
2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable todo el tiempo.

Pregunta 6

0. Yo no me siento que esté siendo castigado.
1. Siento que podría ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que he sido castigado.

Pregunta 7

0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo.
1. Estoy desilusionado de mí mismo.
2. Estoy disgustado conmigo mismo.
3. Me odio.

Pregunta 8

0. Yo no me siento peor que otras personas.
1. Me critico a mi mismo por mis debilidades o errores.
2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

RECUERDA NO ESCRIBIR SOBRE ESTE CUADERNILLO

Pregunta 9

0. Yo no tengo pensamientos suicidas.
1. Tengo Pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo.
2. Me gustaría suicidarme.
3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

Pregunta 10

0. Yo no lloro más de lo usual
1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
2. Actualmente lloro todo el tiempo.
3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.

Pregunta 11

0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar.
1. Me enojo o irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado todo el tiempo.
3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.

Pregunta 12

0. Yo no he perdido el interés por la gente.
1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar.
2. He perdido en gran medida el interés en la gente.
3. He perdido todo el interés en la gente.

Pregunta 13

0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho.
1. Pospongo tomar decisiones más que antes.
2. Tengo más dificultad en tomar las decisiones que antes.
3. Ya no puedo tomar decisiones.

Pregunta 14

0. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía.
1. Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a).
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a).
3. Creo que me veo feo (a).

Pregunta 15

0. Puedo trabajar tan bien como antes.
1. Requero de más esfuerzo para iniciar algo.
2. Tengo que obligarme para hacer algo.
3. Yo no puedo hacer ningún trabajo.

Pregunta 16

0. Puedo dormir tan bien como antes.
1. Ya no puedo dormir tan bien como solía hacerlo.
2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.
3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir.

Pregunta 17

0. Yo no me canso más de lo habitual.
1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.
2. Con cualquier cosa que haga me canso.
3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa.

RECUERDA NO ESCRIBIR SOBRE ESTE CUADERNILLO

Pregunta 18

- 0. Mi apetito no es peor de lo habitual.
- 1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.
- 2. Mi apetito está muy mal ahora.
- 3. No tengo apetito de nada.

Pregunta 19a

- 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente.
- 1. He perdido más de dos kilogramos.
- 2. He perdido más de cinco kilogramos.
- 3. He perdido más de ocho kilogramos.

Pregunta 19b

- 1. Sí
- 2. No

Pregunta 20

- 0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes.
- 1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación.
- 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.
- 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

Pregunta 21

- 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba.
- 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo de lo que estaba.
- 3. Estoy mucho menos interesado en el sexo que ahora.
- 4. He perdido completamente el interés por el sexo.

Anexo 2: Inventario de Orientaciones Suicidas (IOS)

IOS
RECUERDA NO ESCRIBIR SOBRE ESTE CUADERNILLO

Lee con atención las siguientes frases. Trata de responder a cada una de ellas pensando en como te sentiste en los últimos meses. Para cada una de las 30 frases tienes cuatro opciones de respuesta.

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| 1.- Estoy totalmente de acuerdo | 2.- En parte estoy en desacuerdo |
| 3.- En parte estoy de acuerdo | 4.- Estoy totalmente de acuerdo |

Circula el número que corresponde a tu respuesta en el cuadernillo de respuestas.

- 1) Debo de ser un (a) soñador (a), dado que siempre espero cosas que no ocurren.

1	Estoy totalmente en desacuerdo	2	En parte estoy en desacuerdo
3	En parte estoy de acuerdo	4	Estoy totalmente de acuerdo
- 2) En el futuro hay para mí muchas posibilidades de ser feliz.

1	Estoy totalmente en desacuerdo	2	En parte estoy en desacuerdo
3	En parte estoy de acuerdo	4	Estoy totalmente de acuerdo
- 3) Generalmente pienso que aun los peores sentimientos van a desaparecer.

1	Estoy totalmente en desacuerdo	2	En parte estoy en desacuerdo
3	En parte estoy de acuerdo	4	Estoy totalmente de acuerdo
- 4) Confío en que los que se preocupan por mí no me van a abandonar si tengo un fracaso.

1	Estoy totalmente en desacuerdo	2	En parte estoy en desacuerdo
3	En parte estoy de acuerdo	4	Estoy totalmente de acuerdo
- 5) Las personas con las que me relaciono no me necesitan en absoluto.

1	Estoy totalmente en desacuerdo	2	En parte estoy en desacuerdo
3	En parte estoy de acuerdo	4	Estoy totalmente de acuerdo
- 6) Mientras crecía me hicieron creer que la vida es justa. Creo que me mintieron, porque no es justa para nada.

1	Estoy totalmente en desacuerdo	2	En parte estoy en desacuerdo
3	En parte estoy de acuerdo	4	Estoy totalmente de acuerdo
- 7) Mi vida se ha desarrollado, en general, en la forma que yo quise.

1	Estoy totalmente en desacuerdo	2	En parte estoy en desacuerdo
3	En parte estoy de acuerdo	4	Estoy totalmente de acuerdo
- 8) Quisiera poder hacer que duren más los buenos momentos, pero no puedo.

1	Estoy totalmente en desacuerdo	2	En parte estoy en desacuerdo
3	En parte estoy de acuerdo	4	Estoy totalmente de acuerdo
- 9) Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor.

1	Estoy totalmente en desacuerdo	2	En parte estoy en desacuerdo
3	En parte estoy de acuerdo	4	Estoy totalmente de acuerdo
- 10) Creo que seré incapaz de tener suficiente coraje como para enfrentar la vida.

1	Estoy totalmente en desacuerdo	2	En parte estoy en desacuerdo
3	En parte estoy de acuerdo	4	Estoy totalmente de acuerdo

RECUERDA NO ESCRIBIR SOBRE ESTE CUADERNILLO

- 11) Tengo las cualidades necesarias para ser feliz.
- | | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Estoy totalmente en desacuerdo | 2 | En parte estoy en desacuerdo |
| 3 | En parte estoy de acuerdo | 4 | Estoy totalmente de acuerdo |
- 12) Cuando algo malo me sucede, siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.
- | | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Estoy totalmente en desacuerdo | 2 | En parte estoy en desacuerdo |
| 3 | En parte estoy de acuerdo | 4 | Estoy totalmente de acuerdo |
- 13) Aunque este muy enojado/a, puedo pensar con claridad si me lo propongo.
- | | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Estoy totalmente en desacuerdo | 2 | En parte estoy en desacuerdo |
| 3 | En parte estoy de acuerdo | 4 | Estoy totalmente de acuerdo |
- 14) Las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos.
- | | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Estoy totalmente en desacuerdo | 2 | En parte estoy en desacuerdo |
| 3 | En parte estoy de acuerdo | 4 | Estoy totalmente de acuerdo |
- 15) Para impedir que las cosas empeoren, creo que el suicidio es la solución.
- | | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Estoy totalmente en desacuerdo | 2 | En parte estoy en desacuerdo |
| 3 | En parte estoy de acuerdo | 4 | Estoy totalmente de acuerdo |
- 16) Si alguien logra algo que yo no tengo, siento que es injusto.
- | | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Estoy totalmente en desacuerdo | 2 | En parte estoy en desacuerdo |
| 3 | En parte estoy de acuerdo | 4 | Estoy totalmente de acuerdo |
- 17) Aunque me sienta desesperanzado/a, sé que las cosas pueden mejorar.
- | | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Estoy totalmente en desacuerdo | 2 | En parte estoy en desacuerdo |
| 3 | En parte estoy de acuerdo | 4 | Estoy totalmente de acuerdo |
- 18) Cuando mi vida enfrenta alguna dificultad, me confundo.
- | | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Estoy totalmente en desacuerdo | 2 | En parte estoy en desacuerdo |
| 3 | En parte estoy de acuerdo | 4 | Estoy totalmente de acuerdo |
- 19) Siento como si no perteneciera a ningún lado.
- | | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Estoy totalmente en desacuerdo | 2 | En parte estoy en desacuerdo |
| 3 | En parte estoy de acuerdo | 4 | Estoy totalmente de acuerdo |
- 20) Pienso en morirme como una forma de resolver mis problemas.
- | | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Estoy totalmente en desacuerdo | 2 | En parte estoy en desacuerdo |
| 3 | En parte estoy de acuerdo | 4 | Estoy totalmente de acuerdo |
- 21) Antes creía que podía llegar a ser alguien especial. Ahora sé que no es posible.
- | | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Estoy totalmente en desacuerdo | 2 | En parte estoy en desacuerdo |
| 3 | En parte estoy de acuerdo | 4 | Estoy totalmente de acuerdo |
- 22) Siento que puedo controlar mi vida.
- | | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Estoy totalmente en desacuerdo | 2 | En parte estoy en desacuerdo |
| 3 | En parte estoy de acuerdo | 4 | Estoy totalmente de acuerdo |
- 23) Cuando me emociono mucho, siento que mi cuerpo me controla y no puedo dominarlo.
- | | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Estoy totalmente en desacuerdo | 2 | En parte estoy en desacuerdo |
| 3 | En parte estoy de acuerdo | 4 | Estoy totalmente de acuerdo |

RECUERDA NO ESCRIBIR SOBRE ESTE CUADERNILLO

- 24) Cuando algo me sale mal, quiero esconderme, desaparecer.
- | | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Estoy totalmente en desacuerdo | 2 | En parte estoy en desacuerdo |
| 3 | En parte estoy de acuerdo | 4 | Estoy totalmente de acuerdo |
- 25) Para no sentirse mal o solo/a, la solución es morirse.
- | | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Estoy totalmente en desacuerdo | 2 | En parte estoy en desacuerdo |
| 3 | En parte estoy de acuerdo | 4 | Estoy totalmente de acuerdo |
- 26) Nadie me querría si realmente me conocieran bien.
- | | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Estoy totalmente en desacuerdo | 2 | En parte estoy en desacuerdo |
| 3 | En parte estoy de acuerdo | 4 | Estoy totalmente de acuerdo |
- 27) Posiblemente llegue a ser la clase de persona que quiero ser.
- | | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Estoy totalmente en desacuerdo | 2 | En parte estoy en desacuerdo |
| 3 | En parte estoy de acuerdo | 4 | Estoy totalmente de acuerdo |
- 28) Nunca senti que estaba a punto de quebrarme, de hacerme pedazos.
- | | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Estoy totalmente en desacuerdo | 2 | En parte estoy en desacuerdo |
| 3 | En parte estoy de acuerdo | 4 | Estoy totalmente de acuerdo |
- 29) Los que me quieren se equivocan. Con el tiempo se van a dar cuenta de cómo soy realmente.
- | | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Estoy totalmente en desacuerdo | 2 | En parte estoy en desacuerdo |
| 3 | En parte estoy de acuerdo | 4 | Estoy totalmente de acuerdo |
- 30) Si mis cosas empeoraran, creo que me mataría.
- | | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Estoy totalmente en desacuerdo | 2 | En parte estoy en desacuerdo |
| 3 | En parte estoy de acuerdo | 4 | Estoy totalmente de acuerdo |

Anexo 3: Escala de Clima social en la familia

MOOS
RECUERDA NO ESCRIBIR SOBRE ESTE CUADERNILLO

De las 27 afirmaciones acerca de tu familia, debes decidir cual de estas afirmaciones son verdad en tu familia y cuales son falsas.

- 1.- En mi familia nos ayudamos unos a otros
- 2.- Los miembros de la familia, a menudo, se guardan sus sentimientos para sí mismos.
- 3.- Peleamos mucho en nuestra familia.
- 4.- Muchas veces da la impresión de que en casa solo estamos "pasando el rato".
- 5.- En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.
- 6.- En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados.
- 7.- En casa nos esforzamos mucho en todo lo que hacemos.
- 8.- En mi familia es difícil "desahogarse" sin molestar a todo el mundo.
- 9.- En casa a veces nos enfadamos tanto, que golpeamos o rompemos cosas.

- 10.- Existe un sentimiento de unión y cohesión en nuestra familia.
- 11.- En mi casa comentamos nuestros problemas personales.
- 12.- Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados.
- 13.- Rara vez nos ofrecemos voluntariamente a hacer algo en casa.
- 14.- Si se nos antoja hacer algo al momento simplemente lo hacemos sin pensarlo mucho.
- 15.- Los miembros de la familia frecuentemente nos criticamos unos a otros.
- 16.- Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unos a otros.
- 17.- En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado.
- 18.- En mi familia a veces nos peleamos a golpes.
- 19.- Hay muy poco espíritu de grupo en nuestra familia.
- 20.- En mi familia se habla abiertamente del dinero y de las deudas.
- 21.- Si hay un desacuerdo en nuestra familia nos esforzamos en poner las cosas en claro y mantener la paz.
- 22.- Realmente nos llevamos bien unos con los otros.
- 23.- En mi familia generalmente somos cuidadosos acerca de lo que nos decimos unos a otros.
- 24.- Los miembros de mi familia frecuentemente nos enfrentamos unos con otros.
- 25.- En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno de sus miembros.
- 26.- En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.
- 27.- En mi familia creemos que no se llega a ningún lado levantando la voz.