



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA**



**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
CLAVE DE INCORPORACIÓN 8901-25**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESINA

**“ANALIZAR RELACIÓN DE LA IDEALIZACIÓN SUICIDA CON LA
CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 14 A 16 AÑOS EN EL
MUNICIPIO DE XALATLACO”**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
ALISON SAMANTHA GÓMEZ JIMÉNEZ**

MATRICULA: 419564344

**DIRECTOR DE TESINA:
LIC. JORGE NOE GAMEZ MORA**

XALATLACO ESTADO DE MÉXICO A 16 DE JULIO DEL 2022.



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.

Índice

DEDICATORIAS.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	6
TEMA:.....	8
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:.....	8
VARIABLES:.....	8
OBJETIVOS:.....	8
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	8
HIPÓTESIS.....	9
POBLACIÓN.....	9
Muestra:.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I.....	13
DEPRESIÓN, EL DUELO, LA ANSIEDAD Y LA ADOLESCENCIA.....	13
1.1. ¿Qué es la depresión?.....	13
1.1.1. Depresión mayor (trastorno unipolar).....	15
1.1.2. Trastorno depresivo persistente.....	16
1.1.3. Trastorno disfórico premenstrual.....	17
1.1.4. Otro trastorno depresivo.....	18
1.1.5. Especificadores.....	19
1.1.6. Etiología.....	20
1.2. ¿Qué es el duelo?.....	22
1.2.1. Las 5 fases del duelo: la teoría de Elisabeth Kübler-Ross.....	23
1.3. ¿Qué es el trastorno de la ansiedad?.....	25
1.4. ¿Qué es la adolescencia?.....	28
1.4.1. Etapas de la adolescencia según la United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF).....	28
CAPITULO II.....	30
LA ADOLESCENCIA Y EL IMPACTO DE LA DEPRESIÓN, LA ANSIEDAD Y EL DUELO.....	30
2.1. ¿Qué es la depresión en los adolescentes?.....	30
2.1.1. ¿Qué causa la depresión en adolescentes?.....	30
2.1.2. ¿Cuáles son los síntomas de la depresión en adolescentes?.....	30

2.1.3. ¿Cuáles son los tratamientos para la depresión en adolescentes?	31
2.2. ¿Qué es la ansiedad en adolescentes?	33
2.2.1 Diferencias entre ellas y ellos	34
2.2.2 Causas de la ansiedad entre adolescentes	34
2.2.3 ¿Cómo se debe tratar la ansiedad en la adolescencia?	35
2.3. ¿Cómo es el duelo en adolescentes?	36
CAPITULO III:.....	38
SUICIDIO Y POBLACIÓN DE VULNERABLE.	38
3.1. ¿Qué es una conducta?	38
3.2. ¿Qué es el suicidio?	38
3.3. ¿Qué es una conducta suicida?	41
3.4. Causas	42
3.5. Suicidio en México	44
3.6. Ideación Suicida Y Autolesiones.....	46
3.6.1 Formas más comunes de autolesionarse.....	49
3.6.2. Consecuencias inmediatas de la conducta de autolesionarse.	49
3.6.3. Manifestaciones de las Autolesiones	50
3.6.4. Categorías de Comportamientos Autolesivos.	50
3.6.5. Funciones de las Autolesiones.	51
CAPITULO IV:	54
METODOLOGÍA, DISEÑO DE INVESTIGACIÓN E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.	54
4.1. Metodología y diseño de investigación.....	54
4.2. Instrumentos de evaluación a aplicar	55
4.2.1. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory).....	55
4.2.2. Hamilton Rating Scale for Depression.	56
4.2.3. Brief Patient Health Questionnaire y preguntas de Whooley.....	60
ANEXO.1	64
ANEXO 2.....	65
.....	65
ANEXO 3.....	66
ANEXO 4.....	67
FUENTES CONSULTADAS.	68

DEDICATORIAS.

Este trabajo va especialmente dedicado para mí, por todas aquellas noches a altas horas por hacer alguna tarea o trabajo, por todos los sacrificios y limitaciones que me tuve en todo este largo camino, me siento orgullosa de todo aquello que he conseguido y del gran camino que me espera.

El esfuerzo y las metas alcanzadas, refleja la dedicación, el amor que invierten sus padres en sus hijos. Gracias a mis padres son quien soy, orgullosamente y con la cara muy en alto agradezco a Graciela Jiménez Reynoso y a Rubén Gómez Arcos, mi mayor inspiración, gracias a mis padres he concluido con mi mayor meta.

A mis abuelos Mamis, Papis y Toña que siempre estuvieron ahí para brindarme todo tipo de apoyo, no me alcanzo el tiempo para que me vieran concluir con este sueño y meta hecha realidad, en mi corazón y llevo cada una de sus palabras y apoyo, con mucho amor y dedicación, su pollito lo logro, los amo infinitamente.

Agradecimientos.

Me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo, sin embargo, merecen reconocimiento especial mi Madre y mi Padre que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a culminar mi carrera universitaria y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

A la vida y todas las oportunidades que me dio, que no me cerro las puertas y en cada una me dio la increíble oportunidad de crecer y conocer mejor como es el mundo laboral, en cada uno de ellas me ayudo a cumplir el sueño, tal vez solo sea un cliché más, pero estoy feliz de ayudar a las personas, tuve la oportunidad para lograr cada enseñanza y el esfuerzo que tuve para salir adelante a pesar de cada impedimento.

A todos mis profesores, como cada uno fue un pilar importante para lograr este gran logro, inspirarme y motivarme a no rendirme, cada uno fueron con dedicación y paciencia mis mayores mentores.

Agradezco a mis a mis más fieles amigos de 4 patitas, que noche tras noche se quedaron a mi lado y al llegar a la casa con tanto amor me recibieron, ellos mi mayor motor para darles la vida que realmente merecen.

JUSTIFICACIÓN

Este trabajo se realizó con la finalidad de obtener información acerca sobre la relación que existe entre la idealización suicida y como esta llega a convertirse en conductas que representen un riesgo para la integridad de los adolescentes y el impacto que esto tiene dentro de la familia y la sociedad.

Importancia que tiene la información, el apoyo y ayuda de manera oportuna, para trabajar todo aquello que este afectando al individuo, como sabemos la adolescencia en una edad vulnerable a cambios que impactan en su vida, es la etapa en la cual se ve más afectada su relación con la familia, amigos o escuela.

El suicidio es un tema tabú en nuestra cultura porque hemos sido educados en la idea de la muerte es un tema del que no se habla, incluso cuando se trata de un fallecimiento por causas naturales, y porque las creencias religiosas predominantes en el sur de Europa siempre lo han considerado una conducta reprochable que un individuo que piensa en la muerte como algo positivo, es mal visto y juzgado.

En los últimos 45 años, las muertes por suicidio a nivel mundial, se han incrementado un 60% y, desgraciadamente, la franja de edad que se ha incrementado más ha sido la población adolescente (World Health Organization, 2005), convirtiéndose en la segunda causa principal de muerte en el grupo de 12 a 29 años de edad en el mundo (World Health Organization, 2014).

El suicidio se ha convertido en un problema de salud pública, convirtiéndose en la primera causa de muerte externa duplicando la mortalidad por accidentes automovilísticos relacionados con jóvenes y adolescentes, Sin embargo, la

inversión pública para concienciar y prevenir la conducta suicida es realmente escasa, aunque, como dice la OMS, el suicidio es un problema 100% prevenible.

La OMS enfatiza que el suicidio es un problema 100% prevenible si se realizan intervenciones oportunas y con abordaje multifactorial, multisectorial e integral (WHO, 2014).

Este trabajo va enfocado para adolescentes, docentes, cuidadores, padres de familia, adultos mayores, proporcionando información sobre los factores de riesgo, causas, prevención y posible seguimiento de esta problemática.

Por último, se presenta los factores de riesgo y recursos que existen para identificarlos en estas edades. Este trabajo pretende ser una primera aproximación a este problema para profesionales de ámbitos socio-sanitarios, educativos, familiares y amigos de modo que puedan conocer mejor un fenómeno que está presente en su entorno social.

TEMA: “Analizar relación de la idealización suicida con la conducta suicida en adolescentes de 14 a 16 años en el municipio de Xalatlaco”

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿La depresión como factor de riesgo en conductas suicidad en adolescentes de 14 a 16 años?

VARIABLES:

- Conducta
- Suicidio
- Depresión

OBJETIVOS:

- General:

Detectar el tipo de conductas suicidas en adolescentes de 14 a 16 años y su relación con la idealización suicida

- Específicos:

Investigar la relación que tiene la depresión en la conducta suicida en adolescentes de 14 a 16 años

Analizar el factor de riesgo en conductas suicidas en adolescentes de 14 a 16 años

Identificar la idealización suicida como factor de riesgo en adolescentes de 14 a 16 años

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- ❖ Cualitativo
- ❖ Tipo: Correlacional

HIPÓTESIS

Hi: “La depresión está relacionada con la idealización suicida”

Ha: “La depresión si tiene relación con la idealización suicida”

Ho: “La depresión no tiene relación con la idealización suicida”

POBLACIÓN

El Colegio ESCUELA SECUNDARIA TECNICA #220 GABRIELA MISTRAL es una de las escuelas de la zona que ha tomado gran relevancia por su gran compatibilidad, aumentando su número de estudiantes admitidos cada año desde el año de su fundación, la escuela se inició en una casa ubicada en Guillermo Prieto #26 en el Barrio de San Agustín que pertenece al Prof. Juan Negrete Rodríguez ahí se impartieron las primeras clases a solo un escaso grupo de 34 alumnos, permaneciendo 10 meses en la misma para posteriormente realizarse los preparativos por mayo del 2007 para cambiarse las instalaciones al Barrio de San Juan, pero fue hasta el 20 de noviembre del 2008 cuando se hizo el cambio al domicilio actual, fecha en que oficialmente se asigna las instalaciones del plantel y que para esa época solo se contaba con la construcción de 3 aulas.

La matrícula del ciclo escolar 2013-2014 es de 301 alumnos y que en solo 7 años se ha aumentado más de 9 veces la cantidad de estudiantes iniciales formando así un total de 8 aulas, distribuidos en 3 grupos de 1er. grado, 3 de 2o grado y 2 de tercero.

Muestra:

- 20 aplicaciones.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno complejo con componentes biológicos, psicológicos, sociales, filosóficos y éticos.

Según un informe de la OMS (2001), tener ocasionalmente pensamientos suicidas no es anormal. Estos son parte de un proceso normal de desarrollo en la infancia y adolescencia al tratar de elucidar los problemas existenciales cuando se trata de comprender el sentido de la vida y la muerte. Las encuestas realizadas muestran que más de la mitad de los jóvenes que cursan estudios superiores secundarios, informan que tuvieron pensamientos suicidas.

Los pensamientos suicidas pueden ser causados por varias razones. La mayoría de las veces, los pensamientos suicidas pueden ser el resultado de sentimientos con los que no puede lidiar cuando hay situaciones abrumadoras en su vida. Si cree que no hay esperanza para el futuro, puede creer erróneamente que el suicidio es la solución. Puede desarrollar una mentalidad estrecha en la que, en una crisis, sienta que el suicidio es la única salida. También puede haber una predisposición genética al suicidio. Las personas que son suicidas o tienen pensamientos o comportamientos suicidas a menudo tienen antecedentes familiares de suicidio.

La conducta suicida es un fenómeno complejo y multicausal que ha estado presente en todas las épocas históricas y en todas las sociedades, y se manifiesta en diferentes comportamientos a lo largo de un continuo, desde el pensamiento en expresiones hasta sus diversas manifestaciones, pasando por amenazas, gestos y esfuerzos, a su completitud. se suicida (Mansella, 2018). Describe el suicidio como una realidad humana universal y transcultural, presente en todo momento desde los inicios de la raza humana. Fue castigado y perseguido en determinadas épocas y

tolerado por otras, y diferentes sociedades mantuvieron actitudes radicalmente modificadas según sus principios filosóficos, religiosos e intelectuales.

La conducta suicida ha tenido un impacto en adolescentes y adultos jóvenes, incluyendo teorías que buscan los orígenes del suicidio idealista y de la conducta suicida, que pueden tener muchas razones que motivan tal acción, sin embargo, puede ser más común: desesperación (promovida por enfermedad física grave), trastornos mentales (depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, etc.); Alcoholismo o abuso de sustancias.

Los suicidios de niños y jóvenes son el resultado de eventos estresantes de la vida. Las cosas que los jóvenes ven como serias e insuperables pueden parecer triviales para los adultos, como problemas en la escuela o la pérdida de una amistad. En algunos casos, un niño o adolescente puede tener pensamientos suicidas debido a ciertas circunstancias de la vida de las que no quiere hablar, entre ellas:

- Tiene una enfermedad mental como la depresión.
- Pérdida o conflicto que involucra a un amigo cercano o miembro de la familia.
- Un historial de abuso físico o sexual.
- Problemas con el alcohol o las drogas.
- Problemas físicos o médicos como embarazo o infecciones de transmisión sexual.
- Ser víctima de bullying.
- No estar seguro de la orientación sexual.
- Lea o escuche historias sobre el suicidio o tenga relación con amigos que se han suicidado.
- Si se preocupado por un amigo o familiar.

Por ello, se ha designado el 10 de septiembre como Día Mundial para la Prevención del Suicidio, lo que llama a fortalecer los compromisos y las acciones prácticas para prevenir el suicidio en todo el mundo. Para contribuir con este tema, el INEGI brinda información estadística actualizada sobre estos eventos, y en esta oportunidad, el INEGI también presenta varios indicadores de ideación e intentos suicidas.

Según la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2018, de la población de 10 años y más, el 5% dijo haber contemplado el suicidio; Esto ocurre en el 4% de los hombres y el 6% de las mujeres.

Los medios de comunicación siempre han promovido convenientemente la información sobre las actividades de salud. Podría ser útil un intercambio más amplio de actividades culturales, educativas, solidarias y deportivas, donde los adolescentes sean los protagonistas y puedan expresar sus puntos de vista y opiniones.

Las medidas preventivas hablan más de jóvenes que realizan acciones y acciones positivas, creativas y decididas que los alientan a buscar ayuda en momentos difíciles, a estar cerca de sus madres, padres, abuelos, otros familiares, buenos amigos, profesores, médicos y mantener buenas relaciones interpersonales con compañeros o personas del trabajo, amigos, profesores.

CAPÍTULO I.

DEPRESIÓN, EL DUELO, LA ANSIEDAD Y LA ADOLESCENCIA.

1.1. ¿Qué es la depresión?

El siguiente punto trata de trastornos depresivos que caracterizan por una tristeza de una intensidad o una duración suficiente para afectar en la funcionalidad y, en ocasiones, por una disminución del interés o del placer de realizar las actividades que antes disfrutaba hacer. Se desconoce la causa exacta, pero probablemente tiene que ver con la herencia, cambios en las concentraciones de neurotransmisores, una alteración en la función neuroendocrina y factores psicosociales. El diagnóstico se basa en la anamnesis. En el tratamiento se utilizan fármacos, psicoterapia o ambos y en ocasiones terapia electroconvulsiva o estimulación magnética transcraneal rápida (Coryell, 2021).

La Depresión (DSM 5) se caracteriza por:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o/y de placer.

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo, casi todos los días, ya sea como informes subjetivos (por ejemplo; sentirse triste, vacío, sin esperanza) u observaciones de otros (por ejemplo; sentirse triste, vacío, sin esperanza). (Por ejemplo; se ve llorando). (Nota: en niños y adolescentes, las emociones pueden ser irritables).

- Disminución significativa del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (informes subjetivos o evidencia observacional).

- No hacer dieta, un aumento de peso o disminución; aumento del apetito casi todos los días y pérdida de peso significativa. (Nota: en niños, considere la falta de ganancia de peso esperada).

- Insomnio o somnolencia casi todos los días. (problemas para dormir).

- Agitación o retraso psicomotor casi a diario (observable por otros; sentirse inquieto o lento).

- Sentirse cansado o perder energía casi todos los días.

- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (posiblemente delirante) casi a diario.

- Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones casi todos los días. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a la muerte), pensamientos recurrentes de suicidio sin un plan específico, intento de suicidio o pensamientos suicidas con un plan específico.

B. Síntomas que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en un área social, ocupacional u otra área funcional importante.

C. El evento no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica.

D. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por el trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia, el trastorno similar a la esquizofrenia, el trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

El término depresión se utiliza especialmente para referirse a cualquiera de los trastornos depresivos. En la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V, 2013). Se clasifican algunos tipos de trastornos según los síntomas específicos:

1.1.1. Depresión mayor (trastorno unipolar)

Los pacientes tienen aspecto triste, ojos llorosos, ceño fruncido, comisuras de la boca caídas, postura caída, contacto visual deficiente, ausencia de expresión facial, pocos movimientos corporales y habla alterada (por ejemplo; voz baja, falta de ritmo, uso de monosílabos). La apariencia puede confundirse con la enfermedad de Parkinson. Algunos pacientes están deprimidos y tienen lágrimas en los ojos; dicen que no pueden experimentar emociones ordinarias y sienten que el mundo se ha vuelto plano y aburrido (DSM-V, 2013).

La nutrición puede verse gravemente comprometida, lo que requiere una intervención inmediata. Algunas personas con depresión descuidan su higiene personal, incluso la de sus hijos, otros seres queridos o sus mascotas.

Para un diagnóstico de trastorno depresivo mayor, más de cinco de los siguientes síntomas deben estar presentes casi todos los días durante dos semanas, uno de los cuales debe ser un estado de ánimo bajo o pérdida de interés o felicidad:

- sentirse deprimido la mayor parte del día
- Disminución significativa del interés o placer en todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día

- Aumento o pérdida de peso significativo (mayor al 5 %), o disminución o aumento del apetito
 - Insomnio (generalmente insomnio para mantener el sueño) o somnolencia
 - Agitación o retraso psicomotor observado por otros (no informado por el paciente)
 - Fatiga o pérdida de energía
 - Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada
 - Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión
 - Muerte repetida o pensamientos suicidas, intentos de suicidio o planes suicidas específicos

1.1.2. Trastorno depresivo persistente.

Los síntomas depresivos que persistieron durante más de dos años sin remisión se clasificaron como trastorno depresivo persistente, una categoría que combinaba un trastorno anteriormente conocido como trastorno depresivo mayor crónico y distimia (DSM-V, 2013).

Los síntomas generalmente comienzan de manera insidiosa durante la adolescencia y pueden durar años o décadas. Este conjunto de síntomas a menudo fluctúa por encima y por debajo del umbral de los episodios depresivos mayores.

Los pacientes (DSM-V) afectados pueden ser habitualmente negativos, pesimistas, sin sentido del humor, pasivos, confusos, introvertidos, críticos consigo mismos y con los demás, y quejumbrosos. Los pacientes con depresión persistente también tienen más probabilidades de tener trastornos de ansiedad subyacentes, trastornos por uso de sustancias o trastornos de personalidad (es decir, personalidad límite).

Para el diagnóstico del trastorno depresivo persistente, los pacientes deben haber tenido un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, con más días presente que ausente durante más de dos años, más dos síntomas de los siguientes:

- Falta o exceso de apetito
- Insomnio o hipersomnia
- Baja energía o fatiga
- Baja autoestima
- Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones
- Sentimientos de desesperanza

1.1.3. Trastorno disfórico premenstrual

El trastorno disfórico premenstrual implica síntomas del estado de ánimo y de ansiedad claramente asociados con el ciclo menstrual, con intervalos libres de síntomas entre los episodios premenstruales y los períodos postmenstruales. Los síntomas deben haber estado presentes durante la mayor parte del ciclo menstrual en el último año (DSM-V, 2013).

Las manifestaciones son similares, pero más intensas, con el síndrome premenstrual, lo que resulta en una incomodidad clínicamente significativa y/o un deterioro significativo del trabajo o las actividades sociales. El trastorno puede comenzar en cualquier momento después de la menarquia; empeora a medida que se acerca la menopausia, pero se detiene después de la menopausia (DSM-V). Se estima que la prevalencia en mujeres que menstrúan es del 2% al 6% en un intervalo dado de 12 meses.

Para el diagnóstico del trastorno disfórico premenstrual, los pacientes deben presentar más de cinco síntomas durante la semana anterior a la menstruación. Los síntomas deben comenzar a remitir a los pocos días después de la aparición de la menstruación y son mínimos o nulos en la semana después de la menstruación. Los síntomas deben incluir más de uno de los siguientes:

- Notables cambios de ánimo (por ejemplo; repentina tristeza o ganas de llorar)
- Notable irritabilidad o furia o aumento de los conflictos interpersonales
- Estado de ánimo muy depresivo, sensación de desesperanza y pensamientos de desvalorización personal
- Marcada ansiedad, tensión o nerviosismo

Además, debe estar presente más de uno de los siguientes:

- Disminución de interés en las actividades habituales
- Dificultades para concentrarse
- Baja energía o fatiga
- Marcado cambio en el apetito, atracos o antojos de alimentos específicos
- Hipersomnia o insomnio
- Sentimiento de que las cosas lo superan o que está fuera de control
- Síntomas físicos tales como hipersensibilidad en las mamas o hinchazón, dolor articular o muscular, distensión abdominal y aumento de peso

1.1.4. Otro trastorno depresivo

Según el manual DSM-V, los grupos de síntomas con características de depresión que no cumplen todos los criterios para otra depresión pero que causan

malestar clínico significativo o deterioro del funcionamiento se clasifican como otra depresión (especificada o no especificada).

Incluye disforia recurrente con más de cuatro de otros síntomas depresivos que duran más de dos semanas en personas que nunca han cumplido los criterios para otro trastorno del estado de ánimo (por ejemplo; depresión recurrente transitoria) y depresión prolongada, pero sin incluir suficientes síntomas para diagnosticar otro tipo de depresión.

1.1.5. Especificadores

Los grupos de síntomas que tenían características de depresión pero que no cumplían con todos los criterios para otra depresión pero que resultaron en una angustia clínica significativa o un deterioro del funcionamiento se clasificaron como otra depresión (especificada o no especificada).

Incluya disforia recurrente y más de cuatro de otros síntomas depresivos en aquellos que nunca cumplieron los criterios para otro trastorno del estado de ánimo (por ejemplo; depresión recurrente transitoria) y depresión a largo plazo, pero no incluyeron síntomas suficientes para diagnosticar otra depresión dura más de dos semanas.

- Atípico: el estado de ánimo del paciente mejora temporalmente en respuesta a eventos positivos (por ejemplo; visitar niños). También tenían dos de los siguientes: reacción exagerada a la crítica o negación percibida, entumecimiento (una sensación de pesadez, a menudo en las extremidades), aumento de peso o aumento del apetito e insomnio.

- Trastorno psicótico: el paciente sufre delirios y/o alucinaciones. Los delirios a menudo implican cometer pecados o crímenes imperdonables, experimentar perturbaciones intratables o vergonzosas, o ser perseguido. Las alucinaciones pueden ser auditivas (por ejemplo; oír voces acusadoras o condenatorias) o imágenes. Al describir solo sonidos, se debe prestar especial atención a si representan una alucinación real.
- inmovilidad: el paciente tiene un severo retraso psicomotor, participación excesiva en actividades sin sentido y/o retraimiento; Algunos pacientes se mueven o imitan sonidos (ecolalia) o movimientos (ecopraxia).
- Comienzo prenatal: Comienza durante el embarazo o dentro de las cuatro semanas posteriores al parto. pueden reconocerse rasgos psicóticos; El infanticidio generalmente involucra episodios psicóticos que incluyen alucinaciones que ordenan que el niño sea asesinado o delirios de que el niño está poseído.
- Patrón estacional: los ataques ocurren en una determinada época del año, a menudo en otoño o invierno.

1.1.6. Etiología

Se desconoce la causa exacta de los trastornos depresivos, pero factores genéticos y ambientales contribuyen a ello. La herencia es responsable del 50% de las causas (raro en la depresión tardía). Así, la depresión es más común en familiares de primer grado de pacientes con esta condición; La concordancia entre gemelos idénticos fue alta. Además, los factores genéticos pueden influir en el desarrollo de respuestas depresivas a eventos adversos (DSM-V, 2013).

Otras teorías se centran en los cambios en los niveles de neurotransmisores, incluida la regulación anormal de los neurotransmisores colinérgicos,

catecolaminérgicos (noradrenérgicos o dopamina), glutamatérgicos y serotoninérgicos (5-hidroxitriptamina). Puede haber un trastorno neuroendocrino, y se distinguen específicamente tres ejes: hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, tiroides-hipófisis-tiroides y hormona del crecimiento.

Los factores psicológicos y sociales también pueden estar involucrados. Las situaciones estresantes de la vida cotidiana, en particular la separación y la pérdida, suelen ir precedidas de episodios de depresión mayor; Sin embargo, estos eventos generalmente no siempre causan una depresión severa, excepto en personas que están predispuestas a los trastornos del estado de ánimo.

Las personas que han tenido un episodio depresivo mayor tienen más probabilidades de tener más episodios en el futuro. Las personas que son menos resistentes y/o propensas a la ansiedad tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno depresivo. Estas personas generalmente carecen de las habilidades sociales para lidiar con el estrés de la vida.

La depresión también puede ocurrir en personas con otras enfermedades mentales. En el trastorno afectivo estacional, los síntomas se desarrollan estacionalmente, a menudo en otoño o invierno; La perturbación tiende a ocurrir en climas con inviernos largos o severos.

Los síntomas de depresión o trastornos pueden ocurrir con una serie de trastornos físicos, incluidos trastornos de la tiroides y de las glándulas suprarrenales, tumores cerebrales benignos y malignos, accidente cerebrovascular, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), enfermedad de Parkinson y esclerosis múltiple. Ciertos medicamentos, como los corticosteroides, algunos bloqueadores beta, el interferón y la reserpina, pueden causar trastornos

depresivos. Consumo de drogas recreativas (por ejemplo; gramo. alcohol, anfetaminas) pueden causar o acompañar a la depresión. Los efectos tóxicos o la abstinencia pueden causar síntomas depresivos transitorios.

1.2. ¿Qué es el duelo?

El duelo, del latín dolus: dolor, se puede definir como: El proceso por el que debe pasar una persona ante la muerte de un ser querido. Hay muchas otras definiciones (Valdés y Blanco, 1997); Y para algunos autores, el duelo se puede sentir ante cualquier pérdida y no necesariamente está relacionado con la muerte de un ser querido.

El duelo es un proceso natural, no una condición, en el que el difunto debe pasar por una serie de etapas o tareas que llevan a la superación de este proceso. Como se ha mostrado (Pérez, 2000), se puede representar gráficamente atravesando una tormenta o maremotos de ataques violentos alternos, con distintos quiebres y nuevos ataques, cada vez, en general, menos intensos. Se han sugerido fenómenos o síntomas que suelen presentarse durante el duelo (Fernández y Rodríguez, 2002).

La duración del duelo siempre es variable y depende de varios factores, que explicaré más adelante, pero en general, los sentimientos más intensos e intensos empiezan a remitir entre los seis meses (Casanueva y Rallo, 1985), a un mes (Filgueira, 1995) o dos años (Valdés y Blanco, 1997). Después de una pérdida, algunas personas continúan sintiéndose tristes por un período de tiempo más largo. Este largo proceso no se consideraría inusual a menos que fuera de tal magnitud que impidió que los sobrevivientes se adaptaran, reorganizaran sus vidas y volvieran a participar en el mundo real.

1.2.1. Las 5 fases del duelo: la teoría de Elisabeth Kübler-Ross.

La psiquiatra suiza Elisabeth Kübler-Ross publicó en 1969 el libro “On death and dying” (“Sobre la muerte y el morir”), donde describió por primera vez las cinco etapas del duelo. Esto se basa en su investigación con pacientes terminales en la Universidad de Chicago.

- Negación

La negación de la pérdida es una reacción muy común que ocurre poco después de una pérdida, a menudo combinada con trauma, parálisis emocional o incluso cognitiva.

Si bien esta etapa del duelo a veces implica la negación de la pérdida, no siempre ocurre y puede manifestarse de formas más generalizadas o abstractas. Así, por ejemplo, puede haber una negación de la importancia o el final de la pérdida en lugar del hecho de que ha ocurrido.

- Ira

El fin de la negación se asocia con sentimientos de frustración e impotencia con la capacidad del individuo para cambiar las consecuencias de la pérdida. Y esta frustración, a su vez, conduce a la aparición de la ira y la ira como sucede en general y no solo durante la pérdida.

Durante la fase de ira, la persona trata de culpar a otra persona por la pérdida, como a otra persona o incluso a sí mismo. El proceso de duelo se trata de superar

la frustración y la ira, lo que incluye esfuerzos psicológicos normales pero inútiles para mantener nuestro estado emocional y nuestro contexto antes de la pérdida.

- Negociación

Durante la etapa de negociación, la persona espera que nada cambie y que pueda influir en la situación de una forma u otra. Un buen ejemplo son los pacientes a los que se les ha diagnosticado una enfermedad terminal y están tratando de explorar opciones de tratamiento sabiendo que no hay cura o que creen que pueden volver con su pareja si comienzan a actuar de manera diferente.

- Depresión

Durante esta etapa, la persona comienza a asumir de forma inequívoca la realidad de la pérdida, lo que se traduce en sentimientos de tristeza y desesperanza, además de otros síntomas propios de un estado depresivo, como el aislamiento social o la falta de motivación.

Perder a un ser querido y enfrentar nuestra propia muerte y otras causas de duelo pueden hacer que nuestras vidas pierdan sentido, al menos por un tiempo. Sin embargo, la etapa de aceptación implica normalizar estos sentimientos normales de tristeza.

- Aceptación

Después de las etapas de negación, ira, negociación y depresión viene la aceptación de la pérdida y se llega a un estado de calma asociado con la comprensión de que la muerte y otras pérdidas son fenómenos naturales en la vida.

La etapa de aceptación se relaciona con la inevitabilidad de la pérdida y, por lo tanto, con el proceso de duelo. En el caso de los enfermos terminales, muchas veces hay repercusiones en sus propias vidas, y se les mira cuando se acerca el final.

1.3. ¿Qué es el trastorno de la ansiedad?

Los trastornos de ansiedad son trastornos que comparten las características comunes de miedo y ansiedad excesivos, así como trastornos del comportamiento relacionados. El miedo es una respuesta emocional ante una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta proactiva ante una amenaza futura (Sierra, 2015).

Personas que tienen una fobia específica o que evitan ciertas situaciones o cosas. La cognición específica no es una característica de este trastorno, ni es una característica de otros trastornos de ansiedad. El miedo, la ansiedad y la evitación casi siempre ocurren casi de inmediato debido a la situación fóbica, en un grado que es persistente o desproporcionado con respecto al peligro real planteado.

Existen varios tipos específicos de fobias: animales, ambientes naturales, heridas por inyección de sangre, situaciones situacionales y otras. En el trastorno de ansiedad social (fobia social), una persona siente miedo o ansiedad sobre las interacciones sociales y las situaciones que tienen el potencial de ser examinadas o evitadas. Esto incluye interacciones sociales como reunirse con extraños, situaciones en las que una persona puede darse cuenta de que está comiendo o bebiendo y situaciones en las que una persona debe actuar frente a los demás. La idea de percibir es pensar en ser juzgado negativamente por los demás, sentirse avergonzado, humillado, rechazado o humillar a los demás.

En el trastorno de pánico, una persona tiene ataques de pánico frecuentes e inesperados y, a menudo, se siente incómoda o ansiosa por nuevos episodios o cambios de comportamiento inapropiados causados por los ataques. Evitar el ejercicio o situaciones desconocidas.

Los ataques de pánico se caracterizan por la aparición repentina de síntomas de miedo o malestar intensos, que alcanzan su punto máximo en minutos, acompañados de síntomas físicos y/o cognitivos. Se pueden esperar ataques de pánico, en respuesta a cosas o situaciones generalmente aterradoras, o repentinamente, y el ataque ocurre sin razón aparente (Barnhill, 2020).

Los ataques de pánico sirven como marcadores y predictores de la gravedad, el curso y las comorbilidades de una variedad de trastornos, incluidos, entre otros, los trastornos de ansiedad (por ejemplo; abuso de sustancias, trastornos depresivos y psicosis). Así, los ataques de pánico pueden servir como signo descriptivo de cualquier trastorno de ansiedad, así como de otros trastornos mentales.

Las personas con agorafobia experimentan miedo o ansiedad en al menos dos de las siguientes situaciones: usar el transporte público, estar en un espacio abierto, estar en un espacio cerrado, hacer cola o en aglomeraciones y estar solo fuera de casa en otro lugar de estacionamiento. Una persona teme estas situaciones porque cree que desarrollará síntomas parecidos al pánico u otros síntomas incapacitantes o humillantes en situaciones en las que es difícil escapar o cuando no hay ayuda disponible. Estas situaciones siempre causan miedo o ansiedad y muchas veces se evitan o requieren un acompañante (Barnhill, 2020).

Las características principales del trastorno de ansiedad generalizada son la preocupación persistente y excesiva, así como la preocupación por varias cosas,

como el rendimiento en el trabajo y la escuela, que la persona encuentra difíciles de controlar. Además, el paciente experimentaba síntomas físicos, como insomnio, sensación de agitación o nerviosismo, cansancio fácil, dificultad para concentrarse o vacío mental, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño.

Los trastornos de ansiedad por sustancias/drogas incluyen la ansiedad causada por la intoxicación o la abstinencia de sustancias o tratamientos médicos. En el trastorno de ansiedad de una condición médica general, los síntomas de ansiedad se consideran una consecuencia fisiológica de una condición médica general.

Existen métricas específicas para cada trastorno que ayudan a definir mejor su gravedad y reconocer sus variaciones a lo largo del tiempo. Para facilitar su uso, especialmente en personas con más de un trastorno de ansiedad, estas escalas se desarrollaron iguales (pero de forma diferente) en todos los casos, correspondiendo a puntajes de síntomas conductuales, cognitivos y físicos asociados con cada problema.

Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación del miedo), que ocurren más de los días que ha estado fuera durante al menos seis meses, en relación con varios eventos o actividades (como ir al trabajo o a la escuela).

- La persona tiene dificultad para controlar sus miedos.
- La ansiedad y la ansiedad están asociadas con tres (o más) de los siguientes seis síntomas (al menos algunos de los cuales han estado presentes durante más de días que ninguno)

1.4. ¿Qué es la adolescencia?

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Independientemente de la dificultad para establecer un rango exacto de edad es importante el valor adaptativo, funcional y decisivo que tiene esta etapa.

1.4.1. Etapas de la adolescencia según la United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF).

- **Adolescencia temprana:** de 10 a 13 años. Comienzan a aparecer las hormonas sexuales y por eso se producen cambios físicos: “empiezan a crecer”, cambian la voz, aparece vello púbico y axilar, aumenta el olor corporal, aumenta el sudor y con ello el enemigo de los adolescentes: el acné. Empiezan a buscar más y más amigos.
- **Adolescentes:** de 14 a 16 años. Comienzan a aparecer cambios tanto a nivel psicológico como en la construcción de su identidad, la forma en que se ven a sí mismos y la forma en que quieren verse. La independencia de sus padres es casi obligatoria y esta es la etapa en la que son vulnerables a situaciones de peligro.
- **Adolescencia tardía:** a partir de los 17 años y puede extenderse hasta los 21 años. Comienzan a sentirse más cómodas con sus cuerpos y buscan aceptación para definir sus identidades. Se preocupan cada vez más por su futuro y sus decisiones van en consonancia con eso. Los grupos dejaron de ser los más grandes, y comenzaron a optar por relaciones individuales o grupos más pequeños.

La adolescencia es un período de realización de proyectos, de autodescubrimiento y del entorno. Nuestro papel como adultos es precisamente

cooperar para dejar que fluya y que suceda, sin entorpecerlo ni ralentizarlo. Por eso, es fundamental que los padres, maestros y modelos a seguir para los jóvenes tengan presente que la gran meta en la adolescencia es que puedan aprender a tomar decisiones, aprender de sus errores, responsabilizarse de sus acciones, reaccionar con libertad, actuar con responsabilidad y crecer en independencia, convirtiéndose en adultos sanos.

CAPITULO II.

LA ADOLESCENCIA Y EL IMPACTO DE LA DEPRESIÓN, LA ANSIEDAD Y EL DUELO.

2.1. ¿Qué es la depresión en los adolescentes?

La depresión en adolescentes es una enfermedad médica grave. Es más que sentirse triste durante unos días. Es un intenso sentimiento de tristeza, desesperanza e ira o frustración que dura mucho tiempo. Estos sentimientos hacen que te sea difícil tener una vida normal y hacer tus actividades habituales. También puedes tener problemas para concentrarte y no tener motivación o energía. La depresión puede hacerte difícil disfrutar la vida o incluso superar el día (Nogueras, 2020).

2.1.1. ¿Qué causa la depresión en adolescentes?

Muchos factores pueden jugar un papel en la depresión, incluyendo (Salud Mental, 2021):

- Genética: La depresión puede darse en familias.
- Biología cerebral y química
- Hormonas: Los cambios hormonales pueden contribuir a la depresión
- Eventos estresantes en la niñez como traumas, muerte de un ser querido, intimidación y ciberacoso; y abuso

2.1.2. ¿Cuáles son los síntomas de la depresión en adolescentes?

Si tiene depresión, uno o más de estos síntomas se presentarían con frecuencia:

- Tristeza

- Sensación de vacío
- Desesperanza
- Sentir enojo, irritación o frustración, incluso por cosas menores

También puede presentar otros síntomas, como:

- No te importan las cosas que solías disfrutar
- Cambios de peso: Perder peso cuando no estás a dieta o aumentar de peso por comer demasiado
 - Cambios en el sueño: Problemas para quedarte o permanecer dormido, o dormir mucho más de lo normal
 - Sentirte inquieto o tener problemas para permanecer sentado
 - Sentirte muy cansado o no tener energía
 - Sentirte sin valor o muy culpable
 - Tener problemas para concentrarte, recordar información o tomar decisiones
 - Pensar en la muerte o suicidio

2.1.3. ¿Cuáles son los tratamientos para la depresión en adolescentes?

Los tratamientos efectivos para la depresión en adolescentes incluyen psicoterapia o terapia de conversación o una combinación de psicoterapia y medicamentos (Mayo Clinic, 2022):

- Psicoterapia o terapia de conversación, también llamada apoyo psicológico, puede ayudar a comprender y controlar el estado de ánimo y sentimientos. Implica ir a ver a un terapeuta, como un psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social o un consejero. Esto te ayudará a aumentar tu confianza y sentirte mejor contigo mismo.

Hay muchos tipos diferentes de psicoterapia. Se ha demostrado que ciertos tipos ayudan a los adolescentes a lidiar con la depresión, incluyendo:

✓ Terapia cognitiva conductual: Ayuda a identificar y cambiar los pensamientos negativos e inútiles. También ayuda a desarrollar habilidades para enfrentar los problemas y cambiar patrones de comportamiento

✓ Terapia interpersonal: Se enfoca en mejorar las relaciones. Ayuda a comprender y trabajar las relaciones problemáticas que pueden contribuir a la depresión. Esta terapia puede ayudar a cambiar los comportamientos que causan problemas. También explora los principales problemas que pueden agregarse a la depresión, como el duelo o cambios en la vida

- Medicinas: en algunos casos, el médico sugerirá medicamentos junto con la psicoterapia. Algunos de los antidepresivos estudiados han demostrado que ayudan a los adolescentes. Si está tomando medicamentos para la depresión, es importante que visite seguido al médico (MedlinePlus, 2020).

También es importante saber que tomará algún tiempo para que los antidepresivos ayuden:

- Puede tomar de tres a cuatro semanas hasta que un antidepresivo haga efecto.
- Puede que tenga que probar más de un tipo de antidepresivo para encontrar uno que funcione.
- También puede tomar algún tiempo encontrar la dosis correcta de un antidepresivo.

En algunos casos, los antidepresivos pueden causar conductas o pensamientos suicidas en adolescentes. Este riesgo es mayor en las primeras semanas del tratamiento y cuando se cambia la dosis.

En México, el número de jóvenes entre 12 y 24 años con depresión es de aproximadamente 2.5 millones, y 9.9 de cada 100 mil ha tenido ideas suicidas, afirmaron especialistas de la UNAM. Estudios realizados por especialistas de la institución detectaron que la ansiedad y la depresión son los principales padecimientos que se enfrentan en esta etapa de la vida, por lo que se les debe poner especial atención. Ambos trastornos son ya problema de salud pública que afecta con mayor frecuencia a las mujeres.

La mitad de las enfermedades mentales comienzan antes de los 14 y en la mayoría de los casos no son detectadas ni tratadas. A veces los afectados tardan hasta 14 años en recibir atención médica y ese retraso conduce a un futuro incierto.

2.2. ¿Qué es la ansiedad en adolescentes?

La ansiedad en la adolescencia es uno de los problemas psicológicos más comunes para los jóvenes, especialmente en las niñas, con importantes consecuencias para su desarrollo en la edad adulta, tal y como apuntan Álvaro Sánchez-López y Ángela Socastro, profesores e investigadores del proyecto E-Motion Lab de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM, 2020).

"La ansiedad en esta etapa importante interfiere negativamente y directamente en la vida social, el bien y el desarrollo de habilidades sociales completas y el rendimiento escolar, de modo que los ancianos sean adolescentes y mujeres. Los hermanos y los maestros deben pagar muchos cambios en cualquier cambio que ocurra entre los jóvenes", destaca Sánchez-López.

Los principales síntomas de la ansiedad (Socastro) en los adolescentes son: palpitaciones, sensación de ahogo, cambio en la alimentación, malestar estomacal, nerviosismo, inquietud, insomnio, tensión muscular, cansancio, cansancio, preocupación excesiva, miedo, sensación de ansiedad, dificultad para tomar decisiones, trastornos del sueño, cambios de humor, comportamiento de evitación, volar, comportamientos extraños, abuso de sustancias o riesgos.

2.2.1 Diferencias entre ellas y ellos

Los síntomas de ansiedad de los adolescentes son similares para niñas y niños, y los síntomas no suelen ser diferentes entre niñas y niños, aunque están presentes en los niños. (Sánchez-López, 2020).

Sin embargo, esta psicóloga señala que las chicas suelen expresar sus sentimientos, denunciar la situación y buscar su ayuda con más frecuencia que los hombres. Sánchez-López agrega: "También es importante ser consciente de los posibles problemas de ansiedad en los niños, ya que tienden a ocultar sus dificultades más que otros niños y niñas".

2.2.2 Causas de la ansiedad entre adolescentes

La adolescencia es un período de cambios a todos los niveles (físico, cognitivo y social) que puede convertirse en una de las principales causas de ansiedad en los adolescentes.

"Muchos cambios y desarrollos en la vida están ocurriendo simultáneamente, lo que puede hacer que este momento sea especialmente difícil para algunos jóvenes", menciona Sánchez-López.

Por su parte, Socastro, señala que "cambios biológicos como los niveles del cerebro y el cerebro o el desarrollo y la unificación de la personalidad, debemos agregar innumerables experiencias relacionadas con esta importante etapa". Todos estos factores pueden contribuir a las expresiones de ansiedad como se mencionó anteriormente. "Sin embargo, la aparición de los síntomas de ansiedad no se debe únicamente a cambios físicos o significativos, sino que también hay que tener en cuenta otros factores a nivel social, como el aumento del estrés escolar, las relaciones largas y persistentes en las redes sociales, o la inseguridad la inseguridad sobre el futuro que perciben"

Para Sánchez-López, la forma en que un adolescente enfrenta todos los cambios y las diferentes situaciones que lo pueden estresar es fundamental para que una determinada situación estresante desemboque en un problema clínico.

2.2.3 ¿Cómo se debe tratar la ansiedad en la adolescencia?

Cuando la ansiedad del adolescente provoca un malestar evidente y significativo e interfiere en su funcionamiento normal, debe ser evaluada y tratada por un especialista, ya que la falta de tratamiento puede suponer la aparición de otros trastornos más invalidantes en un futuro (Socastro).

Por otro lado, la detección temprana es fundamental en el tratamiento de este problema porque, según Sánchez López, "mayores niveles de ansiedad entre los adolescentes se asocian con mayores riesgos de abuso de sustancias y mayores riesgos de otras enfermedades mentales, como la aparición de trastornos del estado de ánimo como la depresión y, por lo tanto, asociado con comportamientos de riesgo y problemas de ansiedad recurrentes, y depresión posterior en 'adultos'.

Según el Instituto Nacional de Salud, unos 3 años pueden sufrir un trastorno de ansiedad. Un número de 2007 a 2012 aumentó, el trastorno de ansiedad en niños y adolescentes aumentó en un 20 %.

- Altas expectativas y presiones para tener éxito. Entre las pruebas estándar y el éxito cultural, los jóvenes de hoy sienten la presión de tener éxito en otras formas que las generaciones anteriores no tuvieron. Una encuesta anual realizada por la Fundación de Investigación de Educación Superior pregunta a los nuevos estudiantes si se sienten abrumados por todo lo que tienen que hacer. En 2016, el 41 % de los estudiantes respondió "sí", en comparación con el 28 % en 2000 y el 18 % en 1985.
- El mundo parece aterrador y amenazado. Asistimos al aumento de las imágenes en las escuelas, que causan ejercicios y cerrados o encarcelados en las escuelas. Hemos sido testigos de tiroteos masivos en lugares públicos. Ha habido ataques terroristas en los Estados Unidos y en todo el mundo que han matado a muchas personas. Uno solo necesita ver o leer las noticias para saber que muchas personas pueden tener miedo de estar en lugares públicos donde antes se sentían seguros.
- Redes sociales. Los niños y adolescentes de hoy están constantemente conectados a las redes sociales. No es raro que su autoestima y cosmovisión se asocie con lo que se publica (comentando) en las redes sociales. Es difícil para ellos no comparar sus vidas y las relaciones sociales con lo que ven como publicado en las redes sociales.

2.3. ¿Cómo es el duelo en adolescentes?

Los sujetos que experimentan una pérdida pasan por un proceso de duelo descrito por Freud, (1915) de la siguiente manera. El control de la realidad es demostrar que el "objeto de amor ya no existe", por lo que se deben eliminar todos

los impulsos sexuales impuestos sobre el objeto, es decir, el trabajo de duelo implicará negar el objeto, lo cual no es tarea fácil. Una comprensible renuencia a ser opuesto', que puede ser tan fuerte que lleva a la 'alienación de la realidad' para mantener el objeto perdido en el sujeto. Esta separación del objeto es un proceso lento y doloroso, "se hace poco a poco y requiere mucho tiempo y esfuerzo, mientras la presencia del objeto perdido sigue existiendo en la mente. A pesar de lo doloroso que es el proceso" Cuando el el trabajo del duelo ha terminado, el ego vuelve a estar libre y sin restricciones". Esto permitirá transferir la libido a otro objeto nuevo.

El duelo es considerado un conjunto fenomenológico de actitudes, comportamientos y emociones ante la pérdida de un ser querido, que se manifiesta de diferentes formas según la etapa del desarrollo humano. Los adolescentes tienden a preguntar a sus seres queridos sobre el significado de la muerte. Un adolescente que pregunta por qué muere la gente puede no estar buscando una respuesta literal, pero recién comienza a explorar la idea del significado de la vida. Los adolescentes también son propensos a la culpa, especialmente cuando muere uno de sus amigos y quieren saber por qué fue él y no yo. No importa cómo se sienta tu adolescente, lo mejor que puedes hacer es alentarlos a que exprese y comparta su dolor (Pinedo, 2019). Para muchos adolescentes, la muerte y el sufrimiento que provoca es parte de la vida cotidiana.

CAPITULO III:

SUICIDIO Y POBLACIÓN DE VULNERABLE.

3.1. ¿Qué es una conducta?

Una conducta es una acción refleja aprendida basada en algún reflejo innato o incondicionado. Watson compartió con sus predecesores una visión mecanicista del hombre: "El hombre es una sola máquina orgánica capaz de funcionar" (Watson, 1961).

El condicionamiento operante define la conducta como cualquier manifestación de un individuo que pueda ser observada objetivamente (Lieberman). Esto puede incluir movimientos corporales, lenguaje hablado o escrito, gestos o respuestas fisiológicas. Para los psicólogos no conductistas, el comportamiento no es solo algo que podemos observar en otra persona, sino también algo que podemos inferir de ese comportamiento externo.

El comportamiento es la forma en que una persona se comporta en la vida. Por lo tanto, también puede usarse como sinónimo de comportamiento. El comportamiento en este sentido se refiere a las acciones de las personas en relación con su entorno y, por lo tanto, su mundo de estímulos. Por tanto, debemos entender el comportamiento como "todo lo que hacemos, sentimos y pensamos". Esto nos permite cuantificar este comportamiento.

3.2. ¿Qué es el suicidio?

El suicidio es la decisión de una persona de terminar deliberadamente con su vida. Puede haber muchas razones para este comportamiento, pero las más comunes pueden ser: desesperanza (debido a una enfermedad física grave),

trastornos psicológicos (depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, entre otras más.); alcoholismo o abuso de ciertas sustancias. El suicidio es un fenómeno complejo que incluye componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, filosóficos y morales.

Durkheim fue el primer autor en definir el suicidio y distinguir los actos suicidas de otros actos que conducen a la muerte. También define la tentativa de suicidio como un fracaso sustancial de la intención antes mencionada. "Intentar es nuestra acción designada, detener su ciclo antes de que conduzca a la muerte". El término "acto suicida" fue introducido por la Organización Mundial de la Salud en 1969 y definido como "cualquier acto en el que un individuo se autolesiona, independientemente del grado de intención letal y el conocimiento de los dispositivos móviles reales".

En otras palabras, el suicidio es quitar la vida de forma voluntaria y deliberada. Los intentos de suicidio y el suicidio son los dos tipos más comunes de comportamiento suicida.

El suicidio no aparece en el glosario de la Asociación Americana de Psiquiatría, ni la CIE-10 ni el DSM-IV lo reconocen como un trastorno mental, pero es un grave problema social que pone en evidencia la quiebra de los organismos naturales - psicosociales- Espiritualidad y comunidad (social exclusión), (debilidad tradicional, pobreza económica, falta de apoyo social, entre otras más). (García, 2007).

Según la descripción del DSM-IV hemos clasificado la sintomatología en cuatro núcleos:

- Manifestaciones Afectivas

Esta tristeza se manifiesta por sentimientos de abatimiento, pesadumbre, infelicidad incluso irritabilidad. Sentimientos de inutilidad o de culpas excesivas o inapropiadas. Sentimientos de desesperanza. Sentimientos de incompetencia. (DSM-V, 2013)

- Manifestaciones Intelectuales y Cognitivas

Es frecuente que la sensopercepción se encuentre disminuida. En el aspecto cognitivo se aprecia que su cognición, sus pensamientos, están distorsionados; se altera la capacidad de comprensión y de atención.

Presenta menos energía o concentración

Anhedonia.

Episodios de pérdida de la memoria.

- Manifestaciones Somáticas

Se puede dar una pérdida de sueño o una hipersomnia.

Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos, y otros dolores.

Temores exagerados y reacciones fisiológicas ante el temor.

Cambios importantes en los hábitos.

Pérdida de la energía, letargo persistente, fatiga y agitación.

- Manifestaciones Conductuales

Aislamiento social.

Ataques de rabia u hostilidad persistente

Sucede con cierta frecuencia que se porta mal en la casa y en la escuela sin que nadie se dé cuenta de que están sufriendo de depresión porque eventualmente no parecen estar tristes.

El suicidio es un tema tabú en nuestra cultura porque no hemos sido educados en la idea de la muerte, incluso cuando se trata de un fallecimiento por causas naturales, y porque las creencias religiosas predominantes en el sur de Europa siempre lo han considerado una conducta reprochable.

3.3. ¿Qué es una conducta suicida?

La conducta suicida es un fenómeno multicausal y complejo que ha estado presente en todas las épocas históricas y todas las sociedades, y que se manifiesta por una variedad de comportamientos en un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores debe considerarse como un signo de riesgo (Mansilla, 2014).

El comportamiento suicida se define como la preocupación o acción orientada a causar la propia muerte de manera voluntaria. Una intención de causar la propia muerte es esencial en la definición. Las ideas de suicidio se refieren a los pensamientos de suicidio o a querer quitarse la propia vida. El comportamiento suicida se refiere a las acciones tomadas por alguien que está considerando o preparando la causa de su propia muerte. El intento o gesto de suicidio por lo general se refiere a un acto enfocado en causar la propia muerte que no resulta exitoso en causar la muerte. El suicidio se refiere a haber causado la propia muerte intencionalmente (Piqueras, 2019).

3.4. Causas

Los factores de riesgo para el suicidio varían con la edad, el género, las influencias culturales y sociales, y pueden cambiar con el tiempo. Los factores de riesgo para el suicidio suelen presentarse combinados. Los siguientes son algunos factores de riesgo del suicidio que pueden estar presentes (Mansilla, 2014):

- Trastorno bipolar
- Trastorno límite de la personalidad
- Depresión
- Consumo de drogas o alcohol
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
- Esquizofrenia
- Historial de abuso sexual, físico y emocional
- Cuestiones de vida estresantes, como problemas serios a nivel financiero o en las relaciones interpersonales

Las personas que intentan suicidarse con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida que parece imposible de manejar. Muchos de los que cometen intento de suicidio están buscando alivio a:

- Sentirse avergonzados, culpables o una carga para los demás
- Sentirse como víctimas
- Sentimientos de rechazo, pérdida o soledad

Los comportamientos suicidas pueden ocurrir por una situación o hecho que la persona ve como agobiante, tales como:

- El envejecimiento (los adultos mayores tienen la tasa más alta de suicidio)
- La muerte de un ser querido
- El consumo de drogas o alcohol
- Un trauma emocional
- Enfermedades físicas graves o dolor
- El desempleo o los problemas financieros

Los factores de riesgo del suicidio en adolescentes incluyen:

- Acceso a armas de fuego
 - Miembro de la familia que cometió suicidio
 - Antecedentes de autoagresión deliberada
 - Antecedentes de abandono o maltrato
 - Vivir en comunidades en donde ha habido brotes recientes de suicidio en personas jóvenes
- Ruptura sentimental

Mientras que los hombres son más propensos que las mujeres a morir por suicidio, las mujeres son dos veces más propensas a intentar suicidarse.

La mayoría de los intentos de suicidio no terminan en muerte. Muchos de estos intentos se llevan a cabo en una forma en la que el rescate sea posible. Estos intentos a menudo representan una llamada de auxilio (Castellvis- Obiols, 2019).

Algunas personas intentan suicidarse de una manera que sea menos probable de ser fatal, como envenenamiento o sobredosis. Los hombres tienen mayor probabilidad de escoger métodos violentos, como dispararse. Como resultado de

esto, los intentos de suicidio en los hombres tienen mayor probabilidad de terminar en muerte.

Los parientes de personas que intentan o cometen suicidio a menudo se culpan o se enojan mucho. Pueden ver el intento de suicidio como egoísta. Sin embargo, las personas que intentan cometer suicidio con frecuencia creen erróneamente que les están haciendo un favor a sus amigos y parientes al irse de este mundo (Fundación AMAI TLP, 2021).

La prevención del acto suicida no es un problema exclusivo de las instituciones de salud mental, sino de toda la comunidad en su conjunto. La policausalidad del fenómeno del acto suicida sugiere que la conducta suicida está motivada por más de un factor y, por lo tanto, las estrategias de prevención también deben ser múltiples. De ahí que el abordaje preventivo tenga que nacer con un enfoque multidisciplinario y con perspectivas complementarias: desde un plano individual y desde la Salud Pública (Mansilla, 2022).

3.5. Suicidio en México

El suicidio es la tercera causa de muerte entre los 15 y 24 años de edad. De acuerdo con el Instituto Nacional de la Salud Mental (National Institute of Mental Health), estudios científicos confiables han encontrado lo siguiente:

- Existe una relación de 25 intentos de suicidio por cada uno que se concreta. Esta relación es incluso mayor en la juventud.
- Los factores de riesgo más fuertes para los intentos de suicidio en la juventud son la depresión, el abuso de sustancias y los comportamientos agresivos y perturbadores.

El suicidio es considerado un problema de salud pública que conlleva una tragedia para las familias y para la sociedad. Estas pérdidas pueden prevenirse si se interviene de manera oportuna, por lo que es debido centrarse en la comprensión de estos sucesos para crear estrategias adecuadas de intervención.

Para esto se instituyó el 10 de septiembre como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, que insta a fomentar en todo el mundo compromisos y medidas prácticas para prevenirlos. Con el propósito de contribuir a esta causa, el INEGI ofrece información estadística actualizada sobre estos hechos, y en esta ocasión, presenta también algunos indicadores de ideación e intentos de suicidio.

Las estadísticas de mortalidad reportan que, para 2020, del total de fallecimientos en el país (1,069,301), 7 818 fueron por lesiones autoinfligidas, lo que representa 0.7% de las muertes y una tasa de suicidio de 6.2 por cada 100 000 habitantes, superior a la registrada en 2019 de 5.65.

Por sexo, de los decesos por esta causa destaca que los hombres tienen una tasa de 10.4 fallecimientos por cada 100 000 (6,383), mientras que esta situación se presenta en 2.2 de cada 100 000 mujeres (1,427).

El grupo de población de 18 a 29 años presenta la tasa de suicidio más alta: 10.7 decesos por cada 100,000 personas; le sigue el grupo de 30 a 59 años con 7.4 fallecimientos por cada 100,000.

3.6. Ideación Suicida Y Autolesiones

Ideaciones suicidas: se estudian distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta del oficio de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción. (Goldney, 1989).

“Lesiones auto-realizadas, de baja letalidad o poco daño corporal intencional, de carácter socialmente inaceptable, llevadas a cabo para reducir la angustia psicológica” (Walsh, 2006).

La autolesión no suicida, a menudo denominada autolesión, es el acto de dañarse deliberadamente el propio cuerpo, como cortarse o quemarse. Normalmente, no pretende ser un intento de suicidio. En cambio, este tipo de autolesión es una forma dañina de enfrentar el dolor emocional, la ira intensa y la frustración.

"Un lenguaje específico de dolor que comunica el sufrimiento del pasado y el trauma actual, que se expresa en voz alta mediante la repetición de lesiones infligidas en el propio cuerpo que representan las lesiones ocasionadas por la situación traumática original" (Conterio y Lader, 1998).

Si bien la autolesión puede traer una sensación de calma momentánea y de liberación de tensión, generalmente, luego de que se lleva a cabo aparecen la culpa y la vergüenza, y regresan las emociones dolorosas. Aunque las lesiones potencialmente mortales generalmente no son intencionadas, la autolesión conlleva

la posibilidad de acciones agresivas contra uno mismo más graves e incluso mortales.

“Mi cuerpo representa como me siento.”

Las estrategias internacionales parten de la premisa de que el suicidio es prevenible ya que se da como un proceso que inicia con la ideación (preocupación autodestructiva, planificación de un acto letal o deseo de muerte), posteriormente pasa a intentos y, finalmente, a la consumación

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018, de la población de 10 años y más, 5% declaró que alguna vez ha pensado en suicidarse; esto ocurre en 4% de los hombres y en 6% de las mujeres.

Walsh, (2006), las define como lesiones autoinflingidas intencionales con baja carga de letalidad y bajo daño corporal que son inaceptables desde el punto de vista social y que tienen como objetivo reducir la angustia psicológica.

La idea suicida está más presente en las mujeres de 50 a 59 años (8%), seguida por las niñas y adolescentes de 10 a 19, las mujeres de 40 a 49 años y las de 60 años y más, los tres grupos con 7 por ciento. En la población masculina, la idea suicida se presenta mayormente en la población de 40 a 49 años (6%), continuado por aquellos que tienen de 30 a 39 y los de 60 años y más, con 5% en cada uno de estos dos últimos grupos.

Según Fleta, (2019) pueden existir diferentes motivaciones psicológicas detrás de las autolesiones: buscar atención, afecto, escucha o amenazar, castigar a otros

haciéndoles sentir culpable, autocastigarse ante una baja autoestima o por culpabilidad, aliviar un malestar emocional (el dolor físico es más controlable y distrae del anterior), para probar si son capaces de acabar con su vida, para controlar su propio cuerpo o por sentimientos de vacío crónico, para sentirse vivo.

Con respecto a la frecuencia de la ideación suicida, se observa que, de la población de 10 años y más que han pensado suicidarse, 6% lo hace frecuentemente, 5% casi siempre, 34% algunas veces y 54% rara vez. La frecuencia por sexo muestra un comportamiento similar, 59% de los hombres y 51% de las mujeres que han pensado suicidarse lo han pensado rara vez; en tanto que, 35% de las mujeres y 34% de los hombres lo han pensado algunas veces.

“Existen momentos en la vida en que debemos afrontar realidades dolorosas o amenazantes y tendemos a negar o evitar estas situaciones. En muchos casos el consumo de drogas es el resultado de evitar tomar conciencia de datos de nuestra realidad interna y externa que nos causan ansiedad, dolor, impotencia y sufrimiento.” (Brenes, 2001)

En relación con las autolesiones, 2% de la población de 10 y más años declaró que alguna vez, a propósito, se han herido, cortado, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarse la vida; en las mujeres esta práctica se ha dado en 3% y en 1% en los hombres.

Al observar las autolesiones por sexo y grupo de edad destaca que 6% de las mujeres de 10 a 19 años y 4% de 20 a 29 años se han hecho algo con el objetivo de quitarse la vida; en los hombres, el mayor porcentaje también se presenta en estos grupos de edad (2%).

3.6.1 Formas más comunes de autolesionarse.

- Cutting (72%).
- Tallado corporal.
- Quemaduras (35%).
- Auto golpearse (30%).
- Quitarse las costras (22%).
- Tirar o halar el cabello (10%).
- Morderse.
- Descamarse capas de la piel.
- Ingerir objetos cortantes.

Estudio realizado por Favazza y Conterio, (1988).

Cutting, actualmente es el método utilizado con mayor frecuencia.

3.6.2. Consecuencias inmediatas de la conducta de autolesionarse.

- Sentirse vivo, en funcionamiento, dispuesto a actuar.
- Aclara la mente, ayuda a concentrarse.
- Libera las endorfinas.
- Reduce la tensión.
- Alivia el estrés y las emociones.
- Produce calma.
- Relajación.
- Sueño.

3.6.3. Manifestaciones de las Autolesiones

- Las muñecas y los brazos son las zonas más comunes para hacerse cortes.
- Los estudios revelan que las piernas, abdomen, cabeza, el pecho y los genitales son otras áreas comunes de corte.
- Las personas que se autolesionan informan que, una vez que se cortan, experimentan poco o ningún dolor en comparación con su sufrimiento emocional.
- Los instrumentos utilizados varían:
 - Tijeras, cuchillas de afeitar, cuchillos, escalpelos, fragmentos de vidrio, pedazos de metal.

3.6.4. Categorías de Comportamientos Autolesivos.

1. Comportamientos autolesivos Estereotipados.

- Biológicamente impulsados por fuerzas altamente repetitivas, fijaciones, por lo general los actos son carentes de contenido, rítmicos, en cualquier lugar, varían de lesiones leves a graves.

2. Comportamientos autolesivos mayores.

- La mayoría de tipo dramático (castración, amputación) que implican sufrimiento y severa patología psicótica.

3. Comportamientos autolesivos compulsivos.

- Comportamientos que son repetitivos y ritualistas, múltiples veces al día (Tirarse el cabello, morderse las uñas).

4. Comportamientos autolesivos Impulsivos.

- Preocupación (ansiedad por) por dañarse a sí mismo, impulso difícil de resistir, sensación de tensión antes de actuar y alivio al poder hacerlo, no es un intento de suicidio.

3.6.5. Funciones de las Autolesiones.

Personas que se autolesionan no buscan la muerte a través de atacar su cuerpo, más bien es un intento de desafiarla.

▪ Siete funciones de autolesión:

1. Regulación de la emoción, calmante para heridas emocionales, y forma de gestión de la disociación.

- Función más prevalente.
- Estrategia para aliviar la intensidad de las emociones negativas.
- Ira, Ansiedad, Frustración. Presentes antes de la autolesión.
- Alivio y Calma, como consecuencia de la autolesión.

Los cortes en la piel sirven como calmantes del funcionamiento, mediante la activación de opioides endógenos y transformando la angustia en tranquilidad.

- La autolesión puede aliviar la sensación de vacío y falta de sentido de vida.
- Ellos creen que están conectados a sus cuerpos.

2. Autocastigo.

- Autocastigo o Ira, como motivación para la autolesión.
- Consistente con la investigación sobre autocrítica y baja autoestima en personas que se autolesionan.
- La autolesión se experimenta como familiar, egosintónica.

3. Comunicar el dolor, controlar a los demás, y búsqueda del reconocimiento.

- Hay incapacidad de poner en palabras el dolor que están experimentado
- El cuerpo expresa lo que el autolesionado no puede articular o verbalizar.
- Una forma de inculcar una descarga en los demás.
- Puede ser un intento desesperado por hacer que otros noten que ellos existen y el dolor manifiesta un deseo de conexión
- Pueden obtener atención positiva de otros que refuerzan el comportamiento.

4. Asegurar y afianzar el sentido de sí mismo.

- Tienen dificultad en la creación y el mantenimiento de los límites psicológicos e interpersonales.
- El comportamiento les defiende de emociones intensas y percepción de abandono.
- El Autolesionado solo es capaz de experimentar su propia vitalidad a través de la sensación física de ver su sangre y sus cicatrices.
- El cuerpo y sus heridas les conectan con su mundo interior y exterior.

5. Tratar de ejercer influencia en otros.

- Menos extendida que la regulación afectiva o el autocastigo.
- Deseo de influir en los demás.
- Búsqueda de cuidado o apoyo de los demás, del control de la conducta de los otros.

6. Estrategia anti disociación

- Auto agresores: Sentimientos de falta de realidad o a veces dicen no sentir nada.
- Experiencias desagradables, utilizan las autolesiones para interrumpir estos estados disociativos.
- Agresión física o visión de la sangre, parece sacudir el sistema y ayudar a recuperar el sentido de sí mismo. (“Para sentirme real”, “Para dejar de sentirme entumecido”, “Para sentir algo, aunque sea dolor”).

7. Estrategia anti suicida.

- Auto agresores: Función de resistir la urgencia del intento suicida.
- Podría relacionarse con la regulación afectiva, aliviando emociones negativas que podrían dirigir al suicidio.

CAPITULO IV:

METODOLOGÍA, DISEÑO DE INVESTIGACIÓN E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

4.1. Metodología y diseño de investigación

El enfoque cualitativo que nos modela es un proceso inductivo contextualizado en un escenario natural, ya que la recolección de datos construye relaciones cercanas entre los participantes de la investigación menos sus experiencias e ideologías que no facilitan el uso del instrumento. Medida estándar. En este enfoque no se definen variables para la manipulación experimental, lo que sugiere que además de realizar investigaciones sin potencial de replicación y base estadística, también se analiza la realidad subjetiva (Sampieri, 2010).

Este enfoque también se caracteriza por una conceptualización incompleta de la pregunta de investigación y un número no reducido de conclusiones extraídas de los datos. También busca difundir la información primero, a diferencia de los enfoques cuantitativos que intentan definir la información. Usando enfoques cualitativos, una amplia gama de ideas y explicaciones pueden enriquecer el propósito de la investigación. El propósito principal de la investigación cualitativa es comprender un fenómeno social complejo, y busca comprenderlo más allá de medir las variables involucradas.

Según Sampieri, (2010), el proyecto realizó un estudio relacionado porque se descubrieron dos variables. Se utiliza cuando el objetivo es comprender la relación entre dos o más conceptos, categorías o variables dentro de un concepto dado. Relaciona variables utilizando modelos predictivos para una población dada.

- Hacen predicciones

- Relación entre variables explicativas
- Determinar relaciones entre variables

4.2. Instrumentos de evaluación a aplicar

4.2.1. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory)

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es uno de los test más empleados y cuenta con traducciones en castellano validadas en España para todas sus versiones, desde la original de 1961, pasando por la versión revisada de 1978 (BDI-IA), hasta la versión más reciente de 1996 o segunda edición (BDI-II), adaptada por Sanz et al. El objetivo de este instrumento es detectar la presencia de síntomas depresivos y cuantificar su gravedad.

El BDI-II es un instrumento auto aplicado de 21 ítems y en cada uno de ellos la persona tiene que elegir, entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63.

Respecto a la versión anterior (BDI-IA), el BDI-II reemplazó los ítems de pérdida de peso, cambio en la imagen corporal, preocupación somática y dificultades en el trabajo por otros de nueva creación (agitación, sentimientos de inutilidad, dificultad de concentración y pérdida de energía). Además, se modificaron los ítems de pérdida de apetito e insomnio para que pudieran evaluar tanto las disminuciones como los aumentos del apetito y sueño y se introdujeron modificaciones en varias de las afirmaciones usadas para valorar otros síntomas. Por otro lado, se extendió

a dos semanas el marco temporal para medir la presencia e intensidad de los síntomas depresivos. (Ver anexo 1, anexo 2, anexo 3.)

4.2.2. Hamilton Rating Scale for Depression.

La HDRS (también conocida como Ham-D) es la escala de evaluación de la depresión administrada por médicos más utilizada. La versión original contiene 17 ítems (HDRS17) relacionados con los síntomas de depresión experimentados durante la última semana.

El método de puntuación varía según la versión. Para el HDRS17, generalmente se acepta que una puntuación de 0 a 7 está dentro del rango normal (o en remisión clínica), mientras que una puntuación de 20 o por lo general, se requiere más alto (que indica al menos una gravedad moderada) para ingresar a un ensayo clínico.

La versión original está formada por 21 ítems y fue publicada en 1960. Existe una versión reducida realizada por el mismo autor de 17 ítems, otra versión de 24 y una de 6 ítems constituida por los ítems de humor deprimido, sentimientos de culpa, trabajo y actividades, inhibición, ansiedad psíquica y síntomas somáticos de la versión 17. La validación de la versión española de la escala fue realizada en 1986 y posteriormente se realizó la evaluación psicométrica comparativa de las versiones 6, 17 y 21.

Sumando las puntuaciones de cada ítem, la escala de Hamilton proporciona una puntuación global de la gravedad del cuadro depresivo (los puntos de corte y los descriptores de los distintos grados de depresión se muestran en la tabla 6). También se puede obtener la puntuación de tres factores o índices, sumando las de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems

9-11) y sueño (ítems 4-6). No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices.

La respuesta al tratamiento se define habitualmente como una disminución igual o mayor al 50% de la puntuación inicial, la respuesta parcial, entre el 25 y 49% y la no respuesta, como una reducción de menos del 25%. Se considera que se ha alcanzado la remisión cuando la puntuación es ≤ 7 .

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE (Depression: management of depression in primary and secondary care, 2004). guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

Tabla. 1

Se describe los ítems de diferentes categorías junto sus criterios de valor para obtener el puntaje. Los criterios de puntuación de los ítems están poco especificados, contando solo con indicaciones someras, y debe ser el juicio clínico del entrevistador quien asigne el grado de severidad.

Ítem	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empecoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud apremiosa aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

Tabla. 2

Se describe los ítems de diferentes categorías junto sus criterios de valor para obtener el puntaje. Los criterios de puntuación de los ítems están poco especificados, contando solo con indicaciones someras, y debe ser el juicio clínico del entrevistador quien asigne el grado de severidad.

11. Ansiedad somática	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorias: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimalen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante <p>Síntomas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	<ul style="list-style-type: none"> 0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) <p>B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. Insight (conciencia de enfermedad)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

Nota: *Hamilton sugiere que, para aumentar la fiabilidad de las evaluaciones, estén presentes dos evaluadores, uno para realizar la entrevista y otro para hacer preguntas complementarias. Los dos registran sus evaluaciones por separado y después se hace el promedio.*

4.2.3. Brief Patient Health Questionnaire y preguntas de Whooley

La escala heteroaplicada de Hamilton para la depresión (HRSD o HAM-D, Hamilton Rating Scale for Depression) fue diseñada para evaluar la intensidad o gravedad de la depresión por clínicos, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas depresivos, tanto en la práctica clínica como en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde con el momento en el que se aplica, excepto para algunos ítems, como los del sueño, que se refieren a los dos días previos.

El Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9) es la versión auto aplicada del módulo de depresión del PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders Procedure). Consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes en las últimas 2 semanas.

El diagnóstico de depresión mayor se sugiere cuando 5 de los 9 síntomas han estado presentes “más de la mitad de los días” en las últimas dos semanas y uno de los síntomas está relacionado con el estado de ánimo o anhedonia.

El ítem de ideación suicida se considera positivo para el diagnóstico independientemente de su duración. El rango de puntuaciones es de 0-27 y cada uno de los ítems oscila de 0 (nunca) a 3 (más de la mitad de los días). Además, añade una pregunta adicional para profundizar en el grado de interferencia de los síntomas en la vida diaria. Su versión validada al castellano ha demostrado similares propiedades que la versión original.

Sumando las puntuaciones de cada ítem, la escala de Hamilton proporciona una puntuación global de la gravedad del cuadro depresivo (los puntos de corte y los

descriptores de los distintos grados de depresión se muestran en la tabla 6). También se puede obtener la puntuación de tres factores o índices, sumando las de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6). No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices.

La respuesta al tratamiento se define habitualmente como una disminución igual o mayor al 50% de la puntuación inicial, la respuesta parcial, entre el 25 y 49% y la no respuesta, como una reducción de menos del 25%. Se considera que se ha alcanzado la remisión cuando la puntuación es ≤ 7 .

Tabla 3.

Se estructuró una base de datos y su análisis mediante el programa estadístico SPSS 14. Se realizó un análisis descriptivo basado en los valores de las escalas y rangos.

Patient Health Questionnaire (PHQ-9) Cuestionario sobre la salud del paciente-9

Objetivo:
Evaluar síntomas depresivos en personas mayores durante las últimas 2 semanas.

Descripción:
El PHQ-9 consta de sólo 9 ítems que evalúan la presencia y gravedad de síntomas depresivos en las últimas 2 semanas previas a la entrevista, de acuerdo con los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM V). El PHQ-9 incluye una pregunta extra que también permite profundizar el grado de interferencia de los síntomas en la vida diaria de la persona mayor. El PHQ-9 permite monitorizar la respuesta al tratamiento de la depresión.

Ha sido traducido a más de 70 idiomas diferentes y dialectos por lo que su uso está avalado internacionalmente. El PHQ-9 se considera una medida de detección de la depresión mayor en entornos de atención primaria.

Requerimientos:

- Formato impreso
- Bolígrafo
- Espacio privado, ventilado, iluminado, sin distracciones

Tiempo:
Aproximadamente entre 1-3 minutos debido a su fácil aplicación.

Instrucciones:

1. Observe a los ojos a la persona mayor, logre su atención y explíquelo:
"A continuación le haré unas preguntas para evaluar su estado de ánimo, por favor tome en cuenta como se ha sentido únicamente durante las últimas dos semanas y conteste de acuerdo con lo siguiente."
-Ningún día.
-Varios días.
-Más de la mitad de los días.
-Casi todos los días.
Haga las preguntas debidamente ordenadas del 1-9 a la persona mayor.
2. Registre marcando con una x, la columna correspondiente al puntaje de 0-3 de acuerdo con las respuestas obtenidas.
3. Suma el total de puntos y registre en el apartado de puntaje total.
4. En caso de haber obtenido puntuación mayor a 0 en alguno de los reactivos previos, realice la última pregunta del instrumento y registre la respuesta.

Sugerencias o pautas de interpretación:
De acuerdo con la sumatoria del puntaje obtenido en las respuestas, se considerarán las siguientes 4 categorías:

- **0-4** = mínima existencia o ausencia de síntomas depresivos.
- **5-9** = síntomas depresivos leves.
- **10-14** = síntomas depresivos moderados.
- **15-19** = síntomas depresivos moderados a graves.
- **20-27** = síntomas depresivos graves.

Referencias:

- Mark Zimmerman, MD. Using scales to monitor symptoms and treat depression (measurement based care) UpToDate, Post TW, ed, UpToDate, Waltham, MA UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Acceso en septiembre 10, 2020)
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-e); 2014. Guía de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-e/2013/05.
- Carol Haley A, Hook Kimberly, Rojas Perez Oscar F, Denkla Christy, Cooper Vinco Christina, Ghabehwal S, et al. Establishing reliability and validity for mental health screening instruments in resource-constrained settings: Systematic review of the PHQ-9 and key recommendations. *Psychiatry Research*. 2020; 291. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113105>.
- Beritgón María Luisa, Rico-Romero Ana María, Ruiz Gómez María, Delgado-Gómez David, Barahona Igor, et al. Estudio comparativo de los formatos en lápiz y papel y electrónicos de los cuestionarios GHQ-12, WHO-5 y PHQ-9. *Rev Psiquiatría y Salud Mental*. 2017; 10(3): 160-167. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.12.002>

Tabla 4.

La pesquisa mediante un instrumento de autoevaluación permite su aplicación a varias personas en forma simultánea, sin citas especiales, lo que potencialmente permitiría aumentar la pesquisa de pacientes que requieran incorporarse al programa de depresión

**Patient Health Questionnaire (PHQ-9)
Cuestionario sobre la salud del paciente-9**

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un " " para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
Para codificación de aplicador:	0	+	+	+
Total puntuación: _____				

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

Nota. Un elevado porcentaje de pacientes con depresión no están correctamente diagnosticados ni tratados^{117,118}, por lo que algunos autores proponen la realización de cribados con el fin de asegurar su identificación y la prescripción del tratamiento adecuado. Sin embargo, no existe consenso en las recomendaciones de guías y organismos de diferentes países.

ANEXO.1

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

ANEXO 2.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

ANEXO 3.

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

ANEXO 4.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

FUENTES CONSULTADAS.

[Chester F]. (2017, 8 septiembre). Monólogo - suicida [Vídeo]. YouTube. Recuperado 8 de junio de 2022, de https://www.youtube.com/watch?v=ONLRa43MP-s&ab_channel=ChesterF

[Cruz Roja Española]. (2020, 9 septiembre). Sí, hablemos del suicidio: Ana Lara, superviviente | Salud [Vídeo]. YouTube. Recuperado 14 de agosto de 2022, de https://www.youtube.com/watch?v=x3V4AMJVarw&ab_channel=CruzRojaEspa%C3%B1ola

[UNAM Global]. (2022, 9 junio). Aumentan suicidios en México - UNAM Global [Vídeo]. YouTube. Recuperado 29 de agosto de 2022, de https://www.youtube.com/watch?v=ljQJsE5QAuA&ab_channel=UNAMGlobal

¿Qué es la adolescencia? (s. f.). UNICEF. Recuperado 4 de abril de 2022, de <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>

ASOCIACION PSICOANALÍTICA MEXICANA. (2020, 7 mayo). EN MÉXICO 2.5 MILLONES DE JÓVENES EN DEPRESIÓN. APM. Recuperado 5 de mayo de 2022, de <https://asociacionpsicoanaliticamexicana.org/en-mexico-2-5-millones-de-jovenes-en-depresion/#:%7E:text=En%20M%C3%A9xico%20el%20n%C3%BAmero%20de,afirmaron%20especialistas%20de%20la%20UNAM.>

Arredondo, E. M. (2020, 15 diciembre). Ansiedad en adolescentes: causas y tratamiento. CuidatePlus. Recuperado 5 de mayo de 2022, de <https://cuidateplus.marca.com/familia/adolescencia/2020/12/13/ansiedad-adolescentes-causas-tratamiento-175994.html>

Autolesiones: qué son y cómo prevenirlas. (2021, 11 enero). Asociación de Profesionales en Prevención y Postvención del Suicidio. Recuperado 16 de mayo de 2022, de <http://papageno.es/autolesiones-definicion-prevencion>

Canovas, E. M. (2021, 7 julio). Las 5 fases (o etapas) del duelo: la teoría de Kübler-Ross. Centro Psicología Integral MC. Recuperado 3 de mayo de 2022, de <https://centrodepsicologiaintegral.com/las-5-fases-o-etapas-del-duelo-la-teoria-de-kubler-ross/>

CEIES. (s. f.). ¿Qué es el suicidio? <https://open.spotify.com/episode/6Z3dIDBY2DPxa8YGklulAR>

Coryell, W. (2022, 4 abril). Trastornos depresivos. Manual MSD versión para profesionales. https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos#v1028065_es

Dávila Cervantes, C. A. (2018, 15 agosto). Adolescentes en riesgo: factores asociados con el intento de suicidio en México. Gerencia y Políticas de Salud, 17(34). <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgsp17-34.arfa>

Durkheim., E. & Ruiz - Fuentes, M. (1928, febrero). El suicidio: Estudio de sociología y otros textos complementarios (Spanish Edition) (1.a ed.). Miño y Dávila editores.

El Suicidio (1.a ed.). (2017, 30 junio). CreateSpace Independent Publishing Platform.

Foucault, M. (2022, 15 septiembre). Enfermedad Mental Y Psicología (1st ed.). Paidós.

Hernández, A. (2021). El riesgo de suicidio en el adolescente, ¿se puede evitar con la formación integral? Ciencia Latina, 5. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/981>

Herrera Guerra, E. & Galvan Patrignani, G. (2022, 8 agosto). Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados. Psicogente, 25(48), 5-18. <https://doi.org/10.17081/psico.25.48.5422>

INEGI. (s. f.). ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO (10 DE SEPTIEMBRE) DATOS NACIONALES. Recuperado 11 de mayo de 2022, de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf

La ansiedad en los adolescentes va en aumento: ¿qué está pasando? (s. f.). HealthyChildren.org. Recuperado 7 de mayo de 2022, de <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/emotional-problems/Paginas/Anxiety-Disorders.aspx#:~:text=De%20acuerdo%20con%20el%20Instituto,y%20adolescentes%20aument%C3%B3%20un%2020%20%25.>

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (s. f.). DSM-5 Trastornos de ansiedad. DSM-5. Recuperado 3 de mayo de 2022, de <https://ebg.ec/wp-content/uploads/2021/01/DSM-5-Trastornos-de-ansiedad.pdf>

La autolesión: Posibles causas y consecuencias y su manejo exitoso. (2015, 19 mayo). Self-Injury. Recuperado 10 de junio de 2022, de http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/eventos/2015/cf/ccp/doc/conf_paulo_acero.pdf

Larrotta-Castillo, R. (2020, junio). Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. www.scielo.org. Recuperado 1 de diciembre de 2021, de <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v52n2/2145-8464-suis-52-02-179.pdf>

Mansilla, F. (2014, 30 abril). Suicidio y prevención. E-531. Recuperado 2 de septiembre de 2022, de <http://www.psicodoc.org/edoc/E-531.pdf>

Mansilla, Fernando. (s. f.). SUICIDIO Y PREVENCIÓN. psicodoc. Recuperado 15 de junio de 2022, de <http://www.psicodoc.org/edoc/E-531.pdf>

Moriconi, V. (2020, agosto). El duelo durante la pandemia de COVID-19. Investigación y Ciencia. Recuperado 24 de noviembre de 2020, de <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/mente-y-cerebro/mi-verdadero-yo-804/el-duelo-durante-la-pandemia-de-covid-19-18792>

Mayo Clinic. (2018, 7 diciembre). Autolesiones/cortes - Síntomas y causas - Mayo Clinic. Mayo Clinic. Recuperado 9 de junio de 2022, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/self-injury/symptoms-causes/syc-20350950>

PAYÀS, A. (2020). DUELO POR COVID-19. INSTITUTO-IPIR. Recuperado 17 de noviembre de 2020, de <http://www.ipirduelo.com/wp-content/uploads/DUELO-COVID19-Paya%CC%80sA-1.pdf>

Psicológica, O. (2022, 15 marzo). DSM 5: Depresión ». Orientación Psicológica. [https://orientacionpsicologica.es/dsm-5-depresion/#:%7E:text=La%20Depresi%C3%B3n%20\(DSM%205\)%20se,d e%20inter%C3%A9s%20o%20de%20placer.](https://orientacionpsicologica.es/dsm-5-depresion/#:%7E:text=La%20Depresi%C3%B3n%20(DSM%205)%20se,d e%20inter%C3%A9s%20o%20de%20placer.)

Ruiz, R. (2021, 5 febrero). Suicidio. Concepto de - Definición de. Recuperado 8 de mayo de 2022, de <https://conceptodefinicion.de/suicidio/>

Ruiz-Aguila, C. (2021). Ansiedad en familiares de pacientes con COVID-19 hospitalizados en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. NCT Neumología y Cirugía de Tórax. Recuperado 1 de diciembre de 2021, de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=100990&id2>

Sánchez, J. (2022, 18 mayo). Recuperado 11 de abril de 2022, de <https://open.spotify.com/episode/7qlYU2jdNPUmX8JERjQ26I>

Síntomas Ansiedad Generalizada (TAG): Criterios Diagnósticos según las Clasificaciones Internacionales. (2022, 3 marzo). Clínica de la Ansiedad. Recuperado 3 de mayo de 2022, de <https://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-generalizada/sintomas-ansiedad-generalizada-tag-criterios-diagnosticos-segun-las-clasificaciones-internacionales/>

Suicidio y comportamiento suicida. (s. f.). Medline Plus. Recuperado 7 de mayo de 2022, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001554.htm#:~:text=Es%20el%20acto%20de%20quitarse,estrellar%20un%20autom%C3%B3vil%20a%20prop%C3%B3sito.>

Suicidio. (2021, 10 mayo). AMAI TLP. Recuperado 25 de agosto de 2022, de <https://www.amaitlp.org/glosario/suicidio/>

UNICEF. (2017, mayo). COMUNICACIÓN, INFANCIA Y ADOLESCENCIA. GUÍA PARA PERIODISTAS. SUICIDIO (1.a ed.). Valeria Román.

Universidad de Cantabria. (s. f.). Tema 11. El Duelo. CIENCIAS PSICOSOCIALES II. Recuperado 3 de mayo de 2022, de <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1575/course/section/2034/tema-11.pdf>

Washington State Department of Health. (2021, 28 marzo). Cómo sobrellevar el COVID-19: Sentimientos de pérdida y duelo. Medium. Recuperado 1 de diciembre de 2021, de <https://medium.com/bienestarwa/c%C3%B3mo-sobrellevar-el-covid-19-sentimientos-de-p%C3%A9rdida-y-duelo-c38d4ad6d39>