



UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO
EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO CLAVE DE
INCORPORACIÓN 8852-25

**“ EL INTENTO DE SUICIDIO Y LA
DEPRESIÓN EN EL ADULTO ”**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
CAROLINA RENATA CORONA OBIL

DIRIGIDA POR:
PSIC. ADRIANA GÓMEZ DÍAZ



ACAPULCO, GUERRERO

ENERO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

El presente trabajo es dedicado a mis padres Carlos Renato Corona Solís (Q.E.P.D) y María Esperanza Obil Martinez, quienes me apoyaron todo el tiempo para seguir con mis estudios, mi padre quien siempre fue mi ejemplo y hasta el último día de su vida confió en mi, mi madre a quien admiro por ser la mujer que es, por sacarnos adelante siendo también un gran ejemplo y brindándome todo su grandioso apoyo, a mi hijo Ludwig Alejandro, quien ha sido mi motor para lograr todo lo que me propongo para darle un buen ejemplo, a Maria Fernanda quien es apenas una bebé y deseo ser de igual manera un ejemplo para ella, a Gabriel por estar a mi lado dándome su amor y apoyo para terminar este trabajo.

También dedico este trabajo con todo mi esfuerzo a mi profesora la Psic. Luz Maria Gonzalez Salazar de quien aprendí tanto y es una persona especial en mi vida, a la Psic. Adriana Gómez, Dr. Jose Ramón Comas, quienes son unos maestros excelentes y me enseñaron con su experiencia, a Coquis Molina a quien adoro y siempre ha estado con nosotros brindándonos todo su apoyo y comprensión desde que entramos a la Facultad. ¡Gracias Coquis!

A toda mi familia, amigos que han estado conmigo en las buenas y en las malas con este trabajo y me impulsaron a terminarlo, les dedico este logro que es unos de los más importantes en mi vida.

Contenido

INTRODUCCIÓN	4
1. LA DEPRESIÓN	7
1.1 ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN	7
1.2 SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN	11
1.3. TIPOS DE DEPRESIÓN	14
1.3.1. DEPRESIÓN AGITADA O ENMASCARADA	14
1.3.2. DEPRESIÓN RETARDADA	14
1.3.3. DEPRESIÓN ENCUBIERTA O ATÍPICA	15
1.4. CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN SEGÚN CIE-10 Y DSM-IV TR.	16
1.5. DIFERENTES TEORÍAS DE LA DEPRESIÓN	23
1.5.1. TEORÍA GENÉTICA	23
1.5.2. TEORÍA BIOQUÍMICA	24
1.5.3. TEORÍAS PSICOLÓGICAS	27
1.6. LA DEPRESIÓN EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA.	34
1.6.1. DEPRESIÓN EN NIÑOS	34
1.6.2. DEPRESIÓN EN EL ADOLESCENTE	37
1.6.3. DEPRESIÓN EN EL ADULTO	40
1.6.4. DEPRESIÓN SENIL	41
1.7 CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN	43
2. EL SUICIDIO	46
2.1 HISTORIA Y DEFINICIÓN DEL SUICIDIO	46
2.2. TIPOS DE SUICIDIO SEGÚN EMILE DURKHEIM	50
2.2.1 SUICIDIO ALTRUISTA	50
2.2.2. SUICIDIO EGOÍSTA	51
2.2.3. SUICIDIO ANÓMICO	52
2.3. FORMAS DE SUICIDIO	53
2.3.1. ADVERTENCIAS SUICIDAS	55
2.4. FACTORES DE RIESGO	58
2.5. SU ESTADÍSTICA EN EL MUNDO Y EN MÉXICO	61
2.6. LA IMPORTANCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL SUICIDIO.	68
2.7. EL INTENTO DE SUICIDIO COMO CONSECUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO	70
DISCUSIÓN	72

CONCLUSIONES	76
PROPUESTA	81
BIBLIOGRAFIA	106

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se describe como el intento de suicidio es consecuencia de la depresión en el adulto, así como los indicadores que propician al adulto a cometer un intento suicida, de igual forma se explican como síntomas y factores desencadenan un intento suicida.

El estudio de los trastornos de ánimo se inició hace largo tiempo. Los primeros estudios registrados comenzaron con un término antiguo, el cual comenzó con el concepto de melancolía¹, donde en griego “melas” significa negro y “chole” significa bilis², como lo llamó Hipócrates: bilis negra, mismo término utilizado por la medicina antigua, la cual fue considerada como una enfermedad mental. Hipócrates consideraba que el ser humano estaba regido por cuatro humores, la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra; estos humores equilibraban el estado emocional, el exceso de la bilis negra, causaba que la persona se desequilibrara teniendo como consecuencia la melancolía³.

La depresión en la actualidad es una enfermedad que ha ido en aumento. Esto ha sido confirmado por INEGI, y estadísticas de Sector Salud, cada año, va aumentando el índice de personas con depresión, así como de suicidio. Pero, ¿Qué es la depresión? y ¿Por qué es importante su estudio?

¹ Feighner, J.P. and W.F. Boyer, **Perspectives in Psychiatry, Volume 2, Diagnosis of Depression**, Edit. Wiley, England 1992, Reprinted June 1992.

² **Evaluación del Riesgo Suicida en Usuarios del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL)**. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México 2005.

³ Feighner, J.P. and W.F. Boyer, op.cit

La depresión es una enfermedad que se manifiesta por síntomas como tristeza profunda y la disminución de placer por las actividades que comúnmente se realizaban. Esta enfermedad afecta en gran medida a la persona, a la familia y a la sociedad, teniendo consecuencias irremediables.

La depresión es una enfermedad que no distingue raza, religión, edad, sexo, sin embargo, cabe mencionar que éstos pueden ser algunos factores relacionados.

La depresión afecta más a mujeres que a hombres, es más frecuente en la edad adulta; de mayor incidencia en la población de raza blanca y más en los no creyentes que los creyentes. Estos datos se desglosan más adelante donde se mencionan los factores de riesgo de la depresión.

A lo largo del trabajo se describirá la definición de la depresión, sus teorías, los estudios que se han llevado a cabo para comprobar cuales son sus síntomas, y sus consecuencias.

Por otra parte, del suicidio se describe su historia, cómo ha sido su estudio a través de varios siglos, los factores de riesgo que hay que tomar en cuenta, las causas y sus consecuencias. Se menciona cómo el suicidio está relacionado con la depresión, siendo así, una consecuencia de la misma y así como los síntomas predominantes para que esto pueda ser llevado a cabo.

El objetivo de este trabajo es informar a la población la importancia que se le debe dar a la depresión, así como sus síntomas para que la misma gente pueda notarlos.

Se elabora una propuesta a nivel tratamiento para combatir la depresión en el adulto, mediante terapia cognitivo conductual, la cual ha sido comprobado que es más eficaz en el tratamiento de la depresión, este tratamiento es dirigido a la población adulta, ya que es en la que nos enfocamos en la presente investigación.

CAPÍTULO 1

1. LA DEPRESIÓN

“Un trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa”⁴

1.1 ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN

Areteo de Capadocia en el siglo II, realizó un cuadro más completo y marcadamente nuevo de este desorden. Él propuso que la depresión era causada por factores puramente psicológicos y enfatizó la importancia de las relaciones interpersonales en el curso de la enfermedad. También observó que la depresión era un padecimiento recurrente y que la recuperación después de un episodio puede ser no total, ya que se puede recaer.⁵

En el siglo VI todavía se manejaba el concepto la depresión, el cual era causado por la bilis negra, utilizado por Alejandro Tralles, y en el siglo

⁴ **National Institute of Mental Health**, www.nimh.nih.gov. 27/08/04, Pág. 1

⁵ **Los trastornos psicológicos en el niño, Etiología, Características, Diagnóstico y Tratamiento**. Sólloa García, Luz María, Edit. Trillas, México 2001..

XII, el filósofo judío Moisés Maimónides consideró la melancolía como entidad clínica discreta⁶.

Durante la edad media Santo Tomas de Aquino⁷ sostenía que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales, esta creencia se abandonó en el año de 1630, cuando Robert Burton publicó un tratado llamado Anatomía de la melancolía, donde identificó los estados depresivos.

Philippe Pinel en 1826, mencionó que, características como la amnesia, melancolía y manía eran un subtipo de neurosis, caracterizados por “extravíos del espíritu”, diferenciándolos de las “desviaciones del intelecto”, considerando seis tipos básicos de alteraciones psicopatológicas: a) lesiones de la sensibilidad física, b) lesiones de la percepción exterior, c) lesiones del pensamiento, d) lesiones de la memoria, e) alteraciones de juicio, f) cambios de carácter y emocionales.^{8,9}

Con la revolución científica, los investigadores de la psiquiatría comenzaron a estudiar la fisiología relacionada con los trastornos mentales. A mediados del siglo XIX, fue retomado el tema de la

⁶ **Evaluación del Riesgo Suicida en Usuarios del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL).** Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México 2005

⁷ **Depresión,** Calderón Narváez, Guillermo; Edit. Trillas, 2ª ed., Agosto 2001.

⁸ **Evaluación del Riesgo Suicida en Usuarios del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL).** Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México 2005

⁹ **Fantasías de suicidio en adolescentes deprimidos y no deprimidos,** Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, México D.F., 1995.

depresión por Kraepelin, quien se basó en el modelo de la medicina y consideró que los desórdenes psiquiátricos tenían una causa orgánica, un curso que lo caracterizaba y un final predecible, formando así tres categorías principales, estando dentro de ellas la psicosis maniaco-depresiva¹⁰.

Respecto a la depresión en la infancia, en este mismo siglo, el alemán Griesinger y el francés Descuret realizaron el diagnóstico de nostalgia en niños; al respecto en 1921 Kraepelin presentó un trabajo epidemiológico de una muestra de 900 maniaco-depresivos y encontró que el 4% de los casos, había presentado el primer episodio antes de los 10 años. En 1924 un italiano llamado Sancte de Santics dedicó en su libro "Psiquiatría Infantil" dos capítulos a la depresión. Alrededor de los años treinta, con la influencia de la corriente psicoanalítica se rechazó la idea de la depresión infantil, ya que esta patología estaba vinculada estrechamente al desarrollo del superyó. Sin embargo Sollóa mencionó que Melanie Klein, René Spitz, Bolwby y Ana Freud consideraban que el trastorno de depresión infantil sí existía.¹¹

Posteriormente, en los años sesenta surgió el término de depresión enmascarada, en la que se aceptaba el término de depresión infantil, pero encubierta bajo síntomas como irritabilidad, problemas de conducta y agresividad. Fue entonces cuando se empezó a aceptar el término de depresión infantil y en 1971, la Unión Europea de Paidopsiquátras, en el Cuarto Congreso de Paidopsiquiatría de

¹⁰ Sollóa, 2001, op.cit.

¹¹ ídem

Estocolmo, eligió como tema monográfico “Los estados depresivos en el niño y el adolescente”.¹²

Con respecto con la depresión en adultos, en 1854 Jules Falred describió una enfermedad “folio circulaire” en la que el paciente presentaba estados de ánimos alternos de depresión y manía. Y en 1882 Karle Kalhbaum describió la manía y la depresión como fases de la misma enfermedad.¹³

Natch y Recamier, en 1960, definen a la depresión como un “estado patológico de sufrimiento psíquico consciente y de culpa, acompañado por una marcada reducción de valores personales y una disminución de la actividad psicomotora y orgánica”¹⁴

Skinner, en 1953, define a la depresión como “un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias de conducta que han sido positivamente reforzadas por el ambiente social”¹⁵

Por otro lado, Beck en 1976, la define como un desorden del pensamiento, donde los signos y síntomas son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos.¹⁶

¹² Jiménez, M. “**Depresión infantil aspectos clínicos**”, en M. Jiménez Psicopatología infantil, Aljibe, España 1995a.

¹³ Kaplan, Harold L. y Benjamín J. Sadock, **Compendio de Psiquiatría**, 2ª ed., Edit. Salvat, Mallorca, Barcelona 1987, Última reimpresión en 1992,

¹⁴ **Fantasías de suicidio en adolescentes deprimidos y no deprimidos**, 1995, Op.Cit.

¹⁵ Skinner. B.F., **Science and human Behavior**, Nueva York: free Press, 1953

¹⁶ Beck A.T., **Cognitive therapy and the emotional disorders**, Nueva York: International Universities Press.

Por su parte Kolb en el mismo año, la define como “un tono afectivo de tristeza, que puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia, hasta una desesperación en grado extremo, surgiendo posiblemente de la ambivalencia inconsciente y la hostilidad con impulsos agresivos y rencorosos”.¹⁷

Como se observa la depresión ha sido estudiada desde hace muchos años, siendo tema principal de muchos autores. Actualmente a la depresión se le puede definir¹⁸ como una enfermedad emocional, la cual tiene un conjunto de signos y síntomas, los cuales son principalmente la anhedonia y tristeza profunda

1.2 SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

La mayoría de las personas han sentido tristeza en algún momento, debido a diversos sucesos que ocurren en el transcurso de la vida; suceden pérdidas de cualquier tipo, por ejemplo, desde un cambio de residencia o escuela hasta la separación o muerte de algún ser querido. La tristeza es un estado emocional que se siente ante algún evento que provoca dolor. Sin embargo, existen diferencias entre la tristeza y la depresión. Kaplan señala la diferencia entre aflicción o tristeza y depresión. La primera puede ser, por ejemplo, consecuencia de alguna pérdida de una relación personal, la segunda es más intensa, en tiempo y emoción, es una enfermedad que afecta a la persona de manera

¹⁷ **Fantasías de suicidio en adolescentes deprimidos y no deprimidos**, 1995, Op.Cit.

¹⁸ **National Institute of Mental Health**, 2004 Op. Cit., Feignher, J.P. 1992 Op. Cit.

importante en sus actividades diarias. La depresión, no sólo se acompaña de desolación, sino que se percibe un semblante que denota claramente la profunda tristeza, la persona puede volverse lenta en sus acciones, suele ser callada y no encuentra sentido a la vida.¹⁹ Según Ebert, Loosen y Nurcombe²⁰, los síntomas más importantes presentados en la depresión son los siguientes:

Estado melancólico.- Es el síntoma más característico en las personas deprimidas y sucede en un 90% de éstas. El paciente se describe como triste, desesperanzado, tiene una pérdida de energía y de interés en las actividades que realizaba habitualmente. Cambia en su aspecto físico, se le nota la tristeza en su postura, en su rostro y en su forma de hablar.

Anhedonia.- Es la incapacidad para disfrutar las actividades placenteras que solía realizar. Se da en la mayoría de personas deprimidas. Existe pérdida de placer por el sexo, por los pasatiempos y rutinas diarias, entre otros.

Cambios en el apetito.- Ebert, Loosen y Nurcombe reportaron que cerca del 70% de pacientes deprimidos muestran una baja ingestión de alimentos, teniendo como consecuencia la pérdida de peso.

Alteraciones en el sueño.- Estos mismos autores mencionan que aproximadamente el 80% de personas deprimidas tienen algún cambio en su patrón de sueño, el más común es el insomnio tardío, así como empeoramiento de síntomas depresivos

¹⁹Kaplan 1987, Op. Cit.

²⁰Michael H. Ebert, Meter T. Loosen y Barry Nurcombe, **Diagnosis and Treatment in Psychiatry**, Eit. Mc Graw-Hill Internacional Editions, Singapore 2000.

Cambios en la actividad corporal.- Cerca del 50% de pacientes deprimidos reaccionan de forma lenta o retardada, de igual forma, el pensamiento se vuelve lento, el tono de voz es bajo y su forma de hablar es pausada. Cerca del 75% de hombres y 50% de mujeres expresan ansiedad, agitación motora, incapacidad para quedarse sentado e incapacidad para escribir.

Pérdida de energía.- Generalmente los pacientes deprimidos reportan una significativa pérdida de energía, fatiga o cansancio sin motivo.

Baja concentración.- El paciente deprimido siente que no es capaz de pensar tan bien como antes, no son capaces de concentrarse y son fácilmente distraídos.

Sentimientos de desesperanza y pensamientos sobre la muerte.- Estos paciente pueden presentar una marcada baja autoestima y también referir no tener fuerza para seguir viviendo.

Ideación Suicida.- Muchos pacientes deprimidos tienen pensamientos recurrentes de muerte. Piensan que el mundo sería mejor sin ellos y algunos planean cómo quitarse la vida.

Estos síntomas son generales en la depresión, por lo regular se presentan en todos los pacientes deprimidos. Es importante tomarlos en cuenta para el diagnóstico y el curso del tratamiento, al igual que los sentimientos del paciente y sus planes a futuro, ya que de esto depende su rehabilitación. Los síntomas mencionados también aparecen en algunas clasificaciones de la depresión, como se mencionan más adelante.

1.3. TIPOS DE DEPRESIÓN

1.3.1. DEPRESIÓN AGITADA O ENMASCARADA

Con este tipo de depresión las personas empiezan mostrando una sobreactividad cada vez más ansiosa, hasta que llegan a sentirse inquietos, no son capaces de permanecer quietos o acostados por más de unos minutos. Algunos pacientes se muestran aprehensivos, como si estuvieran esperando que ocurriera algún desastre, se pueden observar cómo se pasean inquietos, gimen y gritan, se frotan y da comezón el cuerpo y se retuercen las manos. Algunos pacientes anticipan un castigo severo por sus culpas, otros exigen que se les castigue cruelmente, o incluso llegan a considerar el castigo como inevitable. Por lo regular hay amargura y resentimiento ante la posibilidad de un castigo cruel, aunque el propio paciente lo esté exigiendo.²¹

1.3.2. DEPRESIÓN RETARDADA

Los pacientes con este tipo de depresión se observan con la espalda encorvada, los brazos sin fuerza, mirada fija al suelo, cara inmóvil; aunque se les tome de los brazos y cabeza, la mirada la tienen hacia el suelo sus movimientos son lentos y pesados, tienen dificultad en iniciar cualquier actividad y en continuarla, su habla es lenta, repetitiva y monótona; no sostienen una conversación, sus oraciones suelen

²¹ Cameron, Norman, **Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad**, 2ª. ed., Edit. Trillas, México 1990, 8ª reimpresión 2003.

terminar en murmullo, pierden el apetito y por lo regular están estreñidos, duermen poco (dos o tres horas), pierden peso, se notan agotados, ojerosos y enfermos, en los hombres suele presentarse impotencia sexual y en las mujeres frigidez y su menstruación se vuelve irregular o se interrumpe por completo. A la depresión retardada suele llamársele también estupor depresivo, en casos extremos, depresión psicótica retardada. Por lo regular cesan por completo toda actividad espontánea, el paciente no responde a nada y no es consciente de lo que ocurre a su alrededor, pasa la mayor parte del tiempo sentado e inmóvil, refleja tensión o sin expresión facial. A menudo es necesario hospitalizarlo y alimentarlo por sonda, ya que de otro modo puede morir.²²

1.3.3. DEPRESIÓN ENCUBIERTA O ATÍPICA

En este tipo de pacientes se observa alteración del humor, en caso de no presentarse ésta, la persona presenta algún dolor crónico, insomnio, pérdida de peso u otras alteraciones corporales, comen en exceso y aumenta en gran medida el sueño.²³

²² ídem

²³ Kaplan, 1987. Op Cit.

1.4. CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN SEGÚN CIE-10 Y DSM-IV TR.

El CIE-10 y el DSM-IV TR comparten casi los mismos síntomas, aunque existen algunas diferencias. El siguiente cuadro se observan las ambas clasificaciones:

<p>El “CIE-10”²⁴ clasifica la depresión como:</p> <p>Episodio depresivo</p> <p>La tristeza o melancolía debe durar por lo menos dos semanas, no es válido si la depresión es por causas orgánicas o por abuso de sustancias psicoactivas.</p> <p>Algunos síntomas depresivos son considerados por su significado clínico y se denominan somáticos. Para llamarse síndrome somático debe presentar por lo menos cuatro de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Marcada pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de las actividades que eran placenteras. 2) Pérdida de la reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales que habitualmente producen respuesta emocional. 3) Despertarse por la mañana dos o más 	<p>El “DSM-IV TR”²⁵ clasifica la depresión como:</p> <p><u>Criterios para el episodio depresivo mayor</u></p> <p>A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.</p> <p>Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.</p> <p>1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).</p>
---	--

²⁴Organización Mundial de la Salud Ginebra, **Criterios Diagnostico de Investigación CIE-10**, Trastornos Mentales y del Comportamiento, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Editorial Meditor, Pág. 112-121, ya que los términos están definidos mundialmente.

²⁵**Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR**, First, Michael B., Edit. Masson, 1ª ed., Barcelona 2001.

<p>horas antes de lo habitual.</p> <p>4) Empeoramiento matutino del humor</p> <p>5) Presencia objetiva de inhibición psicomotriz clara.</p> <p>6) Pérdida marcada de apetito.</p> <p>7) Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes)</p> <p>8) Pérdida marcada de la libido.</p> <p>Episodio depresivo leve</p> <p>El estado de tristeza dura al menos dos semanas. Presenta al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <p>1) Humor depresivo casi todo el día y casi todos los días, persistente durante al menos dos semanas.</p> <p>2) Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.</p> <p>3) Falta de vitalidad o aumento de la fatiga.</p> <p>Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas adicionales.</p> <p>4) Pérdida de confianza y estimación de sí mismo.</p> <p>5) Reproches desproporcionados hacia sí mismo y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.</p> <p>6) Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.</p> <p>7) Algunas quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y</p>	<p>En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable</p> <p>2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)</p> <p>3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.</p> <p>Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables</p> <p>4. Insomnio o hipersomnias casi cada día</p> <p>5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)</p> <p>6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día</p> <p>7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)</p> <p>8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)</p> <p>9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse</p>
---	---

<p>vacilaciones.</p> <p>8) Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.</p> <p>9) Alteraciones de sueño de cualquier tipo.</p> <p>10) Cambios del apetito (disminución o aumento con la correspondiente modificación de peso).</p> <p>Episodio depresivo moderado.</p> <p>Tiene los mismos síntomas que el episodio depresivo leve y presenta al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Humor depresivo casi todo el día y casi todos los días, persistente durante al menos dos semanas. 2) Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. 3) Falta de vitalidad o aumento de la fatiga. <p>Presenta por lo menos seis de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Pérdida de confianza y estimación de sí mismo. 5) Reproches desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada. 6) Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida. 7) Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones. 	<p>B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.</p> <p>C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).</p> <p>E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.</p> <p><u>Criterios para el diagnóstico de F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2)</u></p> <p>A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.</p> <p>B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.</p> <p>C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.</p> <p>Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad</p>
--	---

<p>8) Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.</p> <p>9) Alteraciones de sueño de cualquier tipo</p> <p>10) Cambios del apetito (disminución o aumento con la correspondiente modificación de peso.</p> <p>Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos:</p> <p>Contiene por lo menos nueve de los síntomas del episodio depresivo moderado. En este episodio no se presentan alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.</p> <p>Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.</p> <p>Contiene los síntomas del episodio depresivo leve y moderado. Aquí se presentan uno o dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Alucinaciones o ideas delirantes. 2) Estupor depresivo. <p>Distimia</p> <p>Es el estado de ánimo depresivo y tiene un periodo de al menos dos años, es continuo o constantemente recurrente. Los periodos de estado de ánimo normal raramente duran más de unas pocas semanas. Debe presentar por lo menos tres de los siguientes síntomas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Una disminución de la vitalidad o de la actividad. 2) Insomnio. 	<p>médica.</p> <p>Codificar el estado del episodio actual o más reciente:</p> <p>.0 Leve</p> <p>.1 Moderado</p> <p>.2 Grave sin síntomas psicóticos</p> <p>.3 Grave con síntomas psicóticos</p> <p>.4 En remisión parcial/en remisión total</p> <p>.9 No especificado</p> <p><i>Especificar</i> (para el episodio actual o para el más reciente):</p> <p>Crónico</p> <p>Con síntomas catatónicos</p> <p>Con síntomas melancólicos</p> <p>Con síntomas atípicos</p> <p>De inicio en el posparto</p> <p><u>Criterios para el diagnóstico de F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3)</u></p> <p>A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.</p> <p>Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.</p> <p>B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.</p> <p>C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.</p>
--	--

<p>3) Pérdida de confianza en sí mismo o sentimiento de inferioridad.</p> <p>4) Dificultad para concentrarse.</p> <p>5) Llanto fácil</p> <p>6) Pérdida de interés o satisfacción por actividades sexuales o placenteras.</p> <p>7) Sentimientos de desesperanza o desesperación.</p> <p>8) Sentimientos de incapacidad para enfrentarse con las responsabilidades habituales de la vida diaria.</p> <p>9) Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado.</p> <p>10) Aislamiento social.</p> <p>11) Menor locuacidad de lo habitual en el sujeto.</p>	<p>Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.</p> <p>Codificar el estado del episodio actual o más reciente:</p> <p>.0 Leve</p> <p>.1 Moderado</p> <p>.2 Grave sin síntomas psicóticos</p> <p>.3 Grave con síntomas psicóticos</p> <p>.4 En remisión parcial/en remisión total</p> <p>.9 No especificado</p> <p><i>Especificar</i> (para el episodio actual o el más reciente):</p> <p>Crónico</p> <p>Con síntomas catatónicos</p> <p>Con síntomas melancólicos</p> <p>Con síntomas atípicos</p> <p>De inicio en el posparto</p> <p><i>Especificar:</i></p> <p>Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)</p> <p>Con patrón estacional</p> <p><u>Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico (300.4)</u></p> <p>A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser</p>
---	---

	<p>irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.</p> <p>B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pérdida o aumento de apetito2. Insomnio o hipersomnia3. Falta de energía o fatiga4. Baja autoestima5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones6. Sentimientos de desesperanza <p>C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.</p> <p>D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.</p> <p>Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.</p> <p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca</p>
--	---

	<p>se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.</p> <p>F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.</p> <p>G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).</p> <p>H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.</p> <p><i>Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico):</i></p> <p>Con síntomas atípicos</p>
--	---

Como se observa el CIE-10 clasifica diferentes tipos de depresión, a medida que va aumentando el grado, aumentan los síntomas. El DSM-IV-TR sólo clasifica a la depresión como mayor (único y recidivante) y distimia. Sin embargo se puede ver cómo estas clasificaciones comparten casi todos los síntomas, solo cambian de nombre de subtipo, pero los síntomas son los mismos.

1.5. DIFERENTES TEORÍAS DE LA DEPRESIÓN

1.5.1. TEORÍA GENÉTICA

Aunque es muy apoyada la teoría genética, hay pocos estudios desarrollados, sin embargo se ha demostrado que la herencia influye en la depresión²⁶. Investigaciones han sugerido que el modo de transmisión está relacionado al cromosoma X. Rutter en 1966, encontró que era más probable que los hijos de padres con enfermedades psiquiátricas también presentaban trastornos psiquiátricos, que los hijos con enfermedades crónicas²⁷.

Luego en 1977, Welter y sus colegas, encontraron que cerca de una cuarta parte de todos los padres hospitalizados por un trastorno depresivo primario, tenían al menos, un hijo con cinco o más síntomas depresión, a lo contrario los hijos de padres sanos.²⁸

En un estudio realizado por Kallman con un grupo de 23 pacientes maniacodepresivos que tenían gemelos idénticos, se encontró que en 22 de los casos, uno de los hermanos gemelos tenía psicosis maniacodepresiva. Este estudio fue muy criticado, ya que Kallman sabía el estado psiquiátrico de los padres, dicho conocimiento provocaba que la investigación no fuera lo suficientemente equilibrada, ya que era tendenciosa, encontrando que era muy difícil que los niños no fueran afectados por esta psicosis. Asimismo, Slater agrupó ocho

²⁶Sólloa, 2001, op.cit.

²⁷ ídem

²⁸ ídem

pares de gemelos monocigóticos (gemelos idénticos) con trastornos afectivos. En este estudio encontró que de las ocho parejas, solo cuatro presentaron distintos trastornos mentales. Con este estudio Slater fue refutado por Kallman quien demostró que Slater no estaba en lo correcto, ya que existe un 50% de posibilidades de que sea transmitido por genética.²⁹

Por otro lado, Gelder demostró que los pacientes con trastornos afectivos pueden tener hijos con probabilidades de entre 10 y 15% de padecer depresión.³⁰

Observando los resultados de las investigaciones en esta línea, las teorías sobre las causas genéticas han sido muy apoyadas, sin embargo, no se ha demostrado completamente que éstas sean una causante lo suficientemente predominante para el desarrollo de la depresión.

1.5.2. TEORÍA BIOQUÍMICA

Existe una teoría presentada por Joseph Schildkraust y Seymour Kety en 1967, llamada hipótesis monoaminérgica de la depresión. Según esta teoría, la enfermedad depresiva está relacionada con una disminución en la actividad sináptica de las conexiones que utilizan la noradrenalina y serotonina. Ésta disminución es característica en los circuitos hipotalámicos y del sistema límbico, que es el área que integra

²⁹ Calderón 2001, Op.cit.

³⁰ Gelder Michael, Dennis Gath y Richard Mayou, **Psiquiatría**, Edit. Interamericana McGraw Hill 2da. Ed., México D.F. 1993.

las conexiones de experiencias y respuestas emocionales. Uno de los tratamientos que se utilizó para la depresión desde esta teoría, son algunos antidepresivos que inhiben la monoaminoxidasa y con esto elevan el nivel de noradrenalina disponible. Otro tratamiento que fue utilizado en los pacientes deprimidos desde esta teoría, es el electroconvulsivo, el cual se encargaba de provocar choques eléctricos teniendo como consecuencia convulsiones. Dichas convulsiones tienen efectos sobre las aminas biógenas, logrando elevarlas.³¹

En 1985, Siever y Davis presentaron un enfoque más amplio, llamado hipótesis de desregulación en la depresión, esta teoría menciona que la depresión está relacionada con una disminución de un simple neurotransmisor y esta desregulación provoca transmisiones erráticas. Este fallo en el control puede aparecer en diversos niveles diferentes de la vía del sistema noradrenérgico.³²

En 1996, Peter T. Loosen y Colbs., mencionaron que existe un enfoque neuroendocrino donde explica que un trauma emocional puede también provocar el comienzo de distorsiones endocrinas como el hipertiroidismo y la enfermedad de Cushing, ambos son comúnmente asociados con los desórdenes afectivos, lo más comunes son emociones y cogniciones.

Los dos sistemas endocrinos más estudiados en psiquiatría son el Adrenalina-Hipotalámico-pituitario (eje HPA) y el tiroideo hipotalámico

³¹ Rosenzweig, Mark R. y Arnold I., **Psicología Fisiológica**, 2da. Ed., Mc Graw Hill.

³² ídem

pituitario (eje HPT). Aproximadamente la mitad de pacientes con depresión mayor muestran hipersecreción de cortisol que regresa a la normalidad una vez que la depresión es curada. Estudios en humanos han demostrado los efectos profundos de hormonas tiroideas en el desarrollo del cerebro, madurez y conectividad. Los efectos de las hormonas tiroideas sobre la función de madurez cerebral, como pertenecen a las emociones son menos marcados. Los efectos más comunes son:

- 1) Depresión y decremento cognitivo, son los más frecuentemente observados como síntomas psiquiátricos en pacientes con hipotiroidismo.
- 2) Una pequeña dosis de hormona tiroidea, preferentemente triyodotironina (T3) aceleran el efecto terapéutico de varios antidepresivos que no responden dentro de ambos sexos.
- 3) Mas estudios longitudinales han revelado las reducciones dinámicas en concentraciones de tiroxina seronina (T4) en pacientes deprimidos durante un amplio rango de tratamientos somáticos, incluyendo varios antidepresivos, litio, privación del sueño y ECT.
- 4) Administración de liberación de hormona tirotropina (TRH) puede inducir al incremento sensible del “estar bien” y relajación en sujetos normales y en pacientes con enfermedades neurológicas y psiquiátricas, especialmente depresión.
- 5) Aunque se determina que la enfermedad tiroidea es rara en la depresión mayor, formas de disfunciones tiroideas son comunes, por ejemplo, ausencia de la hormona estimulante tiroidea diurna (TSH), causada por una reducción en el TSH nocturno Un

despunte de TSH responde después de la administración de TRH, hipotiroidismo subclínico o anticuerpos antitiroideos positivo.³³

1.5.3. TEORÍAS PSICOLÓGICAS

Las teorías psicológicas se basan en diversos enfoques, como el psicoanalítico, el cognitivo, el interpersonal y del aprendizaje social. Dichos enfoques sostienen diferentes causas de la depresión, mismos que son mencionados a continuación.

1.5.3.1. ENFOQUE PSICOANALÍTICO

En la teoría psicoanalítica, Sigmund Freud mencionó que la “melancolía” es un estado anímico profundamente dolido que consiste en cancelar todo interés por el mundo exterior, ocurre una pérdida de la capacidad de amar, la persona tiende a la inhibición de toda productividad y una baja en la autoestima que se exterioriza en autoreproches y auto denigraciones, mismos que puede llegar a un delirante castigo. El “Yo en la melancolía se percibe como indigno, moralmente despreciable, se siente culpable, se humilla y se conmisera”.³⁴

En la melancolía existe un conflicto por la pérdida del objeto, una ambivalencia entre amor y odio; el amor al objeto identificado y odio por

³³ Ebert, 2000, Op.Cit.

³⁴ Sigmund Freud, Duelo y Melancolía, **Obras completas**, Edit. Amorrortou, 2da. Ed., Buenos Aires 1976, Séptima reimpresión 1996.

la pérdida, pero ya que no puede expresar su odio hacia el objeto, lo reprime volcándolo hacia sí mismo. También existe una regresión hacia la etapa más cercana al sadismo, la etapa oral, autodañándose y llegando al suicidio.³⁵

Sigmund Freud señaló que el duelo y la melancolía están muy relacionados, sin embargo cada uno está diferenciado por el tipo de pérdida. El duelo es consecuencia de la muerte de un ser querido y la segunda, es por la pérdida del objeto, es decir, una pérdida interna.³⁶

1.5.3.2. ENFOQUE COGNITIVO

Beck menciona que el modelo Cognitivo maneja tres conceptos específicos para la esencia de la depresión³⁷:

La Triada Cognitiva

Los Esquemas Cognitivos

Los Errores Cognitivos

1) Triada Cognitiva

Cuando se habla de Tríada Cognitiva, Beck se refiere a tres componentes que inducen al paciente a la depresión:

La percepción de sí mismo.

La percepción de sus experiencias.

³⁵ Idem.

³⁶ Gelder M. Op. cit.

³⁷ Beck Aaron, A. John Rush, Brian F Shaw y Gary Emergy, **Terapia Cognitiva de la Depresión**, 5ª. ed., Edit. Desclee de Brouwer S.A., España 1983.

La percepción del futuro.

El sujeto tiene una percepción negativa de sí mismo, siendo éste el primer componente de la triada. La persona piensa que él es la causa de todos los problemas, se percibe culpable de todo, subestimándose y criticándose a sí mismo por las cosas que ocurren. El segundo componente es la tendencia a interpretar las experiencias de una manera negativa es decir, piensa que no es capaz de realizar algunas actividades. El tercer componente es la visión negativa que tiene el paciente acerca del futuro, tiene pensamientos de fracaso, piensa que le van a llegar momentos de infelicidad, penas y frustraciones.

En el modelo cognitivo los signos y síntomas de la depresión se basan en los pensamientos negativos del paciente, no en las cosas que ocurren, sino en cómo el sujeto las percibe. Esto entonces, lo lleva a tener un comportamiento depresivo, ya que el paciente piensa de forma irracional que será rechazado, culpado o frustrado ante algún suceso. Los pensamientos de suicidio, pueden ser vistos como una expresión del deseo de escapar a lo que no puede resolver.

2) Esquemas Cognitivos

Los esquemas son patrones cognitivos y Beck menciona que el paciente ante algunas situaciones, forma pensamientos, ideas, imágenes, que se vuelven estables, así entonces, al presentarse un evento, ya tiene una actitud predispuesta. Es decir, el paciente depresivo forma esquemas y actitudes que lo llevan a sufrir y a ver

siempre la parte negativa de cualquier situación, aunque haya evidencias positivas, no es capaz de percibirlas.

3) Errores Cognitivos

El tercer componente del modelo cognitivo son los errores cognitivos. Estos se refieren a la creencia que tiene el paciente depresivo acerca de sus pensamientos ante la situación, es decir, la situación puede ser la misma, pero los pensamientos acerca de esa situación son variables. Se dan los siguientes errores:

- 1.- Inferencia Arbitraria.- Esto se refiere a predisponerse ante alguna conclusión cognitiva, haciéndola de forma negativa y sin apoyo que la sostenga, o cuando la evidencia es contraria a la situación.
- 2.- Abstracción Selectiva.- Consiste en poner mucho énfasis en algún detalle del estímulo que esté fuera de lugar, dejando de lado lo relevante de la situación y haciendo toda la conceptualización en base solo al detalle.
- 3.- Generalización Excesiva.- Se refiere a formar una conclusión o pensamiento precipitado, esto a base de hechos que no están muy relacionados con lo que le sucede.
- 4.- Maximización y Minimización.- Son errores cometidos al evaluar el significado o magnitud de una situación, se distorsiona la respuesta al pensamiento haciéndolo de forma negativa.
- 5.- Personalización.- Esto se refiere a no solo culparse, por lo ocurrido, sino pensar que es la causa de todos los problemas ante algunas situaciones, sin tener razones válidas o lógicas para hacerlo.

6.- Pensamientos absolutistas, dicotómicos. Esto quiere decir que el paciente tiene pensamientos extremistas de la situación y toma una postura muy positiva o muy negativa.

1.5.3.3. ENFOQUE INTERPERSONAL

En el enfoque interpersonal, Coiné menciona que la depresión se basa en el estilo de interacción social, el cual se caracteriza por conducta de quejas, lamentaciones y autodesprecio. Dichas conductas son reforzadas ya que se produce un falso estado de seguridad y apoyo de otras personas³⁸. En 1987 Gotlib y Colby ampliaron el modelo de Coiné haciendo hincapié en el papel que juega el individuo y el medio que mantiene el episodio depresivo³⁹. Estos autores concluyeron que el episodio depresivo se inicia con la idea de un acontecimiento estresante, ya sea por causa interpersonal, intrapsíquica o bioquímica, formando una interacción con factores de vulnerabilidad interpersonales (como calidad y cantidad de apoyo social, cohesión de la familia, etc.) o intrapersonales (cogniciones poco adaptativas, pocas habilidades de afrontamiento y manejo de estrés). Una vez que la depresión ha iniciado, se mantiene o se agrava por la conjunción de dos factores: el primer factor es el interpersonal, el cual tiene que ver con la naturaleza y la calidad de la respuesta de las otras personas con respecto a la persona deprimida, y su influencia en la conducta sintomática. En un estudio que realizaron Furr y Funder, demostró cómo la tristeza y la insatisfacción personal están relacionadas con el comportamiento, la

³⁸ Jiménez, M. 1995. Op. cit.

³⁹ ídem

autopercepción, la reputación social y la manera en cómo la persona es tratada por los demás. Además se encontró que la actitud negativa hacia sí mismo es consecuencia de interacciones sociales no adaptativas, conductas que provocan respuestas negativas de otros y una reputación social negativa que deteriora el autoconcepto⁴⁰.

1.5.3.4. ENFOQUE DEL APRENDIZAJE SOCIAL

Jiménez, menciona que en un estudio que hizo Liberman y Raskin en 1971, retomaron el concepto de “ganancia secundaria” para expresar la causa de la depresión, explicando que el paciente depresivo presenta conductas depresivas, ya que éstas son reforzadas frecuentemente por el medio que lo rodea⁴¹. Por su parte, Matson menciona que Costello en 1972 dijo que la depresión está determinada básicamente porque el sujeto tiene habilidades sociales inadecuadas, esto quiere decir que, un niño con pocas aptitudes sociales puede desarrollar fácilmente la esta enfermedad, ya que ante pérdidas poco importantes no encuentra formas de reforzamiento alternativas en su vida⁴².

Por otro lado, Jiménez señala que Ferster en 1973, estableció la hipótesis de que, la depresión se produce porque existe una baja

⁴⁰M. Furr y D. Funder, “A Multimodal Analysis of Personal Negativities”, en *Journal of Personality and Social Psychology*, núm. 74, vol. 6, 1998,

⁴¹ Jiménez, M. 1995, Op. Cit.

⁴² Matson, J. *Treating Depression in Children and Adolescents*, Pergamon Press, EUA, 1989.

frecuencia de conductas reforzadas positivamente, y está relacionado con los siguientes factores⁴³:

“Se produce depresión cuando la persona es reforzada con poca frecuencia: lo que se traduce en lo que se podría llamar un “programa prolongado de extinción”.

La presencia de ansiedad puede también debilitar la tasa de frecuencia de la conducta. Los cambios repentinos en el ambiente pueden, en ciertas ocasiones, debilitar la frecuencia con que se produce la conducta”⁴⁴

Matson también menciona que Lewinson en 1974, elaboró un modelo que ha tenido más influencia en el área clínica; Lewinson menciona que la característica principal de la depresión es un déficit conductual y está asociada por el paradigma: “baja frecuencia de respuesta al reforzamiento positivo contingente”⁴⁵. Esta baja tasa, es ocasionada por una falta de habilidades sociales, deficiencia que tiene como consecuencia que haya poco reforzamiento del ambiente, a su vez, este ambiente provoca que las conductas depresivas se mantengan, llamando la atención de las demás personas por conductas depresivas verbales y no verbales.

Con estas teorías se puede observar que no es solo el ambiente (exterior), es una combinación de éste, conductas, cogniciones y la

⁴³ Jiménez, M. 1995, Op. Cit.

⁴⁴ ídem.

⁴⁵ ídem

bioquímica del paciente que hace que la enfermedad pueda evolucionar y disminuir, ya sea de forma positiva o negativa.

1.6. LA DEPRESIÓN EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA.

La depresión como ya se había mencionado no sólo afecta a los adultos, cada vez existen más casos de depresión en niños y ancianos en nuestra población. Aunque hay algunos síntomas que son iguales en las cuatro poblaciones, existen otros que se diferencian en cada una de las etapas.

1.6.1. DEPRESIÓN EN NIÑOS

Hubo un largo lapso donde se tenía la perspectiva tomada del psicoanálisis, donde se consideraba que el niño carecía de madurez intrapsíquica para experimentar una depresión, ya que es muy complicado para una estructura yoica que no está completamente desarrollada⁴⁶.

René Spitz en 1946, publicó un trabajo acerca de la reacción de los bebés cuando hay una separación de la madre, si el bebé no se reunía con su madre, se presentaba un síndrome que Spitz denominó “depresión anaclítica”, la cual se identifica por pérdida de peso,

⁴⁶ Rende, R., Plomin. D. Reiss y M. Hetherinton, “**Genetic and Environmental Influences on Depressive Syntomatology in Adolescence: Individual Differences and Extreme Scores**”, en Journal of child Psychology and Psychiatry, núm 34, vol. 8, 1993.

insomnio, falta de respuesta a las personas que lo rodean, inexpresividad y mirada extraviada. En cambio si el niño y la madre se reunían nuevamente después de 3 a 5 meses, el síndrome se revertía, de lo contrario, si no estaban juntos, y pasaba más tiempo, el síndrome se volvía irreversible, y los niños manifestaban deterioro en áreas como el desarrollo físico y mayor predisposición a las enfermedades.⁴⁷

Ariete menciona que, Weimberg y sus colaboradores en 1973, emplearon una lista de síntomas para identificar la depresión en niños⁴⁸:

- Abatimiento
- Ideas autodenigrantes, estos dos se deben acompañar por lo menos dos de los siguientes síntomas:
 - Conducta Agresiva
 - Trastorno del sueño
 - Modificación del rendimiento escolar
 - Menor socialización
 - Cambios de actitud frente al estudio
 - Síntomas somáticos
 - Disminución de la energía
 - Variaciones en el apetito o peso.

Por su parte, Sandler y Joffe agregaron que es más frecuente que inhiban su agresividad y la vuelquen sobre sí mismos.⁴⁹ Asimismo,

⁴⁷ Ariete Silvano, Jules Bemporad, **Psicoterapia de la depresión**, Ed. Paidós, México 1993,

⁴⁸ Idem.

Cytlyn y Mclaneo en 1972, dividieron tres categorías de depresión infantil⁵⁰:

“Los niños con una reacción depresiva aguda, presentan por lo regular una historia de adaptación relativamente normal, antes del acontecimiento traumático que suele consistir en una pérdida del objeto, además la familia presenta un grado de ligero a moderado de psicopatología.

Los niños con una reacción depresiva crónica presentan una historia de adaptación social premórbida marginada, han sufrido episodios depresivos en el pasado y numerosas separaciones y pérdidas del objeto, sobretodo en la primera infancia. Estos niños son pasivos, dependientes con antecedentes de depresión recurrente en algunos de sus progenitores.

Los niños con reacción depresiva marcada presentan elementos variados de psicopatología: rasgos compulsivos, histéricos-obsesivos, su historia denota negativismo, personalidad pasivo agresiva y los miembros de la familia presentan desorganización y psicopatología grave”.⁵¹

Por otro lado, Polaino menciona que el bajo rendimiento escolar es una de las primeras señales de depresión en los niños. El descenso de nivel

⁴⁹ De Ajuriaguerra, J. **Manual de Psiquiatría Infantil**, 5ª. Ed. Edit. Masson, Barcelona 2000.

⁵⁰ ídem

⁵¹ Idem, Pág. 663

de aspiraciones, incapacidad para obtener nuevamente la motivación para continuar con la escuela, la inhibición, irritabilidad y desconfianza en sí mismo, son también síntomas que el mismo autor señala como indicadores de la depresión, mismos que coinciden con los síntomas que Weimberg menciona⁵².

Finalmente, la consecuencia última en la depresión infantil, al igual que en el adulto, puede ser el suicidio. Al respecto en un estudio realizado en una clínica de psiquiatría infantil para pacientes externos se encontró que en niños entre 8 y 13 años, el 58% presentó ideación suicida y el 9% había intentado el suicidio. Algunos de los métodos que utilizaron estos niños fueron: ingerir sustancias, autoapuñalarse, cortarse, arrojarse contra vehículos, saltar de edificios, inhalar gas, asfixiarse al colgarse y utilizar armas de fuego.⁵³

1.6.2. DEPRESIÓN EN EL ADOLESCENTE

También llamada depresión juvenil. Al igual que en el adulto se presentan los síntomas de tristeza, pérdida de energía y falta de interés en las actividades comunes.⁵⁴

La depresión juvenil tiene muchas causas; cambios hormonales, conflictos con los padres, la maduración tanto física como psicológica,

⁵² Rodríguez Sacristán Jaime, **Psicoterapia del niño y del adolescente**, Tomo 1, 2ª ed., Edit. Universidad de Sevilla, Sevilla 1998.

⁵³ Goldman H y Howard, **Psiquiatría General**, 4ta. ed, Edito. Manual Moderno, Mexico 1996

⁵⁴ [www. Kernanhospital.com/esp_enoy/article/001518sys.htm](http://www.Kernanhospital.com/esp_enoy/article/001518sys.htm), KernanHospital University o Maryland Medical System, Depresión en el adolescente. 24 de junio de 2004

todas estas, son situaciones que en la mayoría de éstos se presentan y provocan estrés, donde los adolescentes tienen una falta de control emocional y conductual.⁵⁵ Un ejemplo, es la depresión resultante de necesidades de dependencia. Este sentimiento puede producir agitación, ansiedad o gran necesidad de reemplazar a los padres y encontrarlos en bandas de delincuencia o tener relaciones sexuales indiscriminadas.⁵⁶ En esta etapa también se genera estrés, el cual es influido por la escuela, padres o pareja. Este ejemplo es una causa de depresión.

Otra de las causas es tratar de complacer a los demás de cumplir con las expectativas de otros, esto les impide hacer caso a sus propios deseos, sin estar en contacto con ellos mismos, llegando a sentirse inútiles y vacíos⁵⁷

Del Barrio en 1990, se basó en los criterios del DSM III de la APA⁵⁸, mencionando los siguientes síntomas:

- Disforia
- Aumento o disminución del apetito o peso.
- Insomnio o hipersomnia.
- Reproche o culpabilidad
- Retraimiento social

⁵⁵ ídem

⁵⁶ Ariete Silvano, 1993, Op. Cit.

⁵⁷ Rodríguez, Jaime Sacristán, **Psicopatología del niño y del adolescente**, Tomo 1, 2ª ed, Edit. Universidad de Sevilla, Sevilla 1998.

⁵⁸ Asociación Psiquiátrica Americana, **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM III**, Masson, España, 1995.

- Anehdonia
- Pensamientos suicidas o de muerte
- Cambio en el rendimiento escolar
- Falta de energía o fatiga
- Quejas somáticas, agitación-retraso motor.
- Falta de interés en las actividades.
- Pobre concertación
- Irritabilidad
- Agresividad
- Ideas persecutorias
- Fobia escolar
- Llantos sin motivo aparente
- Ensoñaciones.

Ariete menciona que el uso de drogas, la afiliación a determinados grupos, la delincuencia o la promiscuidad sexual, pueden ser algunos de los síntomas que sobresalen más en el adolescente y que pueden causar depresión, o ser una manifestación de la misma.⁵⁹

Al igual que en los adultos, la depresión se presenta más en las adolescentes que en los hombres.⁶⁰ Por ejemplo en nuestro país, las tasas de intento de suicidio son más altas en las mujeres, el 52.42% y del hombre con un 47.52 %.⁶¹

⁵⁹ Arieti Silvano, 2003, Op. Cit.

⁶⁰ Sólloa 2001, Op.Cit.

⁶¹ Instituto Nacional de Geografía e Informática, Estadística de Intento de Suicidio y Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos, 2005.

1.6.3. DEPRESIÓN EN EL ADULTO

Dado que este trabajo está enfocado a la depresión el adulto, no se desarrollará mucho en esta sección, ya que los síntomas, enfoques y tipos ya fueron mencionados, sólo cabe decir que sí hay diferencias por género; es más común en la mujer que en el hombre, esto ha sido demostrado en los estudios realizados por varias investigaciones como el INEGI y la Secretaria de Salud. En cuestión de raza, es más predominante en la raza blanca que en la negra y en cuanto al suicidio, hay más muertes de hombres que de mujeres.⁶²

Cabe señalar que la depresión es una enfermedad con muchos estudios a lo largo del tiempo, sin embargo en este trabajo se encontró que no hay algún impacto para disminuirla, de hecho en México, casi no hay centros donde ayuden a pacientes deprimidos, aun cuando esta enfermedad afecta al paciente, la familia, la gente alrededor del paciente, también llega a afectar el ámbito laboral, provocando un círculo vicioso que induce a agudizar la depresión.

La depresión puede ser consecuencia indirecta; en varios aspectos, un ejemplo puede ser un factor social, como el aumento de la globalización, llegando a causar desempleo, dificultades económicas, entre otros, de esta forma se genera estrés y finalmente causa un desequilibrio en la unidad familiar, haciendo que sus integrantes lleguen a ser más vulnerables, y puedan caer mas fácilmente en esta enfermedad, otro ejemplo sería la muerte de un familiar, lo cual puede

⁶² ídem

desencadenar depresión. Algunas veces los pacientes pueden tener depresión sin siquiera saberlo. Es importante conocer los síntomas para poder identificarlos y así saber si el paciente está en algún riesgo de tener depresión.

1.6.4. DEPRESIÓN SENIL

Algunos autores mencionan que en la depresión senil es realmente difícil encontrar síntomas que la diagnostiquen, sin embargo se ha demostrado que sí existen síntomas depresivos en el adulto mayor, ya que antes no se consideraba que hubiera depresión en este tipo de población. En ocasiones debido al medicamento, que por la misma edad, la mayoría de adultos mayores ingieren, tienen efectos secundarios y ocasionan depresión.⁶³ Otro origen de la depresión senil es debido a los cambios psicosociales que generalmente se resienten más en las edades avanzadas, Yost y Cols., mencionan que la salud se deteriora hasta en un 25% durante los 13 primeros meses después de una pérdida, y este padecimiento es más alto en mujeres que en hombres.⁶⁴ La viudez, falta de actividad intelectual, motriz, desempleo o bajos ingresos económicos, etc., generan más estrés⁶⁵, formando parte del origen de la depresión. Habitualmente el adulto mayor atribuye algunos síntomas depresivos como el cansancio, la tristeza, la desesperanza, etc., a la edad, provocando que estos síntomas no sean

⁶³ www.nimh.nih.gov/publicat/spdep3561.cfm. Depresión, Nacional Instituto of Mental Health, 27 de agosto de 2004.

⁶⁴ Yost, Elizabeth, B., Larry E., Beutler, M. Anne Corbishley, James R. Allender, **Terapia Cognoscitiva de Grupo**, Tratamiento para personas de edad avanzada con Depresión. Edit. Limusa, México D.F. 1991

⁶⁵ G. Roche Bergua Andres, “**Depresión En el adulto mayor**”, Psiquis, Órgano Oficial de la Federación Mexicana de Sociedad pro salud Mental, A.C., y del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, No. 3, Vol. 13, Mayo Junio 2004 Págs. 69-76.

detectados y se vuelvan crónicos, llegando a tener más probabilidad de tener síntomas psicóticos como ideas delirantes de tipo de culpabilidad, nihilismo, persecución, e ideación suicida, otros síntomas son los hipocondríacos ya que aparecen aproximadamente en el 65% de los adultos mayores y es mencionado como factor de riesgo.^{66, 67}

Con respecto al área cognitiva, la más estudiada es el deterioro de la memoria. De acuerdo a un estudio realizado en un grupo de ancianos, de más de 75 años, se encontró que el 66% de ellos, tenía problemas de memoria. Asimismo, Lopera, menciona que la demencia, es el trastorno más común en la vejez⁶⁸.

Ayuso menciona que la depresión en la vejez es consecuencia de muchas situaciones psicosociales como la jubilación, pérdida económica, privación de estatus social, rechazo familiar, enfermedades como infecciones agudas, enfermedades neurológicas, demencias, accidentes cerebrovasculares, infartos al miocardio, entre otros⁶⁹. Algunos síntomas básicos en este tipo de pacientes es la tristeza duradera, menciona que se siente aburrido, con el estado de ánimo apagado, apático, nada le ilusiona, nada le llama la atención, nada le gusta. Tiene alteración de sueño, siendo la más común el insomnio, ya sea inicial, medio o tardío. Estos pacientes tienden a ser hipocondríacos, se preocupan constantemente por el desarrollo de

⁶⁶ ídem

⁶⁷ Aguera, L. **¿Cuál es la relación entre el suicido y la depresión en el anciano?** Doce cuestiones fundamentales. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología. 1996.

⁶⁸ Lopera F., (2001) Anamnesis en el Estudio del Paciente con Demencia. Rev. Neurol. No. 32, Vol 2

⁶⁹ Ayuso Gutiérrez J.L., Salud Mental atención primaria, La depresión Senil: Aspectos Clínicos y Terapéuticos, Salud Global, Año 2, Número 2, Madrid 2002

enfermedades⁷⁰. La ideación suicida es una idea que se presenta en repetidas ocasiones, siendo un aspecto que debe ser tomado en cuenta con gran importancia.⁷¹

Como se puede observar, en el adulto mayor, el tema de la depresión puede ser muy delicado, debido a su cultura, educación e ideas, es difícil formar consciencia en que pueden tener una enfermedad, sin embargo es muy importante darse cuenta a tiempo y poder atenderlos a tiempo, ya que esta enfermedad puede causar la muerte.

1.7 CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN

En un estudio de Borja y Cols., se encontró que la mortalidad es más probable para los pacientes deprimidos que para los pacientes no deprimidos. También encontraron que la depresión conduce a conductas que originan en gran medida las enfermedades, tales como el tabaquismo, la mala alimentación, el consumo el alcohol, malos hábitos de sueño. Esto causa que las defensas del cuerpo disminuyan causando algunas alteraciones de salud como las somáticas, pérdida de apetito, alteraciones de sueño, fatiga, trastornos sexuales, entre otros. La persona que tiende a somatizar, tiene quejas corporales como dolor de cabeza, sensación de opresión en el pecho, fatiga, pérdida de peso, etc.⁷²

⁷⁰ ídem

⁷¹ ídem

⁷² Dr. James Spensley, Universidad de California, Revista Psicología Enero-Febrero, México D.F. 1999, Pág. 21-24

Por otra parte, en la depresión infantil se puede observar como es afectado el niño, no solo a nivel educativo, sino a nivel familiar, ya que la niñez es la base de la personalidad y si no es atendida a tiempo puede generar graves consecuencias.

Asimismo, algunas de las consecuencias que se presentan en el adolescente es tener una gran dificultad para relacionarse con el mundo exterior, con esto incrementan la insuficiencia del adolescente provocando conducta antisocial y violencia.⁷³ Cuando la depresión muestra consecuencias es porque no ha sido tratada, y esto puede ser realmente peligroso e incluso llegar a la muerte.

En conclusión, el desarrollo de la depresión no tratada es de la siguiente forma:

Comienza por algún estímulo desencadenante, inmediatamente comienzan los síntomas de alteración en apetito, peso, sueño, falta de concentración, etc., luego sigue pensamiento y sentimientos acompañados de angustia, abatimiento, miedos, etc., en seguida, decrecienta la productividad, la desadaptación social, aislamientos, si no es tratada comienzan a agravarse los síntomas e inician otros padecimientos, como gastritis, dolores de cabeza, etc., después, comienza el estado de desesperanza, y los pensamientos suicidas, si

⁷³ Kaplan, Op.Cit.

todavía no se ha detectado o intervenido puede llegar finalmente la muerte.⁷⁴

⁷⁴ Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión, Historia natural de la depresión no tratada, Revista Psicología publicación bimestral, UNAM, Enero Febrero, 1999, Mexico, D.F.

CAPÍTULO 2

2. EL SUICIDIO

El suicidio se ha registrado desde hace mucho tiempo, en diferentes épocas y culturas. Este acto puede ser considerado como sagrado o insignificante; de acuerdo a diversas culturas y periodos de la historia, con el suicidio se demuestra libertad, valor o cobardía ante la vida. Tiene muchos significados. Algunos piensan que cada quien tiene derecho a tomar esta decisión con respecto a su vida y no le toman importancia. Otros piensan que es un acto totalmente incorrecto, ya que la decisión de la vida no es de uno mismo, sino de un ser supremo.

2.1 HISTORIA Y DEFINICIÓN DEL SUICIDIO

En el transcurso del tiempo el suicidio ha tenido muchos significados, por ejemplo en la India, bajo la influencia del brahmanismo, los sabios, en búsqueda del nirvana (liberación de todos los males en la nada) frecuentemente se suicidaban en fiestas religiosas. En el Tibet tenían de igual forma esta creencia, la cual se expandió por el impulso del Buda Siddharta Gautama, quien distinguía dos tipos de suicidas: el que buscaba la perfección y el que huía del enemigo. Otro caso es en China, durante del gobierno del emperador Chi-Koang-Ti,

aproximadamente 500 filósofos de la escuela de Confucio, se arrojaron al mar para no sobrevivir a la quema de sus libros sagrados.⁷⁵

Por otro lado, en Roma el suicidio entre esclavos era frecuente, aunque prohibido; a los que eran salvados se les castigaba de una manera rigurosa, ya que los soldados romanos no podían disponer de su vida, la cual pertenecía al Estado.⁷⁶

En el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino argumentó que el suicidio era un pecado mortal contra Dios. En esta época se mencionaron pocos datos de suicidios, ya que la condena era degradar el cadáver y no ser enterrado. En el siglo XVII, debido a la enérgica represión el suicidio era considerado como delito de una gran magnitud, en contraste con el siglo XVIII en el cual todo se reformó y se consideró como prueba de libertad individual.⁷⁷

Existía también el suicidio institucionalizado, como el de los habitantes de las Islas Canarias, donde en el transcurso de alguna festividad de sus dios, algunos con cantos y bailes, se aventaban en los barrancos del monte sagrado, para alcanzar la felicidad eterna.⁷⁸

Con respecto a la definición, autores que definen el suicidio concuerdan con el mismo significado. Suicidio, significa matarse a sí mismo, etimológicamente es más conveniente decir la palabra suicidar y no

⁷⁵Sarró Blanca y de la Cruz, Cristina, **Los Suicidios**, Edit. Martínez roca, Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud, serie SALUD 2000, Barcelona 1991

⁷⁶ ídem

⁷⁷ ídem

⁷⁸Sarró 1991, Op. Cit.

suicidarse, ya que se vuelve redundante, suicidar significa matarse a sí mismo.⁷⁹

Por otro lado, según los anglosajones, la palabra suicidio fue utilizada por Charleton en 1651, aunque Álvarez en 1971 señaló que fue utilizada por Browne en 1635 y publicada en 1642. Otro autor, Fedden en 1938, mencionó que apareció en *New World of Works* en 1662.⁸⁰

Tiempo después, en 1737 la palabra suicidio fue retomada por el Abate Desfontaines en 1737, después fue incluida en las enciclopedias y fue hasta el siglo XIX cuando varios investigadores comenzaron a hacer un estudio sobre este tema. En este siglo, el número de suicidios aumentó en gran cantidad, no se menciona la causa, pero lo atribuyen a factores sociales y culturales.^{81, 82}

Posteriormente en 1929, el concepto suicidología fue utilizado por Bonger, pero en 1960 fue promocionado y ampliado por Shneidman, definiéndolo como el estudio científico del fenómeno suicida. Los suicidólogos han propuesto una gran variedad de definiciones y clasificaciones sobre la conducta suicida, pero aún no se ha acordado ninguna definición de forma generalizada. Asimismo, Deshaies en 1947 definió al suicidio como “el acto de matarse de una manera generalmente consciente, utilizando la muerte como un medio o un

⁷⁹ Moron Pierre, **¿Qué Es? El Suicidio**, 1ª ed., Edit. Publicaciones Cruz O.S.A. México 1992.

⁸⁰ Sarró 1991, Op. Cit.

⁸¹ Moron 1992, Op. Cit

⁸² Sarró 1991. Op. Cit.

fin”⁸³. En 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS) empleó la expresión de acto suicida para referirse a “todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil.”⁸⁴

“Baechler en 1975, definió al suicidio como una conducta que busca y encuentra solución al problema existencial a través de la muerte”.⁸⁵

Por su parte, Durkheim también definió al suicidio como “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, cometido por las víctimas a sabiendas que va a producir dicho resultado”⁸⁶

La definición de suicidio que mencionó Quidu, señala que “el suicidio es el acto de matarse, acto que se logra y se sanciona con la muerte, por definición etimológica (sui-coedere), la cual significa tentativa de suicidio, acto incompleto que tiene como resultado un fracaso”⁸⁷.

Con la revisión anterior se puede demostrar que el suicidio ha existido desde hace ya varios siglos y que la definición sigue siendo la misma. Matarse a sí mismo. También se observa como varios autores explican diversas causas, como la cultura, religión, creencias que tiene las personas en varios países y en distintas épocas..

⁸³ ídem

⁸⁴ ídem

⁸⁵ ídem

⁸⁶ Durkheim, Emile, **El Suicidio**, 2ª edición, Edit. Ediciones Coyoacán, México D.F. 1995

⁸⁷ Moron Pierre, 1992, Op. Cit.

2.2. TIPOS DE SUICIDIO SEGÚN EMILE DURKHEIM

Una de las contribuciones más importantes en el estudio del suicidio fue realizada por Emile Durkheim, quien es considerado como uno de los precursores en esta área en el aspecto social; él dividió los tipos de suicidio en tres categorías:

- a) Suicidio Altruista
- b) Suicidio Egoísta
- c) Suicidio Anómico.

2.2.1 SUICIDIO ALTRUISTA

Durkheim menciona que este tipo de suicidio se debe al exceso de integración a la sociedad, esto se ve reflejado en la India, por ejemplo, cuando morían los hombres, las esposas se quitaban la vida, ya que eran compañeros, tanto en la vida como en la muerte. Otro caso es el de los jefes de las comunidades, quienes tenían seguidores y cuando morían sus jefes, estos tenían que seguirlo aun más allá de la muerte, por lo que también se quitaban la vida, y por ultimo, los ancianos también se quitaban la vida, ya que era considerado un deshonor morir por la vejez, era mas honroso quitarse la vida por sí mismo que por fuerza natural. Todas estas creencias, así eran consideradas: como creencias, eran actos que el hombre tenía que llevar a cabo, y ningún caso era obligatorio.⁸⁸

⁸⁸ Durkheim, 1995 Op. Cit.

Un ejemplo de este tipo de suicidio no solo se ven en esa época, un caso muy conocido es el del suicidio colectivo del Templo del Pueblo con Jim Jones, quien fue capaz de dirigir un suicidio masivo de 914 personas incluyendo a niños, jóvenes y adultos para cometer dicho acto. El 8 de noviembre de 1974, Jim Jones reunió a sus seguidores y después de hablar con ellos tomaron la decisión de ingerir refresco con cianuro con potasio, ocasionando la muerte inmediata primero de niños, luego jóvenes y adultos. Jim Jones murió junto a su esposa con un arma que utilizó para el mismo fin. Hubo personas que al final se rehusaron, pero las fuerzas militares de Jones los asesinaron.

Actualmente se siguen cometiendo algunos tipos de suicidios colectivos, por creencias religiosas de líderes, ideas a las que aferran los seguidores y los llevan a la muerte.

2.2.2. SUICIDIO EGOÍSTA

El suicidio egoísta, según Durkheim, incluye a aquellas personas que se supone no están bien integrados a ningún grupo social. La integración o desintegración familiar puede utilizarse para explicar el por qué se suicidaban las personas y porque las parejas con hijos eran un grupo con mayor protección a esta enfermedad. Otro caso es de las comunidades rurales, éstas tienen mejor integración social que las áreas urbanas, y por lo tanto, es menor el índice de suicidio. Durkheim hizo investigaciones entre protestantes y católicos, y encontró que el protestantismo era una religión menos cohesiva que el catolicismo. Lo que correlacionó con un menor índice de suicidio que en el catolicismo, ya que era más represivo, y ya que entre protestantes se cree que la

vida es de Dios y no de uno mismo; otra situación, es que está más integrado. Esto se nos lleva a concluir que la integración social y el estar más cohesionado a la sociedad, disminuye el índice de suicidio, como ocurre en las áreas rurales, contrario a lo que pasa en las urbanas, donde hay menor apego a la sociedad.⁸⁹

2.2.3. SUICIDIO ANÓMICO

Durkheim retomó varias investigaciones durante algunos años (1850 a 1890), en varios países, donde encontró la misma situación, cuando se increpaban la situación financiera había igual número de muertes por suicidio que cuando disminuía. Esto no se debe a que las muertes era la gente era más pobre o rica, sino lo que implicaba esto, la pobreza llevaba a no poder satisfacer las necesidades del hombre ni de su familia. Este tipo de suicidio está más regido por el equilibrio de la sociedad. De igual forma ocurre en el individuo, cuando tiene divorcio o separación hay mayor probabilidad de suicidio, ya que está en una situación de crisis. Con los dos casos, el estado financiero y la situación emocional cuando se desequilibran, llevan a un estado de crisis, estando así, en un ambiente más vulnerable emocionalmente y estando en peligro de caer en un intento suicida.⁹⁰

Un ejemplo del suicidio anómico en la actualidad, son los casos de los suicidios de los globalifóbico, les afecta tanto la economía del país que prefieren morir y no continuar con esas ideas.

⁸⁹ ídem

⁹⁰ ídem

Retomando lo mencionado, Durkheim, muestra el suicidio desde la perspectiva social y muestra como desde ese tiempo las procedencias de suicidio siguen siendo las mismas, actualmente no se sigue a un jefe de una comunidad, pero se sigue al líder de algún grupo, como se mostró en los ejemplos, y estamos hablando de lugares industrializados, que actualmente ocupan los primeros lugares en tecnología, en riqueza. Un ejemplo son grandes empresarios que tienen a su cargo una empresa, una gran responsabilidad y nos enteramos por los medios de comunicación como mueren por suicidio. Esto nos lleva a concluir sobre la importancia que tiene el suicidio en la actualidad y crear alguna manera en cómo prevenirlo.

2.3. FORMAS DE SUICIDIO

Morón y Marchiori mencionan que existen algunas formas de suicidio más comunes; la elección del procedimiento o instrumento, depende de algunos factores, por lo regular es por imitación, de lo que haya observado, escuchado o leído el suicida, así como también interviene la facilidad de ejecución, se utiliza lo que se tiene a la mano, o lo que es fácil de conseguir^{91, 92}.

Morón⁹³, menciona que existen tres formas más comunes de suicidio:

Traumáticos:

⁹¹ Morón 1992, Op. Cit.

⁹² Marchiori Hilda, **El Suicidio, Enfoque Criminológico**, Edit. Porrúa, México 1998.

⁹³ Morón 1992 Op. Cit. Pág. 28-34

- Arma Blanca (cuchillos, navajas, tijeras, etc.)
- Armas de fuego (pistola, fusil, explosivo, etc.)
- Precipitación (arrojamientos, caída desde una roca, etc.)
- Aplastamiento (tren, coche, maquina industrial, etc.)
- Quemaduras (incineración, cremación)
- Productos cáusticos (sosa, potasio, ácidos)

Por asfixia:

- Ahorcamiento, estrangulamiento, sofocación
- Sumersión (mar, río, estanque tina)
- Vapores de carbón (gas, electrocución)

Tóxicos:

- Utilizan todos los venenos. (Sales de arsénico, estricnina, mercurio, tintura de yodo, belladona, barbitúricos, alcohol, aspirinas, cianuro de mercurio, etc.)

Complementando lo anterior, Marchiori agrega información que complementa la brindada por Morón respecto a los suicidios y los instrumentos utilizados⁹⁴.

a) Cuerdas, alambres, telas.- El ahorcamiento, también llamado colgamiento o asfixia por suspensión, ha sido el método más utilizado en la historia.

⁹⁴ Marchiori, 1998, Op. Cit.

- b) Armas de fuego.- Este comportamiento es utilizado más por los hombres que las mujeres. Las armas más frecuentes son el revolver, pistolas automáticas y escopetas.
- c) Instrumentos cortantes.- Los más comunes son vidrios y/o navajas, y por lo general los cortes son en zonas como cuello, tórax y muñecas.
- d) Fármacos.- Este medio es más utilizado en mujeres, consumen sedantes, antidepresivos, etc.
- e) Arrojar desde las alturas. Es utilizado más por los hombres que por las mujeres, en la mayoría de las ocasiones se toman tiempo antes de arrojar en el borde de algún edificio.
- f) Asfixia por inmersión también denominada asfixia por sumersión, es frecuente en el sexo femenino, lo han relacionado también con personas de alto nivel intelectual.
- g) Los venenos que se utilizan por lo regular en los casos suicidas, son productos para granjas o casas de campo, ya que son raticidas o insecticidas.⁹⁵
- h) En el caso del gas, carbón, kerosene, nafta, etc., el número de suicidio ha incrementado, especialmente con el gas.
- i) Otros medios pueden ser por asfixia con bolsas de plástico o ingesta compulsiva de alimentos.

2.3.1. ADVERTENCIAS SUICIDAS

Muchos de los pacientes deprimidos antes de cometer un acto suicida presentan algunas señales que muchas veces pasan de forma

⁹⁵ Marchiori 1998 citando a Alfonso Quiroz Cuaron, Medicina Forense, Edit. Porrúa, México D.F. 1977.

inadvertida; algunos suicidas se despiden de familiares y amigos; otras dejan sus cosas arregladas para que no haya ningún problema ante su muerte y hay quienes van con su médico y hablan con respecto a los pensamientos suicidas. Durante esta entrevista se debe hacer observación; tomar mucha importancia en cuanto a la planeación fecha, hora, y con qué material cuenta para el intento. Debido a la gravedad y probabilidad del intento, por lo regular será lo más conveniente internar al paciente y mantenerlo sobre vigilancia y tratamiento para evitar cualquier riesgo.⁹⁶

Relacionado a esto, Marchiori, menciona algunas advertencias suicidas que presenta la persona suicida, por ejemplo, las notas, grabaciones, videos y advertencias verbales⁹⁷.

Frecuentemente el contenido de las notas expresan amenazas de suicidio, ambivalencia entre deseos de vida y muerte, abandono, aislamiento y rechazo a situaciones familiares, culpa y desvalorización.⁹⁸

Marchiori comenta que a pesar de que las conductas suicidas llegan como un shock y sorpresa a los familiares y amigos, en algunas investigaciones se encontró que las intenciones suicidas han sido expresadas mucho antes del acto suicida, ya sea de una forma directa o indirecta⁹⁹.

⁹⁶ Dr. George E. Murphy, 1997 Op. Cit.

⁹⁷ Marchiori 1998, Op. Cit.

⁹⁸ Durkheim 1995, Op. Cit.

⁹⁹ Marchiori 1998, Op. Cit.

Complementando lo anterior, Rodríguez menciona que las notas contienen expresiones de afecto, rechazo, venganza y con esto se remarca la agresión que tiene el suicida hacia el medio social. Otras notas mencionan respuestas emocionales como el pedir perdón o en otros culpan a la familia o a la sociedad.¹⁰⁰

Las advertencias suicidas generalmente comprenden lo siguiente¹⁰¹:

- 1) Los relatos-advertencias verbales sobre ideas de muerte; estos comprenden un lenguaje depresivo, triste, melancólico, sin futuro, sin esperanza.
- 2) Las notas presentan reiteraciones sobre expresiones de muerte, relaciones referentes a situaciones de pérdidas, a duelos reales o afectivos, angustia por la soledad, temores o miedos. En las notas están expresados los últimos pensamientos y vivencias del suicida.
- 3) Las grabaciones y videos los dejan para las personas que están a su alrededor, para que los escuchen y vean los motivos que tuvo para suicidarse.

Todas las advertencias deben considerarse con mucha seriedad, más si llevan algunas otras manifestaciones, ya que estas advertencias nos pueden servir de apoyo para darnos cuenta, si está latente alguna situación de intento de suicidio y de qué manera prevenirla.

¹⁰⁰ Rodríguez Luisa Gomezgil, **Suicidios y Suicidas**, Ed. UNAM, México 1974

¹⁰¹ Marchiori 1998, Op. Cit.

Cucco, parafraseando a Tozzini señaló que “el suicida elige el medio que utilizará conforme a las circunstancias: 1) Su personalidad, 2) el conocimiento que tenga sobre la idoneidad de dicho procedimiento, 3) el real deseo de morir y 4) las posibilidades de empleo a su alcance.”¹⁰²

Como se observa en lo anterior, vemos lo importante que es ponerle atención a algunas señales que el suicida nos brinda, ya que en varias ocasiones no se da importancia, se piensa que es un rato de tristeza y que luego le pasará, no se tiene idea de que el paciente lo está haciendo porque es algo que está planeando, y que tal vez si el familiar o la persona que se encuentre cerca de él y no se llega a percatar, el suicidio es el siguiente paso.

2.4. FACTORES DE RIESGO

Difícilmente se podría determinar cuáles son las causas que originan los actos suicidas, ya que por sí solas no existe alguna, todas están relacionadas y en su conjunto forman la causa.¹⁰³

Lester en un meta análisis sobre los estudios realizados en 1970, encontró que había muy poca información sobre las variables específicas o precipitantes del acto suicida. Por su parte, Davidson y

¹⁰² Tozzini, citado en Festín Cucco y L. Cipollone, Suicidio e complexita, Ed. Giuffré, México 1992.

¹⁰³ Sarró 1991, Op. Cit.

Philippe en 1986 mencionaron que ningún factor de riesgo por sí solo puede considerarse como causa de un acto suicida¹⁰⁴. Aunque por otro lado, existen autores que mencionan que sí existen algunos factores de riesgo, esto ha sido demostrado en algunos estudios realizados trabajos más actualizados por Sarró y el INEGI.

Sin embargo, la capacidad que tiene una persona para realizar un acto suicida, puede también depender de factores biológicos, psicológicos y/o sociales. Sarró¹⁰⁵ menciona que los factores de riesgo suicida son extraídos de algunas escalas de evaluación y que Souris la clasificó de la siguiente forma:

1. La edad y el sexo.
2. Situaciones de estrés.
3. Agudeza y cronicidad de síntomas específicos.
4. Proyecto suicida.
5. Antecedentes de tentativas suicidas.
6. Reacciones del entorno.
7. Aspectos de comunicación.
8. Estado físico.
9. Recursos de apoyo y disponibilidad.
10. Síntomas de depresión, ansiedad y alcoholismo

¹⁰⁴ ídem

¹⁰⁵ ídem

De acuerdo con Sarró y el INEGI, los factores de riesgos suicida psicológicos y sociales son los siguientes^{106, 107}

1. Edad. Actualmente ha aumentado el número de personas entre los 15 y 29 años, que intentan el suicidio y lo logran.
2. Sexo. Se ha comprobado estadísticamente que el hombre comete más suicidio que la mujer, aunque el índice de mujeres es más alto en el intento.
3. Raza. Se menciona que la raza blanca es la que tiene mayor riesgo, aunque todavía no es algo comprobado.
4. Estado Civil. El índice de suicidio aumenta más entre las personas solteras, viudos, divorciados y sin hijos y con esto nos referimos a la soledad.
5. Profesión. Se encontró que estadísticamente, las personas con un alto grado profesional tienden más al suicidio.
6. Industrialización. Sarró menciona que algunos estudios realizados revelan que en los países industrializados hay más tendencia al suicidio que en los países menos desarrollados, de igual forma en lugares urbanos que en los rurales.¹⁰⁸ Este último punto lo podemos comparar con el suicidio egoísta que Durkheim mencionaba, entre menor cohesión, mayor riesgo suicida.

De acuerdo a los factores mencionados, éstos son importantes para determinar si el paciente deprimido corre un riesgo suicida o no y como

¹⁰⁶ ídem

¹⁰⁷ INEGI 2005 Op. Cit.

¹⁰⁸ Sarró 1991, Op. Cit.

los factores sociales si influyen en gran manera para el paciente deprimido tienda al suicidio.

2.5. SU ESTADÍSTICA EN EL MUNDO Y EN MÉXICO

El suicidio existe en todo el mundo, la OMS menciona que el índice más alto es en el Este de Europa, y el más bajo es en Latinoamérica. Aunque la OMS menciona esto, es importante contribuir a que la cifra en Latinoamérica no siga avanzando, ya que México pertenece a tal. La OMS también señala que el suicidio es una de las tres principales causas de muerte en el mundo. En el año 2000 murieron 1 millón de personas en el mundo y cada 40 segundo muere una persona por suicidio^{109, 110}

En una investigación realizada por la Secretaría de Salud en 1994, se encontró que en los últimos años ha incrementado la tasa de defunciones por suicidio. En 1970 hubo 554 muertes en toda la República Mexicana, en ambos sexos, y en 1994 hubo 2 603 muertes, esto quiere decir que la tasa de suicidio aumentó en 156%, donde la población masculina ocupaba el lugar mayor. La edad es un factor que se coloca en un lugar importante, la muerte en estas personas se encuentran entre personas de 19 de 65 años. Los estados que ocupan un lugar alto en la tasa de suicidio son Campeche, Tabasco, Quintana Roo, Yucatán, Colima, Tamaulipas y Chihuahua, al contrario de

¹⁰⁹ www.paho.org , **Más personas mueren en el mundo por suicidio que por conflictos bélicos**, Organización Panamericana de la Salud, 09 de Septiembre de 2005,

¹¹⁰ www.who.org., **Suicide huge but preventable public health problem**, Organización Mundial de la Salud, 09 de septiembre de 2005.

Tlaxcala, México, Hidalgo, Querétaro y Puebla que ocupa un lugar muy bajo en tasas de suicidios. Cabe mencionar que el estado que tiene la mayor magnitud en muertes por suicidio en el 2002 es en el Distrito Federal¹¹¹.

Relacionado a esto, el Instituto Nacional de Geografía e Información (INEGI) muestra algunas variantes con los resultados de la Secretaría de Salud. El INEGI menciona que entre 1980 y 2005 se identificaron 227 casos de intentos de suicidio y 3553 suicidios, dichos datos son más actuales¹¹².

En promedio el INEGI, menciona que han ocurrido 19 intentos por mes y 296 suicidios, a partir del 2005, también encontraron que las causas más frecuentes que son las siguientes:

CAUSA	HOMBRES	MUJERES
Disgusto Familiar	24.07%	37.81%
Amorosa	12.03%	19.32%
Enfermedad Grave	1.85%	1.85%
Dificultad Económica	6.48%	5.04%
Otra Causa (Enfermedad mental, Remordimientos)	8.33%	5.88%
Se ignora	25%	14.28

Tabla 1. Causas frecuentes para el suicidio. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2005

¹¹¹Secretaría de Salud 1994

¹¹²Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, **Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos, 2005**

Como se observa en la Tabla 1, se encontró que el disgusto familiar ocupa mayor lugar en las mujeres y en hombres son causas que no fueron mencionadas, ocupando siguiente lugar el disgusto familiar.

Retomando lo que Morón y Marchiori, mencionaban acerca de cual era el método más utilizado, el INEGI concordó que en las mujeres el método más utilizado es la intoxicación por medicamentos y en hombres la estrangulación^{113, 114} (Tabla 2)

MÉTODO	HOMBRES	MUJERES
Intoxicación por medicamentos	20 %	80 %
Arma blanca	63 %	37 %
Estrangulación	79 %	21 %
Veneno Tomado	47 %	53 %
Otros medios (arma de fuego, precipitación, gas venenoso etc)	48 %	52%

Tabla 2. Métodos más utilizados en el suicidio. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Estadísticas de Intentos de Suicidio de los estados Unidos Mexicanos Suicidios 2005

¹¹³ Morón 1992 Op. Cit.
¹¹⁴ Marchiori 1998, Op. Cit.

Con respecto al intento de suicidio, en la tabla 3 se encuentra lo siguiente: el intento de suicidio es mayor en la etapa adulta tanto en hombres como en mujeres.

EDAD	HOMBRES	MUJERES
Menores de 15 años	0.92%	11.76%
15 – 19 años	6.48%	19.32%
20 – 24 años	23.14%	16.80%
25 – 29 años	15.74%	15.12%
30 – 34 años	12.03%	6.72%
35 – 39 años	12.03%	5.88%
40 – 44 años	4.62%	5.88%
45 – 49 años	1.85%	3.36%
50 – 54 años	5.55%	1.68%
55 – 59 años	0.00%	0.84%
60 años y mas	7.40%	0.84%
No especificada	10.18%	11.76%

Tabla 3. Casos de intento de suicidio por edades. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Estadísticas de Intentos de Suicidio Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2005

Como se observa tanto en el intento de suicidio el porcentaje es más alto entre los adultos de 20 a 24 años, lo que quiere decir que se corre más riesgo en esta etapa de consumir dicho acto.

La incidencia de suicidios en canto a la edad es la siguiente:

EDAD	HOMBRES	MUJERES
Menores de 15 años	3.19 %	7.54%
15 – 19 años	10.53%	19.21%
20 – 24 años	14.47%	15.95%
25 – 29 años	13.33%	11.32%
30 – 34 años	11.78%	8.23%
35 – 39 años	10.40%	8.57%
40 – 44 años	7.54%	5.31%
45 – 49 años	6.06%	6.68%
50 – 54 años	4.51%	3.77%
55 – 59 años	3.73%	2.74%
60 años y mas	10.23%	4.80%
No especificada	4.17%	5.83%

Tabla 4. Casos de suicidio por edades. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Estadísticas de Intentos de Suicidio Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2005.

En la tabla 4 se observa que el rango de suicidio es más alto entre los 15 y 19 años en mujeres y en hombres de los 20 a 24 años, al igual que el cuadro anterior. Cabe mencionar nuevamente, que estas cifras son las más recientes.

En el siguiente cuadro se muestra los estados de frecuencia mayor a menor, acerca de los intentos de suicidio, estos datos tienen como fuente el INEGI en su investigación del año 2005, siendo la más reciente:

ESTADO	TOTAL INTENTOS DE SUICIDIO	HOMBRES	MUJERES
Yucatán	56	22	34
Durango	51	19	32
Nuevo León	25	14	11
Sonora	25	14	11
Distrito Federal	15	7	8
Guanajuato	13	5	8
Jalisco	9	5	4
Tamaulipas	8	5	3
Chihuahua	6	5	1
San Luis Potosí	4	3	1
Nayarit	3	3	0
Veracruz	3	1	2
México	2	1	1
Puebla	2	1	1
Chiapas	2	2	0
Guerrero	1	0	1
Zacatecas	1	1	0
Quintana Roo	1	0	1
TOTAL	227	108	119

Tabla 5. Casos de intento de suicidio por estado. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Estadísticas de Intentos de Suicidio Suicidios 2005.

Como se observa en la tabla 5, la mujer es la que intenta más el suicidio, en comparación al hombre, quien ocupa el primer lugar en suicidio consumado. El estado de Yucatán es quien ocupa primer lugar en intentos tanto en hombres como en mujeres, en los demás estados no se registraron casos.

En el caso de los suicidios consumados, el Estado de Veracruz es quien ocupa el primer lugar, en el número de casos, en sexo masculino, lo es de igual forma y en el sexo femenino, obtiene el primer lugar

ESTADO	TOTAL DE SUICIDIOS	HOMBRES	MUJERES
Veracruz	264	229	35
Jalisco	236	204	32
Chihuahua	216	187	29
Guanajuato	212	170	42
Distrito Federal	208	160	48
Tabasco	196	172	24
Nuevo León	178	151	27
Sonora	163	143	20
Oaxaca	146	122	24
Michoacán	142	113	29
Yucatán	134	117	17
Puebla	123	98	25
Coahuila	120	108	12
Tamaulipas	101	95	6
Sinaloa	97	82	15
San Luis Potosí	90	76	14
Chiapas	87	70	17
Durango	86	72	14
Quintana Roo	86	75	11
México	84	58	26
Querétaro	72	56	16
Campeche	69	58	11
Morelos	62	46	16
Baja California	59	52	7
Aguascalientes	57	43	14
Zacatecas	52	43	9

Baja California Sur	44	41	3
Hidalgo	42	29	13
Tlaxcala	34	21	13
Nayarit	33	29	4
Guerrero	31	26	5
Colima	20	16	4
No Especificado	9	8	1
Total	3553	2970	583

Tabla 6. Total de suicidios por estado. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2005

El estado de Tlaxcala es el que reporta la menor cantidad de casos de suicidios consumados.

2.6. LA IMPORTANCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL SUICIDIO.

Actualmente la depresión se ha convertido en la enfermedad del siglo XIX, Cruz Martínez¹¹⁵ comenta que esta enfermedad afecta a 10 millones de personas en México y la cifra va en aumento. La depresión puede llegar a ser considerada como la segunda enfermedad mental que puede causar discapacidad y en México al menos el 40% de la población la tiene. Por tal motivo es importante hacer algo al respecto.

En algunas ocasiones la depresión no es tomada en cuenta como se debería, se le debe poner más atención, ya que muchas personas no piensan en la terrible consecuencia a la que puede llegar el suicidio.

¹¹⁵ www.jornada.unam.mx, **La depresión, enfermedad del siglo XIX afecta en México a 10 millones de personas**, Ángeles Cruz Martínez, , 27 de febrero de 2005

Por ejemplo, se pueden observar en las tablas anteriores, los porcentajes al que ha llegado el suicidio, pero ahora, ¿Cuál es la importancia de la depresión con respecto al suicidio? El suicidio no es siempre consecuencia de la depresión, ni la depresión siempre llega al suicidio, pero en la mayoría de los casos si están relacionados.

Villardón señala que existen algunos síntomas en la persona deprimida encaminada hacia el suicidio, como los sentimientos de desesperanza, término que hay que diferenciar de la tristeza. La desesperanza es un valor predictor del suicidio, se terminan las ganas de seguir viviendo. En cambio con la tristeza, la persona no piensa en morir, y se continúa con la vida cotidiana, la tristeza es una emoción¹¹⁶. La desesperanza es considerada como un factor importante, el sentir que no vale la pena continuar, que ya no tiene ningún sentido la vida, este sentimiento inmediatamente lleva al pensamiento de muerte, cuando una persona ya tiene ideas de muerte, hay que tener mucho cuidado, es necesario ponerle atención, ya que el siguiente paso podría ser la planeación del acto.

Otro factor que influye en el suicidio, es saber el tipo de depresión que puede tener el paciente, la depresión mayor es importante para el suicidio, sobre todo en el inicio y al final de la depresión, Roca menciona que el 86% de las víctimas de suicidio tenían depresión

¹¹⁶ Villardon Gallegos, Lourdes, **El pensamiento del suicidio en la adolescencia**, Universidad de Deusto, Instituto de Ciencias de la Educación, 1993

mayor, y que existía más probabilidades al inicio o final de la enfermedad¹¹⁷.

Es necesario poder identificar en que situación esta el paciente o si ha tenido algún o algunos intento de suicidio. También se tiene que valorar si el paciente tiene algún desorden afectivo ya que este puede ser un factor de riesgo muy importante.

En conclusión, podemos observar qué tan importante puede ser la depresión para que una persona pueda llegar a cometer o intentar el suicidio.

2.7. EL INTENTO DE SUICIDIO COMO CONSECUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO

La depresión, como se menciona, tiene consecuencias, el más riesgoso es el intento de suicidio. Aproximadamente la mitad de los pacientes que se suicidan han tenido trastornos depresivos. El resto de las personas son alcohólicos, enfermos psicóticos, esquizofrénicos, neuróticos graves, enfermos orgánicos, etc.¹¹⁸

En un estudio realizado por Silvert, Bonhert, Beck y Marcus, encontraron que el 80% de los pacientes suicidas estaban deprimidos, el 49% tenía depresión severa y el 31% tenía depresión moderada.

¹¹⁷ M. Roca, Bannasar, **Trastornos del Humor**, Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, Edit. Médica Panamericana, España 1999.

¹¹⁸ Dr. George E. Murphy, **Suicidio e intento de suicidio**, Revista Psicología, Edit. Manuel Moderno, Marzo-Abril, México 1997.

Beck mencionó que la persona que intenta el suicidio por lo regular siente que su situación ya no tiene remedio y el síntoma que mas afecta es la desesperanza, ya que el paciente se siente incapaz de poder ser ayudado.¹¹⁹

Con esto nos damos cuenta lo importante que son las señales y no hay que dejar al aire cuando una persona ya no le toma importancia a su vida, ya que si no lo tomamos en cuenta, el resultado puede ser la muerte.¹²⁰

Para esto es importante conocer la situación del paciente es necesario valorar los siguientes aspectos¹²¹:

1. La existencia del pensamiento suicida.
2. Las esperanzas con respecto al futuro.
3. La razones para vivir.
4. Los factores de vulnerabilidad
5. Falta de habilidad para resolver problemas.
6. Baja tolerancia.

Por lo tanto, hay que valorar al paciente para poder identificar en qué etapa del intento se puede encontrar, para así de esta forma poder ayudarlo a evitar cometer algún acto que atente contra su vida.

¹¹⁹ Be. Bedrosian, Dr. Richard, Dr. Aaron T. Beck, **Aspectos Cognoscitivos de la Conducta Suicida**, Revista Psicología, Edit. Manual Moderno, Marzo –Abril, Mexico 1997.

¹²⁰ Murphy Op.Cit. 1997

¹²¹ Villardon, Op.Cit. 1993

DISCUSIÓN

Cuando se refiere al tema de la depresión, hay que explicar los síntomas para poder distinguirla de otros padecimientos como la ansiedad, el estrés e incluso de una actitud aprendida, ya que ante su similitud en algunos síntomas, puede ser confundida. Ejemplo de esto es la depresión enmascarada, ya que la sociedad comúnmente cuando observa a una persona que es sumamente inquieta, realizando diversas actividades, estando a la expectativa, muchas veces lo relacionan con actitudes de energía, actividad o apego al trabajo, siendo esta conducta bien aceptada y hasta enaltecida. Sin embargo es poco probable que se piense que es una persona con depresión. Un individuo puede enmascarar esta enfermedad, presentando una conducta de sobre actividad e inquietud, incluso puede ella misma confundirla con ansiedad y estrés, en cambio es más perceptible (para la persona afectada y para los demás) una depresión retardada o atípica, ya que los síntomas son mas notables.

Por consiguiente, la importancia de observar y distinguir los diferentes síntomas de la depresión, radica en el valor de la prevención; ya que si la persona afectada, la familia y personas cercanas al individuo deprimido tienen este conocimiento, podrán poner atención y actuar antes de un desenlace fatal.

A este respecto, las diferentes teorías que han estudiado la depresión, la abordan desde diversos puntos para su explicación y podemos ver

que están relacionados. Por ejemplo Beck habla sobre los pensamientos negativos sobre sí mismo y éstos pueden ser reforzados con la teoría de *Aprendizaje Social e Interacción Social*, en donde la depresión es fortalecida por la misma sociedad, ya que el observar conductas depresivas (minusvalía, tristeza, etc) la sociedad muestra una conducta de apoyo y es cuando interviene el ciclo de Aprendizaje Social; Conducta depresiva ----- Apoyo a la depresión----- Más conducta depresiva e imitación de otros. Esto se ve reflejado actualmente en algunos grupos sociales como “los Emos” que en particular en México, su conducta en general es por imitación y aprendizaje social, reforzando uno a otro la imagen del deprimido. Este comportamiento ocurre también en adolescentes, quienes se ven identificados con sus pares a través de vivencias negativas.

Otra teoría que explica la depresión, es la teoría genética, que enfatiza la parte hereditaria de la misma, la cual también puede reforzarse a través del aprendizaje social, ya que además de existir una predisposición genética, se une a esta la observación constante de la conducta depresiva de los padres. A través de esta combinación, el niño tiene mayor probabilidad de desarrollar depresión, llevándolo a presentar inadecuados estilos de afrontamiento ante las situaciones adversas de su vida ya sea por el aprendizaje de la conducta de sus padres, o por la afectación a nivel bioquímico para generar estrategias de afrontamiento adecuadas, lo cual producirá muy probablemente, estados depresivos ocasionados por la inhabilidad para afrontar sus conflictos, generando un círculo vicioso que se vea reforzado mutuamente por el aprendizaje social y la predisposición genética,

haciendo a la persona más proclive a la ideación suicida, intentos o, incluso la consumación de un suicidio.

Relacionado a esto, Durkheim en siglo XIX en sus investigaciones sobre el tema, propuso diversos tipos de motivaciones que precipitan la conducta suicida, que según vemos, en la actualidad continúan vigentes. Así tenemos que lo que él llamó Inestabilidad Económica es un tema por demás actual, no solo en México, sino a nivel mundial. Esto se ve reflejado en la inflación de productos básicos y en la escasez de empleo, lo cual lleva al proveedor familiar (llámese padre o madre de familia) a caer en estados severos de estrés y angustia al no contar con los recursos suficientes para proveer a su familia, pudiendo llevarlo a la depresión.

En esta misma línea, es interesante observar que este fenómeno no solo ocurre en familias de bajos ingresos, pues hace poco en Alemania, un destacado empresario se suicidó ante la pérdida de una suma importante y la baja en la bolsa. “La situación de crisis económica de sus empresas ocasionada por la crisis financiera y la incertidumbre unida a ella en las últimas semanas, así como la impotencia de no poder actuar, han derrumbado al apasionado empresario familiar y ha acabado con su vida”, es lo que expresó su familia¹²².

Otra propuesta de factores desencadenantes de la conducta suicida es lo que Durkheim llamaba *Suicidio Altruista*, conducta que se apega a la teoría del aprendizaje social, ya que esta conducta se da en grupos

¹²² <http://www.eluniversal.com.mx/notas/566992.html>

muy cohesionados que se rigen por fin específico, generalmente religioso, ya que incluye gran variedad de comportamientos, muchas veces fanáticos, que pueden llevarlos al suicidio colectivo, como es el caso de Jim Jones en 1974, el cual fue mencionado en este trabajo.

Por consiguiente, al observar que la depresión presenta sintomatología similar a otros padecimientos, como el estrés y más aún, que éste al ser crónico o presentarse en exceso por periodos largos, puede llevar al desarrollo de cuadros depresivos, es de gran relevancia, tanto alertar a la población no especialista para detectar a tiempo los síntomas de la depresión, como para diferenciarla de otros padecimientos. Esta es misión de las especialistas en salud mental, entre ellos el psicólogo.

CONCLUSIONES

La depresión es continuamente confundida con el estrés y la ansiedad, ya que los tres padecimientos comparten sintomatología similar. Esto ha propiciado que la depresión llegue a ser crónica, si no es diagnosticada y tratada adecuadamente a tiempo.

Dentro de los hallazgos del presente trabajo documental se encontró que la depresión infantil está tomando mayor importancia, ya que pasó de ser considerada inexistente y hasta hace algunos años que ha tomado auge y actualmente se hacen más estudios para poder comprenderla y tratarla. Sólo falta crear programas con mayor impacto para poder así, brindar apoyo preventivo, sobre todo a padres de familia y escuelas.

La mayor consecuencia de la depresión en las diferentes edades, es el intento de suicidio, así como que éste sea consumado. Avalado por diversos autores como Morón, Marchiori, Murphy, Gomez Gil entre otros, se concluye que la desesperanza juega un papel crucial en este posible desenlace, ya que, es uno de los síntomas con mayor afectación en la depresión¹²³.

El intento de suicidio ha ido en aumento, ya que en 1980 se registraron 672 casos y en el 2005 se incrementó a 3,553 casos, por lo que son

¹²³ Marchiori 1998, Op. Cit, Dr. George E. Murphy, 1997 Op. Cit, Rodríguez Luisa Gomezgil, 1974, Op. Cit., Morón 1992 Op. Cit, Michael H. Ebert, Meter T. Loosen y Barry Nurcombe, 2000, Op. Cit.

2881 casos o el 528% que ha aumentado en 26 años¹²⁴, esto quiere decir que las acciones de prevención no han tenido suficiente impacto en la población, así entonces, es apremiante crear proyectos de mayor impacto para poder disminuir esta cifra.

Debido a la falta de campañas de prevención y tratamientos poco eficaces, se calcula que para el año 2020 la depresión ocupará segundo lugar entre las enfermedades más comunes.

Las contribuciones acerca de suicidio de Emile Durkheim, siguen vigentes pues se comprueba con los sucesos que vivimos en la actualidad. Esto se demuestra con los recientes suicidios por crisis financieras, por la creación de grupos como los Emos, y con el aumento de suicidios por problemas de diversas situaciones familiares como; las adicciones, violencia y desintegración familiar¹²⁵.

De acuerdo con datos del INEGI y Sarró los factores de riesgo del suicida son la edad adulta entre 20 y 24 años, raza blanca, trabajadores agropecuarios como profesionistas y con respecto al estado civil, solteros^{126, 127}.

¹²⁴ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Estadísticas de Intentos de Suicidio Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2005. Op. Cit.

¹²⁵ Durkheim 1995, Op. Cit

¹²⁶ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Estadísticas de Intentos de Suicidio Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2005. Op. Cit.

¹²⁷ Sarró 1991, Op. Cit.

Según datos estadísticos de INEGI¹²⁸, así como de otros autores Marchiori¹²⁹ y Morón¹³⁰ entre otros, las formas más comunes de suicidio son: por envenenamiento y uso de arma de fuego, mismas que son más utilizadas por el sexo masculino.

Los mayores porcentajes de suicidio se presentan en edad productiva y en ambos sexos, siendo la causa más frecuente la desintegración familiar, misma que ocurre en esta edad, así como la violencia familiar, que según datos del INEGI, esta causa es la que ocupa el porcentaje más alto en todos los casos de suicidio.¹³¹

Aunque el intento de suicidio se da en mayor proporción en el sexo femenino, es en los hombres en quienes existe el mayor número de suicidios consumados. Esto debido a la eficacia de los métodos utilizados por éstos; el género masculino es más agresivo que el femenino, por lo que es importante poner atención en la prevención en ambos sexos.

Se demostró que las causas de depresión más frecuentes son debidas a los problemas familiares, por lo que la Teoría de Aprendizaje e Interacción Social son las más cercanas a esto, ya que mencionan que algunas actitudes sociales refuerzan la depresión, así entonces, un

¹²⁸ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Estadísticas de Intentos de Suicidio Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2005. Op. Cit.

¹²⁹ Marchiori 1998, Op. Cit

¹³⁰ Morón 1992 Op. Cit

¹³¹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Estadísticas de Intentos de Suicidio Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2005. Op. Cit.

tratamiento con esta orientación es la Terapia Racional Emotiva, una de las técnicas de intervención más aplicada en la actualidad a este padecimiento

El Estado de Yucatán ocupó el primer lugar en intentos de suicidio en el año 2005 y el Estado de Veracruz presentó el mayor número en suicidios consumados en el mismo año, por lo que el Estado de Yucatán ya tiene algunos programas para prevenir el suicidio, hecho que ha resurgido en el 2008, aunque no hay bibliografía para cada estado, solo para uno u otro como el Estado de Yucatán. En cuanto a las causas más comunes son la baja economía, violencia familiar y desintegración. Esto mismo ocurre en el Estado de Veracruz, aunque en Yucatán han dado más información para causar mayor impacto y funcionen los programas de prevención.

A pesar del elevado porcentaje de casos de depresión que existen en el país, son pocos los estados de la república que cuentan con centros especializados en el tratamiento de este padecimiento, lo cual deja ver la escasa información con que cuentan los gobiernos sobre el mismo, o más aún, la poca importancia que los gobiernos dan a la salud mental

Después de ver el panorama de la evolución de la depresión a lo largo del tiempo en nuestro país, es necesario tomar acciones en el ámbito de la prevención y del mejoramiento de los tratamientos de esta patología: por lo cual se sugiere. a) a nivel preventivo, brindar talleres de manejo emocional en escuelas y centros de trabajo, así como organizar pláticas informativas en centros de salud para dar a conocer

los síntomas más comunes y b) realizar más investigación en el área psiconeurológica para optimizar los tratamientos a esta patología.

PROPUESTA

Con el trabajo de investigación presente, las propuestas son las siguientes, y de las cuales esta investigación desarrolla una:

Dentro de la **labor psicoeducativa**; promover en escuelas, centros de salud y de trabajo, e incluso en lugares públicos, carteles con una breve descripción de la sintomatología más clara y perceptible y a la vez, incluyendo la dirección, teléfono y correo electrónico donde puedan acudir a solicitar apoyo psicológico. De ser posible, a nivel municipal, manejar en los medios de comunicación (T.V. y radiodifusoras) estos mismos datos, con el fin de lograr un mayor alcance

A **nivel preventivo**, se puede promover en los centros educativos, de salud y laborales talleres de manejo emocional y adecuadas estrategias de afrontamiento, así como la practica deportiva, ya que ambas actividades representan un beneficio fisiológico que disminuye la probabilidad de estrés y depresión, adecuando dichas acciones a cada grupo de edad, poniendo especial atención en la población en edad productiva, ya que de acuerdo con las cifras estadísticas que maneja el INEGI, es ésta la que cuenta con mayor rango de suicidio por depresión¹³².

¹³² Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, **Estadísticas de Intento de Suicidio y Suicidios**,2005 Op. Cit.

A **nivel tratamiento**, se puede trabajar con la terapia cognitiva, la cual busca ayudar al paciente a identificar los pensamientos negativos estereotipados y en encontrar errores de estilo en el pensamiento.

Las áreas que se abordan son la cognitiva, conductual y la fisiología¹³³.

En la teoría cognitiva de la depresión se habló sobre la Tríada Cognitiva, existen estrategias conductuales que son utilizadas para reestructura las cogniciones.

El primer paso para la reestructuración cognitiva es enseñar al paciente a registrar sus pensamientos automáticos (por ejemplo, intensificar la depresión), el terapeuta debe estimular al paciente para escribir cualquier pensamiento que pase por su mente y dejar la corrección para más tarde.

Después de que el paciente haya identificado sus pensamientos y observado como influyen en su afecto y comportamiento, el siguiente paso es el que el terapeuta y el paciente analicen cada pensamiento en base a: a) examen de evidencias, b) determinación de la presencia de cualquier distorsión cognitiva y c) el intento de generar hipótesis alternativas.¹³⁴

¹³³ M. Weissman, Myrna, **Tratamiento de la depresión “Una puerta al siglo XIX”**, Psiquiatría Editores, Barcelona, España 2001, Edit. Ars Medica citando a Klosko JS, Sanderson WC, Depression: Clinical Application of Empirically Supported Psychotherapy, Northvale, NJ, jaso Aronson, 1999.

¹³⁴ M. Weissman, Myrna, **Tratamiento de la depresión “Una puerta al siglo XIX”**, Psiquiatría Editores, Barcelona, España 2001, Edit. Ars Medica

En el examen de evidencias, el paciente someterá los pensamientos como hipótesis y después las llevará a un análisis lógico, buscando evidencias para apoyar o estar en contra del pensamiento. Resultando cierto o falso el pensamiento, se buscará la manera de enfrentarse a ello.¹³⁵

En las identificaciones de las distorsiones cognitivas, se lleva al paciente a valorar los acontecimientos en los que magnifican a los pensamientos de manera negativa, en donde el terapeuta puede facilitar la reestructuración cognitiva ya que se trata de que el paciente vea los errores en la lógica de su pensamiento, observando lo positivo y negativo del acontecimiento.¹³⁶

El siguiente punto, es la generación de alternativas. Cuando el paciente esta deprimido, sus pensamientos son rígidos en la negatividad, por lo que se trata de ofrecer hipótesis alternativos para los pensamientos, ampliando la visión del paciente ante las respuestas de los acontecimientos.¹³⁷

Después de haber revisado las evidencias, la identificación de las distorsiones cognitivas y generar alternativas, se facilita la reestructuración del pensamiento, modificando así, el pensamiento original.

¹³⁵ Idem
¹³⁶ Idem
¹³⁷ Idem

El paciente deprimido al final ya visualiza que sus pensamientos son erróneos y que tiene más alternativas para afrontar estas ideas.

En la investigación realizada se comprueba que varios autores están de acuerdo con la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual, por lo que estamos de acuerdo en aplicarla para este tipo de pacientes.¹³⁸, ¹³⁹,
¹⁴⁰, ¹⁴¹

MARCO TEÓRICO

Se propone la aplicación de un tratamiento para pacientes con depresión, éste es en base a la Terapia Cognitivo Conductual, la cual se encarga de reestructurar las cogniciones de los pacientes deprimidos.

Uno de los autores principales que desarrollaron la terapia cognitiva fue Aaron T. Beck junto con colaboradores, y aunque existen una gran variedad de técnicas nos enfocaremos en la reestructuración cognitiva- las teorías cognitivas de la depresión tienen el supuesto de que hay determinadas formas negativas de pensar y estas aumentan la probabilidad de desarrollar mantener la depresión cuando existen situaciones estresantes- la teoría cognitiva sostiene que las personas tienen patrones negativos para cada situación y las personas

¹³⁸ Idem

¹³⁹ www.nami.org/Template.cfm?Section=Helpline1&Template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=4409

¹⁴⁰ Vargas-Mendoza, J. E. **Terapia cognitiva de la depresión.**: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C, México ,2009.

¹⁴¹ B. Yost, Elizabeth, Beutler, Lerry E, Corbishiey, M. Anne, Allender, James R, , **Terapia Cognoscitiva de Grupo**, Edit. Limusa, Mexico d.f. 1991

deprimidas tienen patrones cognitivos desadaptativos, los cuales tienen a producir cogniciones de manera negativa.

Triada Cognitiva

Beck propuso que las personas que tienden a la depresión tienen percepción negativa sobre sí mismos, tiende a interpretar sus experiencias igual de manera negativa, por último una visión negativa sobre su futuro.

Esquemas Cognitivos

Los esquemas cognitivos que forma el paciente sobre algunas situaciones se vuelven estables, en el paciente deprimido, toma una manera negativa ante cualquier situación, aunque haya evidencias positivas, el paciente es incapaz de verlas.

Errores Cognitivos

Estos son las creencias que tiene el paciente deprimido sobre sus pensamientos ante la situación, estas son:

- Inferencia Arbitraria
- Abstracción Selectiva
- Generalización Excesiva
- Personalización
- Maximización y Minimización
- Pensamientos absolutistas o dicotómicos

La Terapia Cognitivo Conductual tiene el fin de ayudar al paciente a identificar los pensamientos y esquemas que sostienen patrones

recurrentes de pensamientos negativos estereotipados y en encontrar errores de estilo en el pensamiento.

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la respuesta cognitiva del paciente deprimido ante diversas situaciones estresantes, reestructurar el pensamiento negativo y tener diferentes estilos de afrontamiento de forma positiva. Esto es en base a ejercicios de expresión emocional, ya que de esta forma será más posible identificar los pensamientos negativos y ayudarlo a reestructurarlos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Que el paciente identifique los pensamientos negativos ante diversas situaciones que le generen estrés.
- Aportar habilidades cognitivas y conductuales para el paciente fuera de terapia, así como el manejo de las emociones ante las situaciones estresantes.
- Estimular al paciente para la mejora de estado de ánimo con incremento de actividad física.
- Prevención con sesiones recurrentes para evitar recaídas a la depresión.

ACCIONES

El tratamiento consiste en aplicar Terapia Cognitivo Conductual, se llevarán a cabo una sesión por semana durante un año, con una duración de 50 minutos cada una, esto con el fin de reestructurar cogniciones y prevenir una recaída.

1. Entrevista con el paciente. Es importante reflejar confianza al paciente deprimido, obtener información de salud física, emociones, familia, entorno social y cogniciones ante los últimos eventos estresantes.
2. Aplicar ejercicios relajación al inicio de cada sesión, con respiración profunda e imaginación
3. Aplicar Inventario de depresión de Beck con el fin de medir el grado de depresión del paciente deprimido.
4. Identificar como se siente el paciente, como afronta las situaciones estresantes y hacérselo notar, revisar el porqué de sus pensamientos.
5. Llevar a cabo un registro de automonitoreo, con columnas de situaciones, pensamientos y emociones, comenzando por “situaciones” e ir identificando las respuestas negativas.
6. Tener un registro de frecuencia de tiempos de llanto, sueño en el día y los dolores físicos.

7. Hacer recuentos de las situaciones estresantes y cómo las afrontó, escribir de qué otra manera podría afrontarlas. (de manera positiva), hacer tareas sobre el tema.
8. Ejercicios para estimular las habilidades sociales, y reestructuración de pensamiento.
9. Identificar cualidades para el incremento de autoestima, así como diferentes respuestas de afrontamiento con estas cualidades.
10. Tareas con apoyo familiar, padres, cónyuge, hijos, para resolver problemas de conflicto y generar diferentes respuestas.

Las pruebas para medir la depresión son la mejor manera de poder saber en qué nivel se encuentra el paciente y así dar el seguimiento adecuado, estas pruebas son las siguientes:

- Inventario de Depresión de Beck
- Escala de Hamilton para la Depresión
- Escala de Depresión de Montgomery-Asberg

METAS

Las metas que a seguir con el paciente, son las siguientes:

- Aprender a expresar su opinión.
- Tener pensamientos positivos en situación de entorno y sobre futuro cercano.
- Incrementar sus actividades sociales y recreativas.
- Que el paciente ante una situación estresante tenga la capacidad de resolver la situación sin tener recaída de depresión.

ESQUEMA DE PREVENCIÓN DE DEPRESIÓN

Se elabora un esquema para aplicar sesiones de 2 horas cada una, una vez a la semana durante 9 semanas, esto es con el objetivo de brindar la información adecuada, tanto en instituciones educativas como laborales, para la población adulta con un rango de edad entre 18 y 30 años y de esta manera prevenir que algún caso de depresión se agudice.

PRIMER SEMANA	<p>Duración: 2 Horas</p> <p>Se establece una plática sobre la depresión, explicando la definición de la enfermedad, sus síntomas y consecuencias.</p> <p>Se entrega una síntesis a cada integrante para hacer una retroalimentación.</p> <p>Objetivo: Que los integrantes reconozcan la depresión como una enfermedad y no solo como un estado emocional.</p> <p>Diferenciar entre tristeza y depresión.</p>
SEGUNDA SEMANA	<p>Duración: 2 Horas</p> <p>Se da información sobre el enfoque se utilizará en las sesiones para que los integrantes estén informados y se puedan ser claros los términos que se utilizarán.</p> <p>Se entrega información por escrito a los integrantes para hacer una retroalimentación.</p> <p>Objetivo: Que el integrante conozca de que</p>

	manera se trabajará en las siguientes sesiones y los términos.
TERCER SEMANA	<p>Duración: 2 Horas</p> <p>Se aplican algunos ejercicios de expresión emocional para mostrarles a los integrantes la importancia de poder expresar las emociones y así identificar diferentes emociones que tenemos ante algunas situaciones y cómo expresarlas.</p> <p>Objetivo: Que lo integrantes identifiquen las emociones ante diversas situaciones.</p>
CUARTA SEMANA	<p>Duración: 2 Horas</p> <p>Aplicar dinámicas donde el integrante sea capaz de identificar síntomas de depresión en sus compañeros y en ellos mismos, participando en roles de personas deprimidas y en familiares de estas personas.</p> <p>Hacer retroalimentación de los síntomas.</p> <p>Objetivo: Reconocimiento de lo síntomas depresivos, ante diversas situaciones.</p>
QUINTA SEMANA	<p>Duración: 2 Horas</p> <p>Conforme a los síntomas descritos en la sesión anterior, enseñarle al integrante a diferenciar entre las ideas positivas y las ideas negativas que se presentaron ante alguna situación estresante para el paciente.</p> <p>Retroalimentación de las ideas positivas e ideas</p>

	<p>negativas ante diferentes situaciones estresantes.</p> <p>Objetivo: Que los integrantes brinden ideas positivas e identificar las negativas ante diversas situaciones.</p>
SEXTA SEMANA	<p>Duración: 2 Horas</p> <p>Aplicar retroalimentación de ideas positivas ante situaciones estresantes, que el grupo participe dando diferentes opiniones ante alguna situación que cause conflictos.</p> <p>Objetivo: Que los integrantes fortalezcan la capacidad de tener ideas positivas ante diversas situaciones.</p>
SEPTIMA SEMANA	<p>Duración: 2 Horas</p> <p>Explicar a los integrantes algunas formas de confrontación ante las ideas negativas con ideas positivas ante diferentes situaciones estresantes.</p> <p>Aplicar retroalimentación de forma confrontativa mediante algunos ejemplos que se muestren.</p> <p>Objetivo: Que los integrantes aumenten la capacidad de confrontar diversas situaciones estresantes sin llegar a ideas negativas.</p>
OCTAVA SEMANA	<p>Duración: 2 Horas</p> <p>Aplicar Cuestionario de Depresión de Beck y Escala de Desesperanza de Beck.</p> <p>Objetivo: Detectar personas con síntomas</p>

	depresivos.
NOVENA SEMANA	<p>Duración: 2 Horas</p> <p>Identificar si alguno integrante puede tener depresión y canalizarlo hacia algún especialista. Platicar con el integrante y explicarle que debe recibir tratamiento.</p> <p>Objetivo. Canalizar al paciente para recibir tratamiento.</p>

*Se anexan síntesis y cuestionarios.

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE¹⁴²

DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad de la salud mental la cual es formada por un conjunto de síntomas como la tristeza y la pérdida de interés en las actividades que realizaba el paciente habitualmente. Esta enfermedad es posible tratarse siempre y cuando el paciente o la familia la identifiquen.

Síntomas de la depresión:

- Sentimientos de tristeza
- Pérdida de placer en las actividades que realizaba con anterioridad
- Cambios de apetito con aumento o pérdida de peso
- Aumento o disminución del sueño
- Fatiga o falta de energía
- Sentimientos de culpa
- Dificultad en la concentración
- Pensamientos recurrentes de muerte

Tipos de Depresión:

Depresión Agitada o Enmascarada.- El paciente se muestra con sobreactividad, ansiedad, inquietud.

Depresión Retardada.- El paciente muestra poca actividad, es lento, sin fuerza, con habla lenta, llegar a no comer y ser alimentados por sonda, pueden llegar a morir.

Depresión Encubierta o Atípica.- El paciente suele referir dolores o malestares físicos.

Tratamientos para la depresión:

Medicamentos.- Se ha demostrado que ante algunas depresiones, los antidepresivos son eficaces en tratamiento después de algunas semanas.

¹⁴² <http://jama.ama-assn.org/search?fulltext=depression&submit=yes>. **Depresión.** 19 de mayo de 2010.

Psicoterapia.- También se ha demostrado que algunos tipos de terapias son eficaces como tratamiento de la depresión, estos implican una evaluación antes de su tratamiento.

Terapia Electroconvulsiva.- En varios estudios se encontró que la terapia electroconvulsiva es eficaz en el tratamiento de la depresión, estos choques eléctricos se dan cuando el paciente se encuentra bajo anestesia.

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK¹⁴³

INSTRUCCIONES

En este cuestionario se presentan grupos de afirmaciones separadas por categorías. Lea todo el conjunto de afirmaciones de cada grupo y marque la frase que mejor refleje su situaciones durante la última semana, incluyendo el día de hoy.. Es importante que lea todas las frases antes de que elija alguna:

LISTA DE ÍTEMS

1.0. No me siento triste

1. Me siento triste
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2.0. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

1. Me siento desanimado respecto al futuro.
2. Siento que no tengo nada que esperar.
3. Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar.

3.0. No me siento fracasado.

1. Creo que he fracasado mas que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
3. Me siento una persona totalmente fracasada.

¹⁴³ www.cvu.rediris.es, **Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory)BDI**. Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. y Emery, G. (1976).

- 4.0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas como antes
 2. Ya no obtengo una satisfacción autentica de las cosas
 3. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5.0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones
 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
 3. Me siento culpable constantemente
- 6.0. Creo que me siento castigado
1. Siento que puedo ser castigado
 2. Espero ser castigado
 3. Siento que estoy siendo castigado
 4. Quiero que me castiguen
- 7.0. No me siento descontento conmigo mismo.
1. Estoy descontento conmigo mismo
 2. Me avergüenzo de mí mismo
 3. Me odio
- 8.0. No me considero peor que cualquier otro
1. Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores
 2. Continuamente me culpo mis faltas
 3. Me culpo por todo lo malo que me sucede
- 9.0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría.
 2. Desearía suicidarme
 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
- 10.0. No lloro más de lo que solía
1. Ahora lloro más que antes
 2. Lloro continuamente
 3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11.0. No estoy más irritado de lo normal en mí
1. No me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 2. Me siento irritado continuamente
 3. No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme

- 12.0. No he perdido el interés por los demás
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
 2. He perdido la mayor parte de mis intereses por los demás
 3. He perdido todo el interés por los demás
- 13.0. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho
1. Evito tomar decisiones más que antes
 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
 3. Ya me es imposible tomar decisiones.
- 14.0. No creo tener peor aspecto que antes
1. Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo
 2. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 3. Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15.0. Trabajo igual que antes
1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
 2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo
 3. No puedo hacer nada en absoluto
- 16.0. Duermo tan bien como siempre
1. No duermo tan bien como antes
 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormirme
 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir
- 17.0. No me siento más cansado de lo normal
1. Me canso más fácilmente que antes
 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa
 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada
- 18.0. Mi apetito no ha disminuido
1. No tengo tan buen apetito como antes
 2. Ahora tengo mucho menos apetito
 3. He perdido completamente el apetito
- 19.0. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
1. He perdido más de 2 Kg y medio
 2. He perdido más de 4 Kg

3. He perdido más de 7 Kg
4. Estoy a dieta para adelgazar
- 20.0. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal
 1. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar en el estomago o estreñimiento
 2. Estoy preocupado por más problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa
- 21.0. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 1. Estoy menos interesado por el sexo que antes
 2. Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo
 3. He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ESCALA DE HAMILTON PARA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN (HAM-D)¹⁴⁴

INSTRUCCIONES

Los ítems son valorados con una puntuación de 0 a 2 en unos casos y de 0 a 4 en otros. La tarea del terapeuta consistirá en elegir, para cada ítem, la puntuación que mejor define las características del paciente:

1.- Humor depresivo (tristeza, desesperación, autodesprecio)

Ausente

Expresado sólo tras búsqueda específica

Expresado verbal y espontáneamente

Expresado con expresión y actitud propensas al llanto

Expresado verbalmente y con tendencia al llanto

2.- Sentido de culpabilidad

Ausente

Se recrimina así mismo, tiene la impresión de haber causado daño

Idea de culpa o de reflexión sobre errores pasados o acciones condenables

Ideas delirantes de persecución

Alucinaciones amenazantes visuales y/o auditivas

3.- Tendencia al suicidio

Ausente

Tiene la impresión de que no vale la pena vivir

Desea morir

Ideas o actitudes suicidas

Tentativa de suicidio (evaluar cada intento serio)

4.- Insomnio al principio de la noche

Ausente

Dificultad esporádica para conciliar el sueño

¹⁴⁴ http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc8893.pdf. Escala de Hamilton para Evaluación de la Depresión (HAM-D)

Dificultad constante para conciliar el sueño

5.- Insomnio en plena noche

Ausente

Sueño agitado y turbado

Desvelo nocturno (valorar todas las veces que se levanta de la cama)

6.- Insomnio matinal

Ausente

Despertar precoz

Incapacidad de volver a dormir si se levanta

7.- Trabajo y actividad

Ninguna dificultad

Pensamiento y sensación de incapacidad, astenia

Pérdida de interés en la actividad profesional

Disminución del tiempo de actividad (en hospital, puntuar 4 si no pasa al menos 3

horas en actividad

Ha dejado su trabajo a causa de la enfermedad

8.- Lentitud (ideomotora y del lenguaje, dificultad para concentrarse)

Ausente

Ligera lentitud al contacto

Manifiesta lentitud al contacto

Contacto difícil

Estupor

9.- Agitación

Ausente

Juega con las manos con el pelo

Se retuerce las manos se come las uñas, se tira del pelo, se muerde los labios

10.- Ansiedad psíquica

Ausente

Tensión subjetiva e irritabilidad

Se preocupa por problemas menores

Inquietud, que se aprecia en la expresión del rostro y en el habla

Llanto sin motivo

11.- Ansiedad somática (concomitante físico de la ansiedad)

Ausente

Discreta (gastrointestinal, sequedad de boca, trastornos digestivo

Media

Grave (palpitaciones, cefalea)

Incapacidad funcional (hiperventilación, micción frecuente, etc)

12.- Síntomas somáticos gastrointestinales

Ausentes

Pérdida de apetito, Sensación de pesadez abdominal

Dificultad para alimentarse si no se le estimula

13.- Síntomas somáticos generales

Ausentes

Pesadez en articulaciones, espalda o cabeza, Astenia, cefalea, mialgias

Síntomas anteriores muy severos

14.- Síntomas genitales (pérdida de la libido, trastornos menstruales)

Ausentes

Leves

Graves

No estudiados

15.- Hipocondría

Ausente

Atención concentrada en el propio cuerpo

Preocupación por la salud propia

Lamentaciones frecuentes, petición de ayuda

Ideas delirantes hipocondriacas

16.- Pérdida de peso (subjativa)

Ausente

Probable pérdida de peso

Pérdida de peso cierta

17.- Pérdida de peso (objetiva)

Menos de 500 gr. por semana

Más de 500 gr. por semana

Más de 1 Kg. por semana

18.- Toma de Consciencia

Reconoce que está reprimido y enfermo

Reconoce que esta enfermo pero lo atribuye a la comida, al clima , a un virus, al estrés etc

Niega estar enfermo

ESCALA DE DEPRESIÓN Montgomery y Asberg¹⁴⁵

1.- Esta escala es un instrumento muy útil, válido y fiable para evaluar la depresión, y, constituye un apoyo para confirmar una sospecha de diagnóstico.

2.- Es especialmente sensible para detectar los cambios del estado depresivo, si se pasa con intervalos de tiempos diferentes.

3.- La evaluación se basa en una entrevista clínica que varía desde preguntas formuladas de una manera vaga acerca de los síntomas, hasta preguntas más detalladas que permiten una evaluación precisa de la gravedad. Mediante esta escala se evalúan los síntomas más característicos de la depresión.

4.- El entrevistador debe decidir si la evaluación se amolda a los niveles definidos en la escala (2,4,6) o a los niveles intermedios (1,3,5)

5.- VALORACIÓN:

1.- Tristeza manifiesta

0) Sin tristeza

1) Entre 0 y 2

2) Parece bajo de ánimo, pero se alegra sin dificultad

3) Entre 2 y 4

4) Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo

5) Entre 4 y 6

6) Se siente miserable todo el tiempo – extremadamente abatido

2.- Tristeza subjetiva / expresada

0) Ocasionalmente triste dependiendo de las situaciones

1) Entre 0 y 2

2) Triste o abatido pero puede alegrarse sin dificultad

3) Entre 2 y 4

4) Sentimientos de tristeza o pesimismo omnipresentes. El humor se ve aún influido por circunstancias externas

5) Entre 4 y 6

¹⁴⁵ http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc8904.pdf, Escala de Depresión

Montgomery y Asberg

6) Tristeza continua o invariable, miseria, o abatimiento

3.- Tensión interna

0) Plácido. Sólo una efímera tensión interna

1) Entre 0 y 2

2) Sentimientos ocasionales de inquietud y malestar definido como enfermedad

3) Entre 2 y 4

4) Sentimientos continuos de tensión interna, o pánico intermitente que el paciente puede vencer sólo con alguna dificultad

5) Entre 4 y 6

6) Terror o angustia implacable, pánico aplastante

4.- Insomnio

0) Duerme como siempre

1) Entre 0 y 2

2) Ligera dificultad para el sueño o ligeramente reducido, sueño ligero o caprichoso

3) Entre 2 y 4

4) Reducción del sueño o interrupción durante al menos dos horas

5) Entre 4 y 6

6) Menos de 2 o 3 horas de sueño

5.- Disminución del apetito

0) Apetito normal o aumentado

1) Entre 0 y 2

2) Ligera reducción del apetito

3) Entre 2 y 4

4) Sin apetito, la comida es insípida

5) Entre 4 y 6

6) Necesita ser persuadido para comer algo

6.- Dificultad de concentración

0) Ninguna dificultad de concentración

1) Entre 0 y 2

2) Dificultades ocasionales en la organización de los propios pensamientos

3) Entre 2 y 4

4) Dificultades para concentrarse y mantener el pensamiento que reducen la capacidad para leer o mantener una conversación

5) Entre 4 y 6

6) Incapaz de leer o conversar sin una gran dificultad

7.- Inhibición psicomotriz

0) Ninguna dificultad para comenzar. Sin pereza

1) Entre 0 y 2

2) Dificultad para comenzar las actividades

3) Entre 2 y 4

4) Dificultad para comenzar las actividades rutinarias simples, que se desarrollan con esfuerzo

5) Entre 4 y 6

6) Lاسitud completa, incapaz de hacer nada sin ayuda

8.- Incapacidad para sentir afectos

0) Interés normal en lo que le rodea y en otras personas

1) Entre 0 y 2

2) Reducida la capacidad de diversión con los intereses habituales

3) Entre 2 y 4

4) Pérdida de interés en lo que le rodea. Disminución de los sentimientos hacia los amigos y conocidos

5) Entre 4 y 6

6) Experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapaz de sentir cólera, pesar, o placer y fracaso completo e incluso

doloroso de tener sentimientos hacia familiares cercanos y amigos

9.- Pensamientos pesimistas

0) Ningún pensamiento pesimista

1) Entre 0 y 2

2) Fluctuación de ideas de fracaso, auto-reproche o auto-desprecio

3) Entre 2 y 4

4) Auto-acusaciones persistentes, o ideas definitivas aunque accionales de culpa o pecado, incremento del pesimismo acerca del futuro

5) Entre 4 y 6

6) Delirios de ruina, remordimientos o pecado imperdonable, autoacusaciones que son absurdas e inquebrantables

10.- Ideación suicida

0) La vida es divertida o la toma como viene

1) Entre 0 y 2

2) Cansado de la vida. sólo ideas pasajeras de suicidio

3) Entre 2 y 4

4) Probablemente mejor muerto, son frecuentes las ideas de suicidio y el suicidio se considera como una posible solución, pero sin planes o intentos específicos

5) Entre 4 y 6

6) Planes de suicidio claros para cuando haya una oportunidad. Preparación activa para el suicidio

BIBLIOGRAFIA

1. Feighner, J.P. and W.F. Boyer, **Perspectives in Psychiatry, Volume 2, Diagnosis of Depression**, Edit. Wiley, England 1992, Reprinted June 1992.
2. **Evaluación del Riesgo Suicida en Usuarios del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL)**. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México 2005.
3. **Depresión**, Calderón Narváez, Guillermo; Edit. Trillas, 2ª ed., Agosto 2001.
4. **Fantasías de suicidio en adolescentes deprimidos y no deprimidos**, Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, México D.F., 1995.
5. Jiménez, M. “**Depresión infantil aspectos clínicos**”, en M. Jiménez Psicopatología infantil, Alijibe, España 1995a.
6. Kaplan, Harold L. y Benjamín J. Sadock, **Compendio de Psiquiatría**, 2ª ed., Edit. Salvat, Mallorca, Barcelona 1987, Última reimpresión en 1992.
7. **Fantasías de suicidio en adolescentes deprimidos y no deprimidos**, Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, México D.F., 1995.
8. Skinner. B.F., **Science and human Behavior**, Nueva York: free Press, 1953
9. Beck A.T., **Cognitive therapy and the emotional disorders**, Nueva York: International Universities Press.

10. **Fantasías de suicidio en adolescentes deprimidos y no deprimidos**, Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, México D.F., 1995.
11. Michael H. Ebert, Meter T. Loosen y Barry Nurcombe, **Diagnosis and Treatment in Psychiatry**, Edit. Mc Graw-Hill Internacional Editions, Singapore 2000.
12. Cameron, Norman, **Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad**, 2ª. ed., Edit. Trillas, México 1990, 8ª reimpresión 2003.
13. Organización Mundial de la Salud Ginebra, **Criterios Diagnóstico de Investigación CIE-10**, Trastornos Mentales y del Comportamiento, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Editorial Meditor, Pág. 112-121, ya que los términos están definidos mundialmente.
14. **Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV**, Edit. Masson, México 1995, Última reimpresión 1998
15. Gelder Michael, Dennis Gath y Richard Mayou, **Psiquiatría**, Edit. Interamericana McGraw Hill 2da. Ed., México D.F. 1993.
16. Rosenzweig, Mark R. y Arnold I., **Psicología Fisiológica**, 2da. Ed., Mc Graw Hill.
17. Sigmund Freud, **Duelo y Melancolía**, Obras completas, Edit. Amorrortou, 2da. Ed., Buenos Aires 1976, Séptima reimpresión 1996.
18. Beck Aaron, A. John Rush, Brian F Shaw y Gary Emery, **Terapia Cognitiva de la Depresión**, 5ª. ed., Edit. Desclee de Brouwer S.A., España 1983.

19. M. Furr y D. Funder, "A Multimodal Analysis of Personal Negativities", en Journal of Personality and Social Psychology, Núm. 74, vol. 6, 1998,
20. Matson, J. **Treating Depression in Children and Adolescents**, Edit. Pergamon Press, EUA, 1989.
21. Rende, R., Plomin, D., Reiss y M. Hetherington, "**Genetic and Environmental Influences on Depressive Symptomatology in Adolescence: Individual Differences and Extreme Scores**", en Journal of Child Psychology and Psychiatry, Núm 34, vol. 8, 1993.
22. Ariete Silvano, Jules Bemporad, **Psicoterapia de la depresión**, Ed. Paidós, México 1993,
23. De Ajuriaguerra, J. **Manual de Psiquiatría Infantil**, 5ª. Ed. Edit. Masson, Barcelona 2000.
24. Rodríguez Sacristán Jaime, **Psicoterapia del niño y del adolescente**, Tomo 1, 2ª ed., Edit. Universidad de Sevilla, Sevilla 1998.
25. Goldman H y Howard, **Psiquiatría General**, 4ta. ed., Editorial. Manual Moderno, México 1996
26. Rodríguez, Jaime Sacristán, **Psicopatología del niño y del adolescente**, Tomo 1, 2ª ed., Edit. Universidad de Sevilla, Sevilla 1998.
27. Asociación Psiquiátrica Americana, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM III, Masson, España, 1995.
28. Instituto Nacional de Geografía e Informática, Estadística de Intento de Suicidio y Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos, 2005.

29. Yost, Elizabeth, B., Larry E., Beutler, M. Anne Corbishley, James R. Allender, **Terapia Cognoscitiva de Grupo**, Tratamiento para personas de edad avanzada con Depresión. Edit. Limusa, México D.F. 1991
30. G. Roche Bergua Andres, “**Depresión En el adulto mayor**”, Psiquis, Órgano Oficial de la Federación Mexicana de Sociedad pro salud Mental, A.C., y del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, No. 3, Vol. 13, Mayo Junio 2004.
31. Agüera, L. ¿**Cuál es la relación entre el suicidio y la depresión en el anciano?** Doce cuestiones fundamentales. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología. 1996.
32. Lopera F., (2001) Anamnesis en el Estudio del Paciente con Demencia. Rev. Neurol. No. 32, Vol. 2
33. Ayuso Gutiérrez J.L., Salud Mental atención primaria, La depresión Senil: Aspectos Clínicos y Terapéuticos, Salud Global, Año 2, Número 2, Madrid 2002
34. Dr. James Spensley, Universidad de California, Revista Psicología Enero-Febrero, México D.F. 1999.
35. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión, Historia natural de la depresión no tratada, Revista Psicología publicación bimestral, UNAM, Enero Febrero, 1999, México, D.F.
36. Sarró Blanca y Cristina de la Cruz, **Los Suicidios**, Edit. Martínez roca, Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud, serie SALID 2000, Barcelona 1991
37. Moron Pierre, **¿Qué Es? El Suicidio**, 1ª ed., Edit. Publicaciones Cruz O.S.A. México 1992.

38. Durkheim, Emile, **El Suicidio**, 2ª edición, Edit. Ediciones Coyoacán, México D.F. 1995
39. Marchiori Hilda, **El Suicidio, Enfoque Criminológico**, Edit. Porrúa, México 1998.
40. Rodríguez Luisa Gomezgil, **Suicidios y Suicidas**, Ed. UNAM, México 1974
41. Villardón Gallegos, Lourdes, **El pensamiento del suicidio en la adolescencia**, Universidad de Deusto, Instituto de Ciencias de la Educación, 1993
42. M. Roca, Bennasar, **Trastornos del Humor**, Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, Edit. Médica Panamericana, España 1999.
43. Dr. George E. Murphy, **Suicidio e intento de suicidio**, Revista Psicología, Edit. Manuel Moderno, Marzo-Abril, México 1997.
44. Be. Bedrosian, Dr. Richard, Dr. Aaron T. Beck, **Aspectos Cognoscitivos de la Conducta Suicida**, Revista Psicología, Edit. Manual Moderno, Marzo –Abril, México 1997.
45. M. Weissman, Myrna, **Tratamiento de la depresión “Una puerta al siglo XIX”**, Psiquiatría Editores, Barcelona, España 2001, Edit. Ars Medica
46. Vargas-Mendoza, J. E. **Terapia cognitiva de la depresión.:** Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C, Mexico ,2009.
47. B. Yost, Elizabeth, Beutler, Lerry E, Corbishiey, M. Anne, Allender, James R, , **Terapia Cognoscitiva de Grupo**, Edit. Limusa, Mexico d.f. 1991

PAGINAS WEB

1. www.nimh.nih.gov/publicat/spdep3561.cfm. **Depresión**, Instituto Nacional de Salud Mental, 27 de agosto de 2004.
2. www.Kernanhospital.com/esp_enoy/article/001518sys.htm, KernanHospital University o Maryland Medical System, **Depresión en el adolescente**. 24 de junio de 2004
3. www.nimh.nih.gov, **National Institute of Mental Health**,. 27 de agosto de 2004.
4. www.nimh.nih.gov/publicat/spdep3561.cfm. **Depresión**, National Institute of Mental Health, 27 de agosto de 2004.
5. www.paho.org, **Más personas mueren en el mundo por suicidio que por conflictos bélicos**, Organización Panamericana de la Salud, 09 de Septiembre de 2005.
6. www.who.org., **Suicide huge but preventable public health problem**, Organización Mundial de la Salud, 09 de septiembre de 2005.
7. www.jornada.unam.mx **La depresión, enfermedad del siglo XIX afecta en México a 10 millones de personas**, Ángeles Cruz Martínez, 27 de febrero de 2005
8. <http://www.eluniversal.com.mx/notas/566992.html>
9. www.nami.org/Template.cfm?Section=Helpline1&Template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=4409
10. www.cvu.rediris.es/.../ESCALAS%20HRS%20-%20MHRSD%20Y%20-%20DEPRESION.%20BECK.pdf
11. www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc8904.pdf

12. <http://jama.ama-assn.org/search?fulltext=depression&submit=yes>. **Depresión.** 19 de mayo de 2010.
13. http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc8893.pdf. **Escala de Hamilton para Evaluación de la Depresión (HAM-D)**, 22 de mayo de 2007.
14. http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc8904.pdf, **Escala de Depresión Montgomery y Asberg**