

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA MEDICINA HUMANA.

DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON RIESGO
DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES DE
LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO
EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO
SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL
ÁLVAREZ BURNEO" DE LA CIUDAD DE
LOJA

Tesis de grado previa a la obtención del título de Médico General.

AUTORA:

Ana Paulina Morocho Guadalima.

DIRECTORA:

Dra. Mg. Sc. Ana Puertas.

Loja – Ecuador 2014 CERTIFICACIÓN

Dra. Mg. Sc.

Ana Puertas.

DOCENTE DE LA UNL Y DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo investigativo titulado: "DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON RIESGO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" DE LA CIUDAD DE LOJA", de la autoría de la estudiante de la carrera de Medicina Humana, señorita Ana Paulina Morocho Guadalima, previo a optar el título de Médico General, ha sido revisado y dirigido de acuerdo a los reglamentos de graduación de la Universidad Nacional de Loja hasta su conclusión, por lo que autorizo su presentación ante el tribunal correspondiente.

Loja, Octubre 2014

Atentamente:

Dra. Mg. Sc. Ana Puertas

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Ana Paulina Morocho Guadalima, declaro ser la autora del presente trabajo

de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus

representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el

contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la

publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: Ana Paulina Morocho Guadalima

Cédula: 1104211089

Fecha: Octubre, 2014.

Ш

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo. Ana Paulina Morocho Guadalima, declaro ser la autora de la tesis titulada:

"DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON RIESGO DE SUICIDIO EN LOS

ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO

EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO

"DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" DE LA CIUDAD DE LOJA", como requisito para

optar al grado de Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la

Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al

mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de

su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las

redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la

Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de

la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los ocho días del

mes de octubre del dos mil catorce, firma el autor.

Autor: Ana Paulina Morocho Guadalima

Cédula: 1104211089

Dirección: Av. Eduardo Kingman 18-81

Correo electrónico: anne_mogua@hotmail.com

Teléfono: 072586715

Celular: 0939673856

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis: Dra. Mg. Sc. Ana Puertas.

Tribunal de Grado: Dr. Patricio Aguirre. (Presidente del Tribunal)

Dra. Alba Pesantez. (Miembro del Tribunal)

Dr. Richard Jiménez. (Miembro del Tribunal)

IV

DEDICATORIA

Dedico este trabajo investigativo primeramente a *Dios*, por regalarme la vida y permitirme seguir adelante en todas mis metas y alcanzar a un escalón más de mi sueño.

A mis padres, *Ana María* y *Luis Amable*, símbolos de esfuerzo y dedicación, los que ayudaron con su apoyo constante y ánimo a la realización del presente trabajo, por ayudarme en cada etapa de mi vida y por hacerme la persona que soy ahora; por todo lo que me han dado, este triunfo es su triunfo también. A mis hermanos, *José Fernando, Juan Pablo* y *Gabriela Maribel*, por incentivarme en cada instante de mi carrera a no decaer, ayudarme de diferentes formas y apoyarme en este último tramo de mi carrera.

A los estudiantes del Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo" y la Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle", ya que sin ellos esta investigación no hubiera podido cristalizarse.

A mis compañeros de la universidad y en especial a mis amigas: *Hipatia, Viviana* y *Yuri*, que con sus acertados consejos y su compañía he podido superar día a día cada obstáculo que se ha presentado en mi carrera.

A todas las demás personas que, directa o indirectamente, me apoyaron e impulsaron para nunca flaquear en el camino y poder cumplir mi anhelado sueño.

LA AUTORA.

AGRADECIMIENTO

Por medio de este trabajo investigativo, expreso mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, por permitir mi formación en sus aulas, brindarme maestros extraordinarios, enriquecer mi conocimiento, dejarme gratos recuerdos y grandes amigos, y permitirme interactuar con lo más importante de mi carrera: los pacientes.

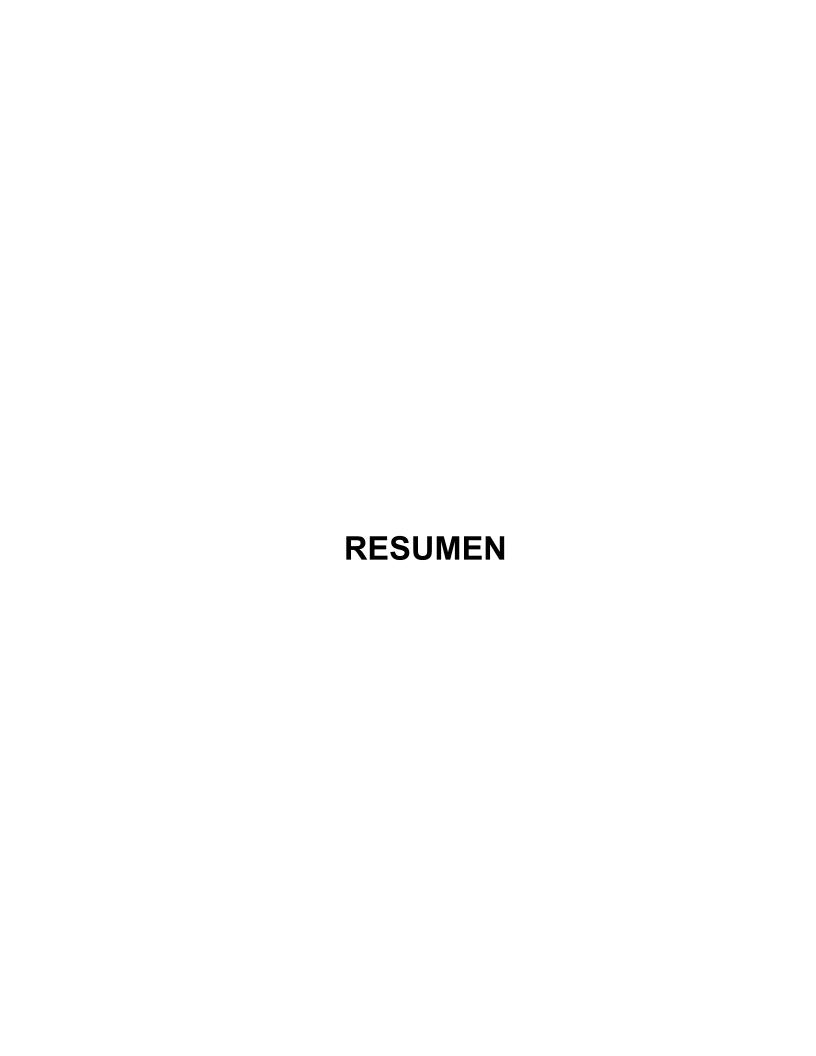
A las autoridades del *Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo"*, en especial al Lcdo. Leonardo Torres, ya que sin su ayuda desinteresada para el ingreso a las aulas de los estudiantes, este trabajo no hubiera resultado acorde a lo planeado; y a las autoridades de la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"*, en especial a la Dra. Mary Faican, que con su buen humor y su espíritu de ayuda permitió el cumplimento a cabalidad de todos los objetivos planteados.

A la Dra. Anita Puertas, distinguida docente de la institución, quien con sus valiosos conocimientos, gran experiencia y paciencia apoyó de manera positiva y profesional el desarrollo de la presente tesis de grado.

LA AUTORA.

TÍTULO

DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON RIESGO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" DE LA CIUDAD DE LOJA.



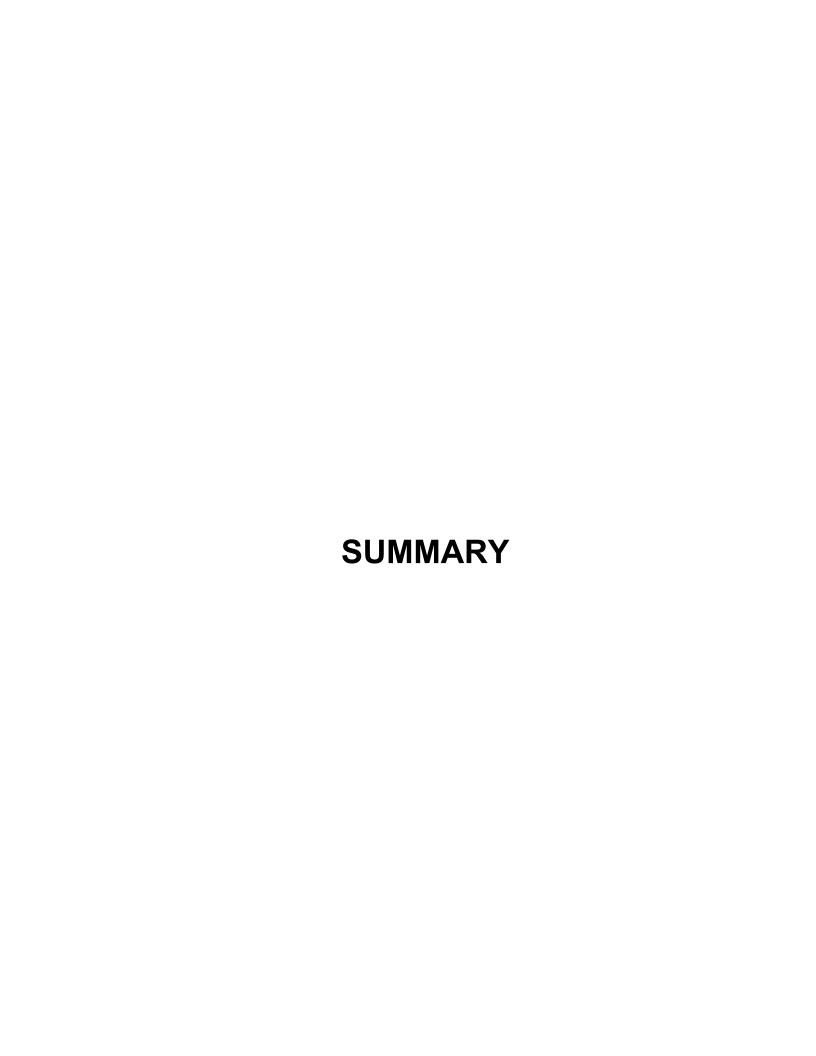
RESUMEN

La adolescencia marca el inicio de profundas transformaciones físicas y psicológicas en el ser humano, y constituye una etapa vulnerable para el padecimiento de Depresión, la cual se asocia con Riesgo Suicida, contribuyendo a la carga de mortalidad en adolescentes. Considerando este problema, se realizó la investigación titulada: DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON RIESGO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" DE LA CIUDAD DE LOJA, que tiene como objetivo conocer la relación entre Depresión y Riesgo Suicida en los adolescentes de 1ero de Bachillerato de dichos colegios.

El presente trabajo investigativo es cuali-cuantitativo de carácter descriptivo relacional, aplicado a doscientos cinco estudiantes. Los datos obtenidos fueron recolectados mediante el *Inventario de Depresión de Beck,* el *Inventario de Orientación Suicida (ISO-30)* y una *encuesta* realizada de manera personal, demostrando una mayor incidencia de *Depresión Leve*, que afecta a mujeres y adolescentes de diez y seis años; mientras que los hombres y estudiantes de quince años son los más afectados por un *Moderado Riesgo Suicida*. Los mayores porcentajes de Depresión y Riesgo Suicida demuestran que la *Depresión Leve* se asocia equitativamente con *Moderado* y *Alto Riesgo Suicida*, la *Depresión Moderada* mayormente con *Alto Riesgo Suicida* y la *Depresión Grave* exclusivamente con *Alto Riesgo Suicida*.

Por lo tanto, este trabajo investigativo sirve como fuente de datos acerca de la incidencia de Depresión y Riesgo Suicida en adolescentes, contribuyendo al enriquecimiento del nivel de información sobre dichos temas, para lograr un mayor interés en la creación de programas de prevención y reducir las cifras de depresión y riesgo suicida en este grupo demográfico.

Palabras clave: Adolescentes, Depresión, Riesgo Suicida.



SUMMARY

Adolescence marks the beginning of deep physical and psychological changes for human beings, and represents a vulnerable stage for the occurrence of depression, which has been associated to suicide risk, a contributing factor to mortality rate in teenagers. Taking into account this problem, this investigation has been made, and has been titled as DEPRESSION AND ITS CONNECTION TO SUICIDE RISK IN STUDENTS OF JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN LA SALLE HIGH SCHOOL and DANIEL ÁLVAREZ BURNEO HIGH SCHOOL OF THE LOJA'S CITY; its objective is to establish a relationship between depression and suicide risk in first year students from said schools.

This work is of descriptive-relational nature, applied to two hundred and five students. The data was collected using the *Beck Depression Inventory*, the *Inventory of Suicidal Orientation in Teenagers (ISO-30)* and a *personal survey*. A greater incidence of *Mild Depression* has been found, mainly affecting women and sixteen year-teenagers; whereas men and fifteen years-students are the most affected by the *Moderate Suicide Risk*. The largest percentages of Depression and Suicide Risk demonstrate that *Mild Depression* is equally associated with *Moderate* and *High Suicide Risk*, and *Severe Depression* is exclusively associated with *High Suicide Risk*.

Therefore, this investigation work serves as a source of data about the incidence of Depression and Suicide Risk in teenagers, contributing to enrich the current knowledge about those topics, to achieve a greater interest in the creation of prevention programs to reduce the rates of depression and suicide risk on the teenager demographic group.

Key words: Teenagers, Depression, Suicide Risk.



INTRODUCCIÓN

La adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud *(OMS)*, es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la **adolescencia temprana**: 10 a 14 años y la **adolescencia tardía**: 15 a 19 años. Se caracteriza por el inicio de profundas transformaciones físicas y psicológicas; muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. Es un periodo de adaptación a los cambios corporales y grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social, ¹ además representa el periodo para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludable.²

La OMS define a la depresión como: "Un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración." ³

La OMS estima que esta patología afecta a más de 350 millones de personas de todas las edades y en todas las comunidades,⁴ afectando dos veces más a las mujeres que a los hombres,⁵ y contribuye significativamente a la carga mundial de morbilidad y mortalidad.⁴ Se sugiere que las tasas altas de incidencia de la depresión ocurren entre adultos jóvenes ubicados en las edades de 12 a 24 años.⁵ La incidencia es alta en América Latina. ⁶ En México (2008), los jóvenes confiesan estar tristes y creer que su vida es un fracaso, otros atentaron contra su vida y pocos han pensado en suicidarse; en el caso de la población femenina, el promedio general es mayor que en la población masculina.⁷ En Ecuador (2006), basándose en un estudio sobre depresión y desestructuración familiar en el Hospital Lorenzo Ponce de Guayaquil, se observó que, de los trastornos mentales y del comportamiento, el episodio depresivo moderado con síntomas somáticos ocupó el tercer puesto.⁸

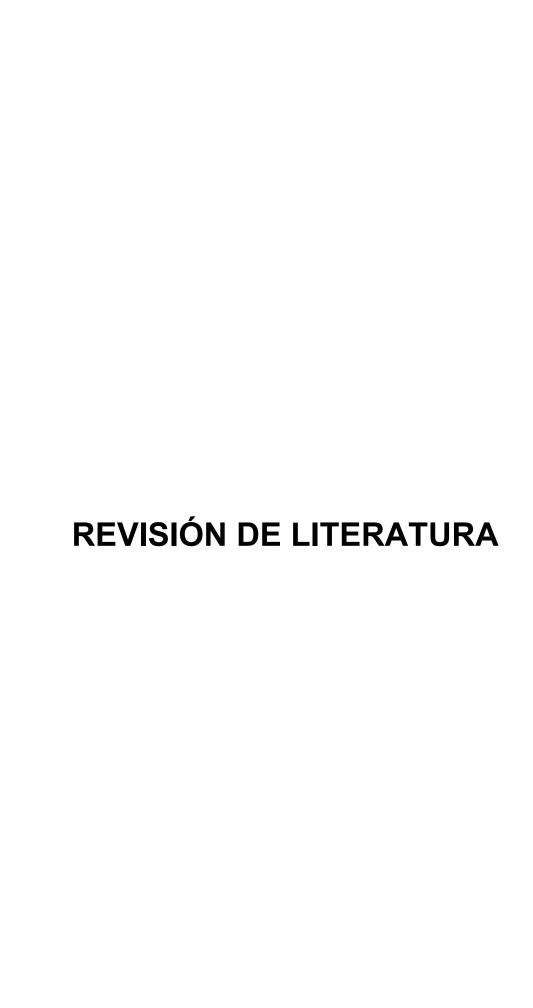
La depresión está asociada peligrosamente con el riesgo de suicidio, ⁹ y produce a nivel mundial más muertes que las guerras, el SIDA o la enfermedad

isquémica cardiaca. Las conductas suicidas en niños y adolescentes se definen como "la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo o la muerte". El espectro que abarca el suicidio corresponde a la ideación suicida, los intentos suicidas y los suicidios consumados. Estudios mundiales indican que varios adolescentes han intentado suicidarse más de una vez. ¹⁰ En Perú (2007), los estudiantes de entre 12 y 17 años han pensado en algún momento la posibilidad de suicidarse porque consideran que su vida no tiene sentido, y existe depresión en este grupo. ¹¹ En Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), la tasa de suicidios ha aumentado desde 1995 a 2005. Sólo en el 2007, en Pichincha, la Policía Judicial registró que del total de casos de suicidio, la tercera parte correspondía a adolescentes. ¹²

Evidenciado que el problema de depresión y riesgo suicida no solo posee cifras alarmantes a nivel mundial sino también a nivel regional, se ha propuesto el tema de investigación: "DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON RIESGO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" DE LA CIUDAD DE LOJA" que tuvo como objetivo general conocer la relación entre Depresión y Riesgo Suicida en los adolescentes del Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo" y Unidad Educativa "José Antonio Eguiguren" La Salle, y como objetivos específicos: se identificó los casos de Depresión en los adolescentes de los colegios seleccionados, se determinó la existencia de Riesgo Suicida en la muestra elegida, se estableció cuál es el grupo etario y género más afectado por Depresión y Riesgo de Suicidio de los adolescentes que estudian en los centros educativos escogidos, y se planteó a las instituciones colaboradoras la realización de conferencias sobre depresión y prevención de suicidios a los estudiantes que participaron en el estudio.

El presente trabajo investigativo es cuali-cuantitativo de carácter descriptivo relacional, que tuvo como universo a los Estudiantes de los colegios: *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"* e *Instituto Superior Tecnológico*

"Daniel Álvarez Burneo" y como muestra a los alumnos de 1ero de Bachillerato que aplicaron a los criterios de inclusión y exclusión en un total de 205 estudiantes. Se recolectó los datos mediante tres instrumentos: el primero corresponde al *Inventario de Depresión de Beck* que tiene una sensibilidad del 94% y una especificidad del 92% para el tamizaje de depresión en el cuidado primario; el segundo es el Inventario de Orientación Suicida (ISO -30), en el cual los estudios de consistencia interna verificaron un Alpha de .90 en 768 estudiantes de 12 a 18 años y .78 para los ítems críticos; y el tercero corresponde a una encuesta validada, realizada de manera personal. El estudio demostró que el 38% de los adolescentes de la muestra padecen de alguna de las categorías de depresión, siendo la Depresión Leve la que afecta al mayor porcentaje de la muestra total, representada por el 23%; en cuanto al Riesgo Suicida, el 50% de los estudiantes presenta un Moderado Riesgo Suicida; el 37% un Alto Riesgo Suicida, mientras que el 13%, se encuentran en un Bajo Riesgo Suicida al momento de aplicar el reactivo. Además se obtuvo datos sobre qué grupo etario y género se afecta más por Depresión y Riesgo Suicida, obteniendo que: los adolescentes de 15 años (37% de su grupo etáreo) y del género femenino (46% de su género) padecen de Depresión Leve en un 23% y 27% respectivamente; y en el Riesgo Suicida, los adolescentes de ambos géneros y de 15 a 16 años se encuentran en su mayoría en Moderado Riesgo Suicida, pero el género masculino es el que tiene el mayor porcentaje con el 55% del total al igual que los adolescentes de 15 años con el 51%. Analizando el número de casos por cada tipo de Depresión y relacionando los mismos con Riesgo Suicida, valiéndose solo de los datos con mayor porcentaje en ambos casos, se evidencia que de los adolescentes que padecen **Depresión Leve**, ésta se asocia a un *Moderado* y Alto Riesgo Suicida en un 50% para cada uno; la Depresión Moderada asociada a Alto Riesgo Suicida afecta al 76% de los afectados por este tipo de depresión; y en una cifra alarmante para los adolescentes que padecen Depresión Grave, esta se asocia exclusivamente a Alto Riesgo Suicida, representado el 100%.



CAPÍTULO I

ADOLESCENCIA

De acuerdo con la *Organización Mundial de la Salud* (OMS), la adolescencia es la etapa que transcurre entre los **10** y **19 años**, considerándose dos fases, la adolescencia temprana: 10 a 14 años y la adolescencia tardía: 15 a 19 años.¹

En esta etapa de la vida se debe tener en cuenta diferentes aspectos que influyen en la vida del adolescente:

CAMBIOS BIOLÓGICOS

Se produce cambios en el desarrollo sexual. Se refiere a los cambios secuenciales que el niño o niña experimentan en su anatomía y a la aparición y funcionamiento de las características sexuales secundarias, que permiten la conformación del cuerpo masculino y femenino *(dimorfismo sexual);* además, se presentan cambios en la antropometría del adolescente. ¹³

Desarrollo Puberal

En el inicio del desarrollo puberal hay dos eventos secuenciales: 13

- Adrenarquia: efecto de la secreción de andrógenos suprarrenales que ocurre entre los 6 y los 8 años, responsable de la aparición de vello púbico y axilar, y de cambios en el olor del sudor axilar.¹³
- Gonadarquia: es el cambio hormonal más importante y consiste en la reactivación del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, que coincide con el estímulo del eje del crecimiento. Las gonadotrofinas estimulan la síntesis y secreción de los esteroides gonadales:¹³

En el **varón,** la testosterona induce crecimiento de genitales externos, desarrollo de vello púbico, facial y axilar, acné, desarrollo muscular y laríngeo, estímulo del crecimiento óseo y cierre epifisiario. ¹³

En la *mujer*, los estrógenos inducen el desarrollo mamario, uterino y vaginal, el crecimiento estatural y el cierre epifisiario.¹³

Valoración de eventos puberales

Se utiliza el método de *Marshall –Tanner*, que compara el examen clínico del adolescente con escalas preestablecidas. Se debe explicar anteriormente al adolescente los pasos a seguir, con prudencia y tacto, y así evitar la incomodidad que puede ocasionar este tipo de exámenes.¹³

Las etapas de Tanner son en general muy útiles en el diagnóstico y seguimiento de la pubertad normal y sus variantes, así como de los trastornos de la pubertad.¹³

Secuencia de eventos puberales femeninos

El primer signo de desarrollo puberal es la aparición del botón mamario *(telarquia)*, seguido del crecimiento de vello púbico *(pubarquia)*. La *edad promedio* de aparición mamaria es de *10,5 años*, completando su desarrollo en 4 años, con un rango entre los 8 y 13 años. ¹³

La primera menstruación *(menarquia)* se presenta 1,5 a 2 años después de la telarquia, generalmente entre los grados III y IV del desarrollo mamario. La *edad promedio* de presentación en Ecuador es de *12,7 años*. Durante los dos años posteriores, alrededor de un 50% de los ciclos son anovulatorios, por lo que son ciclos irregulares.¹³

Secuencia de eventos puberales masculinos

El primer signo puberal es el aumento del *tamaño testicular* a una edad promedio de 11,6 años. Se considera puberal un tamaño testicular igual o mayor de 2,5 cm de diámetro mayor, lo que corresponde a 4 ml medidos con el orquidómetro de Prader. El *volumen testicular prepuberal* es de 1 a 3 ml. En el *inicio puberal* el volumen está entre 2,5 ml a 4ml, y en el *adulto* el volumen es de 15 a 25 ml.¹³

Poco después del crecimiento testicular se inicia el *crecimiento del pene* y *vello púbico* (*VP*). El desarrollo del pene y testículos toma 3,5 años. La longitud del pene en etapa prepuberal es de alrededor de 3 a 4 cm., mientras que en el adulto llega a un promedio de 12 a 15 cm. Se debe explicar al adolescente que el crecimiento será paulatino, para evitar la ansiedad sobre el tamaño final de los genitales. El vello axilar aparece en promedio dos años después del pubiano. El desarrollo del vello facial ocurre en etapas tardías, habitualmente después de los cambios en la voz.¹³

La espermatogénesis es un evento puberal relativamente precoz, que se inicia habitualmente entre las etapas VP II y VP III de Tanner.¹³

Antropometría

Los más importantes son:

- El incremento del peso al final de la pubertad es de 16 a 20 Kg en mujeres y de 23 a 28 Kg en varones.¹³
- La ganancia de peso no sólo depende del crecimiento esquelético sino también de otros tejidos.¹³
- El crecimiento muscular es mayor en los varones. 13
- La redistribución y aumento del tejido adiposo logran el dimorfismo sexual.
 Hay que recordar la importancia del panículo graso en la producción y

metabolismo hormonales, ya que su ausencia (por carencia, dieta o ejercicio excesivo) puede perturbar el desarrollo sexual apropiado.¹³

CAMBIOS HORMONALES

Los niveles de LH, FSH, estradiol y testosterona se incrementan antes de que se manifiesten los cambios físicos, pero estos incrementos iniciales pueden ser difíciles de evidenciar en cada sujeto. La respuesta puberal de LH y FSH *(con predominio de la respuesta de LH)* a GnRH es un marcador de la pubertad.¹⁴

En el varón, la LH es el estímulo primario para la síntesis testicular de testosterona y la FSH es el estímulo primario para la espermatogénesis. Se evidencia una disminución de la hormona antimülleriana la cual tiene una correlación inversa con los niveles de testosterona. Ambas gonadotropinas son necesarias para la hormonogénesis esteroidea y la ovulación en la mujer aunque la FSH juega un papel primario en la maduración del óvulo. 14

CAMBIOS PSICOSOCIALES

Se producen cambios psicológicos considerados normales, pero que pueden tomar desprevenidos a muchos padres que consultan a profesionales porque su hijo no es el mismo de hace un año, y tiene miedo de que algo malo estuviera sucediéndole al adolescente.¹⁵

Los cambios son evidentes, por lo que puede reconocérselos fácilmente:

- Crisis de oposición: debido a la necesidad de autoafirmarse, deformar un yo diferente al de sus padres a los que han estado estrechamente unidos al momento, con necesidad de autonomía, dependencia intelectual y emocional.¹⁵
- Desarreglo emotivo: puede ir desde estado de extrema sensibilidad a carencia de sentimientos, por ejemplo, un día el adolescente sorprende con un abrazo y al otro día rechaza cualquier muestra de cariño.¹⁵

- Imaginación desbordada: sueñan, representando un mecanismo de defensa contra el mundo para el que no están preparados. Es un medio de transformar la realidad, puede imaginar un porvenir: como modelos o como futbolistas.¹⁵
- Narcisismo: se hace evidente por las horas que le dedica al espejo.
 Concede una gran importancia a su aspecto físico: desde lamentaciones por un grano en la nariz o peso y vestimentas, ya que desean una constante perfección de la estética.¹⁵
- Crisis de originalidad, ¹⁵ se presenta dos aspectos:
 - Individual: como afirmación del yo, con gusto por la soledad, el secreto, las excentricidades en el vestir, o en su forma de hablar o de pensar.
 Necesita reformar, transformar el mundo, ser distinto y especial.¹⁵
 - Social: simboliza la rebelión juvenil, en cuanto a los sistemas de valores de los adultos y las ideas recibidas. Expresan de los adultos su falta de comprensión y atentado contra su independencia. Existe la clara necesidad de participación, uniformidad en el lenguaje y en la vestimenta de los adolescentes para ser considerado y aprobado por su propio grupo.¹⁵

Los sentimientos que pueden acompañar a estas manifestaciones son consecuencia directa de las crisis que están atravesando, ¹⁵ y éstas son:

- Sentimientos de inseguridad: sufre a causa de sus propios cambios físicos, que no siempre van a la par con su crecimiento emocional.¹⁵
- Sentimientos de angustia: puesto que existe una frustración continua, ya que por un lado se pide que actúe como un adulto pero al mismo tiempo se lo trata como un niño, se le prohíbe vestir de una u otra manera, o se reglamentan sus salidas nocturnas. Esta angustia es la manifestación de la tensión que el chico soporta y que se manifiesta por: agresividad, miedo al ridículo, angustia sentimientos de depresión.¹⁵

CAPÍTULO II <u>DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES</u>

INTRODUCCIÓN

Los adolescentes representan un grupo etáreo lábil, debido al inicio de cambios puberales y profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales; muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, que requieren el desarrollo de estrategias de afrontamiento para definir su sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social, además de representar el periodo de desarrollo más importante para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludable, que disminuyan el riesgo de aparición de trastornos clínicos durante esta etapa y la edad adulta. En particular, se ha encontrado que individuos con historias de depresión en la adolescencia presentan un alto porcentaje de continuidad del trastorno depresivo mayor en la edad adulta.

Dada la magnitud de tales cambios y la todavía escasa experiencia vital de los adolescentes muchos eventos vitales pueden adquirir un carácter estresante y tener diversos efectos psicológicos. El inicio de la depresión en la adolescencia conlleva una mayor comorbilidad que cuando inicia en la edad adulta, pues antes de los 18 años hay mayor riesgo de desarrollar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a drogas. 9

La depresión disminuye la capacidad de las personas para hacer frente a los retos cotidianos de la vida y con frecuencia precipita el deterioro de las relaciones familiares, la interrupción de la educación y la pérdida del empleo.

En los casos más extremos, los afectados pueden suicidarse. Cada año se suicidan aproximadamente un millón de personas, la mayoría debido a una depresión sin diagnosticar o sin tratar.¹⁷

DEFINICIÓN

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado *(a lo menos de 2 semanas)*. Con frecuencia tiene a manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos.¹⁸

El DSM–IV distingue entre dos formas de depresión. El *trastorno depresivo mayor* es un episodio de tristeza intensa que puede durar varios meses; en mayor contraste, la *distimia* es una tristeza menos intensa, pero que persiste con poco alivio por periodos de dos años o más. Algunas depresiones se tornan tan intensas que la gente se vuelve psicótica.¹⁶

Durante la adolescencia, la depresión hace referencia a tres niveles de fenómenos depresivos: el estado de ánimo deprimido, que representa uno de los síntomas más relevantes para distinguir entre adolescentes tratados por los servicios de salud mental y los que no, para de esa manera no subestimar las manifestaciones clínicas durante la adolescencia; el síndrome empíricamente derivado que incluye síntomas depresivos, que circunscriben los sentimientos tristes y desdichados propios de la adolescencia como respuesta a las experiencias cotidianas; y un diagnóstico categórico definido por los criterios del DSM-IV-TR, los cuales se citarán más adelante en el diagnóstico. 16

EPIDEMIOLOGÍA

A nivel Mundial.

La depresión es un problema frecuente en la consulta externa de medicina y origina una gran incapacidad en la población. Lo importante de esta entidad es saber en qué momento la consideramos enfermedad y en qué momento debemos darle tratamiento médico, ¹⁹ para así evitar que el cuadro perdure y conlleve consecuencias fatales.

Existen personas que catalogan la depresión como falta de energía, la que se soluciona con críticas o reprimendas hacia el paciente; otros, en cambio, creen que es una actitud que el mismo paciente puede cambiar si así lo desea. Pero ninguna de estas ideas es cierta. La depresión es una enfermedad mental grave, ya que como todo padecimiento requiere tratamiento y un periodo, corto o prolongado, de recuperación.⁹

La OMS estima que la depresión afecta a más de 350 millones de personas de todas las edades y en todas las comunidades, y contribuye significativamente a la carga mundial de morbilidad; y que para el año 2020, la depresión será uno de los trastornos más frecuentes en la población mundial, ocupando el segundo lugar entre las causas de carga de enfermedad. Se dispone de tratamientos eficaces contra esta enfermedad, pero existe un acceso problemático en la mayoría de países, y en algunos solo lo reciben menos del 10% las personas que lo precisan.⁴

La depresión, en cualquier edad, es dos veces más común en las mujeres que en los hombres y el riesgo a padecerla se incremente 1,5 a 3,0 veces si el paciente presenta familiares de primer grado con el mismo antecedente, en comparación con aquellos que carezcan de éste. Recientes estudios sugieren que las tasas de incidencia de la depresión ocurren entre adultos jóvenes ubicados en las edades de 12 a 24 años, y las tasas bajas las presentan personas de 65 años de edad o más.⁵

De acuerdo con los resultados de encuestas de autoaplicación, la prevalencia de adolescentes con síntomas depresivos es de 22,8 a 50,8%. En la mitad, la duración de un episodio depresivo se extiende a más de dos años y en un tercio, entre tres meses y dos años; 26% se recupera a los tres meses, 21% todavía es sintomático luego de un año y 14% después de tres años.²⁰ Aproximadamente un 8% de varones y mujeres sufren un cuadro de depresión durante su adolescencia, y ésta afecta con mucha mayor frecuencia a mujeres en un porcentaje de 13% frente a tan solo un 4,6% de los varones de esta misma edad. Se ha encontrado que individuos con historias de depresión en la adolescencia presentan un alto porcentaje de continuidad del trastorno depresivo mayor en la edad adulta.⁹

A nivel Regional.

La incidencia en América Latina arroja valores del 2,5 y 5%.⁶ En México, en el año 2008, 54,6% de los jóvenes confiesan estar tristes y creer que su vida es un fracaso, 13,3% atentaron contra su vida y 8,8% han pensado en suicidarse; en el caso de la población femenina, el promedio general asciende a 16,8% y en el de la masculina es del 8,5%.²¹ En Colombia, en el año 2004, la depresión tiene una prevalencia aproximada de 8,6% en hombres y de 14,9% en mujeres.¹ En Lima–Perú, 79% de los estudiantes de entre 12 y 17 años han pensado en algún momento la posibilidad de suicidarse porque considera que su vida no tiene sentido, y el 28% sufren de depresión, según datos recolectados por el Instituto Guestalt de Lima en el 2007.²²

En el 2006, basándose en un estudio sobre depresión y desestructuración familiar en el Hospital Lorenzo Ponce de Guayaquil–Ecuador, tomando 711 casos desde el 1 de enero de 2000 al 31 de enero de 2001, se observó que, de los trastornos mentales y del comportamiento, el episodio depresivo moderado con síntomas somáticos ocupó el tercer puesto con un 8,49% y en cuanto a la suma de diferentes trastornos depresivos (Episodio depresivo leve, episodio depresivo moderado, episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos,

episodio depresivo grave con síntomas psicóticos y distimia) la frecuencia de estos era del 22,9%.8

En Ecuador, el posgrado de Psiquiatría de la Universidad Central realizó un estudio en el año 2012, llegando a la conclusión de que en la capital se reporta una prevalencia de Episodio Depresivo Mayor del 13,4% (*por 100 habitantes adultos en 12 meses*), muy por encima de la media de la región que representa el 4,9%. Las mujeres muestran el doble de probabilidades de padecer los síntomas depresivos. En el caso de Quito esta dolencia afecta más a viudos, en unión libre, y muy por detrás, a casados y jóvenes. En la Unidad de Psiquiatría del Hospital Eugenio Espejo es la principal causa de atención, seguida de los trastornos de ansiedad, adaptación y situacional. En el 2011 representó el 19% de todas las consultas y en los primeros cinco meses del 2012 se elevó al 24,4%.⁶

FISIOPATOLOGÍA.

La hipótesis monoaminérgica, cuyo precursor fue *Schildkraut (1965)*, ha sido el principal punto de referencia para explicar la fisiopatología de la depresión. Esta hipótesis sugiere que es el déficit de neurotransmisores por aminas biogénicas, cuyos niveles se hallarían disminuidos, el principal motivo de la depresión. Los resultados de múltiples estudios demuestran también la importante participación de la serotonina o 5–hidroxitriptamina *(5–HT)* y la noradrenalina; además estos estudios sugieren el papel regulador de la noradrenalina y la dopamina en procesos que intervienen en la afectividad positiva, como le estado de alerta, el placer y la motivación.²³

Pero la noradrenalina y la 5-HT no son neurotransmisores independientes. De hecho, aunque se piense que la mayoría de las neuronas que sintetizan 5-HT en el cerebro se hallan en los núcleos de rafe, y las que sintetizan noradrenalina en el *locus coereleus*, parece existir una interacción recíproca entre ambas regiones, que proyectan terminaciones mutuamente. En este

sentido, la 5-HT representa un complejo papel regulador de la actividad de las catecolaminas cerebrales. Las neuronas serotoninérgicas proyectan además terminaciones hacia otras regiones del cerebro, entre las que se encuentran las que se dirigen a la corteza frontal, las cuales parecen mediar el estado de ánimo; las que se proyectan al hipotálamo, regulador del apetito; y las proyectadas a la amígdala, que participan en los procesos asociados a la ansiedad y el miedo.²³

No obstante, se ha ido aceptando que la hipótesis monoaminérgica es demasiado simplista y que, por lo menos, debe haber otros mecanismos asociados a la depresión. Destacan las teorías basadas en el desequilibrio entre los sistemas de neurotransmisión y en la regulación de los receptores donde actúan esas monoaminas. Esta alteración asociada a los receptores, tanto presinápticos como postsinápticos, podría producirse en varios niveles, tanto por una variación en su número, como por la afectación de su sensibilidad o de los mecanismos que a raíz de su estimulación se producen en la membrana o dentro de las neuronas.²³

Se ha descubierto, también, otro mecanismo que podrían intervenir en la aparición de la depresión y que afectarían a los procesos intracelulares que regulan la neuroplasticidad y la neurodegeneración. Así, el estrés podría favorecer la atrofia y la muerte neuronales y, en algunas áreas cerebrales, una disminución de la neurogénesis. Así mismo, se ha observado cambios funcionales y estructurales en las sinapsis, también asociados al estrés.²³

ETIOLOGÍA.

Aspectos Genéticos.

La síntesis sobre los estudios de gemelos realizados sugiere un factor genético ya que la concordancia en monocigotos es del 65% frente a la de los dicigotos que sólo alcanza el 14%.²⁴

El modo de transmisión es controvertido, ya que los trastornos afectivos son enfermedades complejas cuyo patrón de herencia no sigue leyes simples ni permite definir totalmente el papel de la predisposición a la enfermedad o de los factores ambientales o desencadenantes de la misma.²⁴

La distimia (y las llamadas depresiones menores) tiene escasa base genética.

Aspectos Bioquímicos

Se tiene algunas hipótesis.²⁴

a. Hipótesis noradrenérgica: propuesta por Shildkraut, según la cual los trastornos afectivos depresivos serían el resultado de un déficit central de noradrenalina (NA). Se ha concedido importancia metoxihidroxifenilglicol (MHPG), metabolito de la NA central. En general, los estudios detectan una clara disminución de MHPG urinario en depresiones bipolares y resultados más dispersos en otros tipos de depresiones. El HVA (ácido homovalínico) se ha significativamente descendido en depresiones caracteriales. especialmente las inhibidas motoras.24

En la línea de esta hipótesis, se ha interpretado ciertos datos frecuentes en las depresiones (hipersecreción de cortisol, disminución de la respuesta de GH a la hipoglucemia insulínica o de la ilunidina, aumento del binding plaquetario de receptores presinápticos alpha2-adrenérgico, aumento de la respuesta betaadrenérgico postsináptico.) como prueba de un déficit de NA central, producido por una desregulación hipotalámica, base de algunas depresiones endógenas.²⁴

b. Hipótesis indolamínica: defendido por Coppen propone en la depresión un déficit de serotonina (5-HT). Los datos más importantes proceden de estudios del 5-HIAA en el LCR, medido directamente o a través de pruebas con prebenecid (que bloquea la salida de 5-HIAA fuera del LCR). En ambas situaciones, el 5-HIAA es bimodal de forma que la disminución sólo ocurre en el 30-40% de los pacientes con depresión endógena, precisamente las que tienen más conductas autoagresivas.²⁴

La mayoría de los estudios han relacionado este descenso de 5-HT con el módulo sintomático suicidio agresión—pérdida de control de impulsos.

La serotonina está implicada en la regulación de varias funciones fisiológicas, aparte del humor (apetito, sueño, actividad sexual, dolor, ritmos cardíacos o temperatura) por lo que se han descrito numerosas patologías además de los trastornos afectivos sin poderse establecer una especificidad nosológica, que más bien pueden referirse a dimensiones psicopatológicas.²⁴

Finalmente, cabe indicar que la persistencia baja de 5-HIAA tras la recuperación clínica, en un porcentaje elevado (hasta el 50%) se ha interpretado como una predisposición básica (marcador de rango) a padecer el trastorno, mientras que en algunos pacientes puede ser un evento bioquímico asociado a la situación clínica (marcador de estado).²⁴

c. Teoría de la hipersensibilidad colinérgica: propuesta por Janowsky sugiere que la actividad colinérgica central podría desempeñar un papel clave al descompensarse el equilibrio permanente entre colinérgico-adrenérgico a favor de los primeros en los pacientes depresivos y a favor de lo segundo en cuadros maníacos.²⁴ d. Existen otras teorías con menor aceptación como la disfunción dopaminérgica, en la que la manía se relaciona con una hipersensibilidad dopaminérgica y la depresión (sobre todo la inhibida) con un descenso de la dopamina central.²⁴

Por otra parte, estudios recientes, establecen la hipótesis acerca de la posibilidad de que en la depresión exista una hipersensibilidad de ciertos receptores, que por un mecanismo de retroacción negativa produce la disminución de los neurotransmisores descritos.²⁴

FACTORES DE RIESGO

o Variables asociadas a depresión.

La depresión ha sido asociada al síndrome de riesgo en la adolescencia, el cual consiste en la presencia simultánea y covariada de factores de riesgo asociados a la presentación de los cuatro problemas típicos en salud del adolescente: 1. abuso de sustancias, 2. embarazo o iniciación sexual temprana, 3. deserción escolar o problemas de rendimiento académico, y 4. delincuencia.²

Según Maddaleno (2000), en un estudio de seguimiento sobre riesgo en adolescentes latinoamericanos, se obtuvo como indicadores mayores de riesgo: ²

- 1. Presencia de trastornos psiquiátricos.²
- 2. Portadores de malformaciones importantes.²
- 3. Enfermedad grave o potencialmente mortal.²
- 4. No estudiar ni trabajar.²
- 5. Abandono de estudios primarios o no haberlos iniciado.²
- 6. Iniciar relaciones sexuales antes de los 15 años de edad de manera promiscua, homosexual, o con resultados emocionales traumáticos.²

- 7. Haber atentado contra su vida o manifestarlo de manera implícita o explícita.²
- Presentar un embarazo no deseado.²
- 9. Fumar tabaco antes de los 13 años de edad, beber alcohol de manera asidua y hacer uso de drogas aunque sea de manera ocasional. ²
- 10. Vivir o haber vivido una situación de abandono familiar.²
- 11. Hacer parte de un medio social patológico (promiscuidad, drogas, violencia).²
- 12. Presentar antecedentes judiciales o penales (hechos delictivos o violentos.²
- 13. Antecedentes de abuso o maltrato.²

Y como indicadores menores de riesgo: 2

- Diferencias en la cronología de la pubertad.²
- 2. Presencia de enfermedad crónica o discapacidad.²
- 3. Presencia de trastornos en la alimentación.²
- Repetición del año o grado, súbito descenso en el nivel escolar o indisciplina escolar reiterada.²
- 5. Antecedentes de más de un accidente de cierta importancia.²
- 6. Antecedentes de psicoterapia o psicodiagnóstico solicitado, mentiras u omisiones reiteradas.²
- 7. Imposibilidad o reiteración en tratar temas sexuales.²
- 8. Padres viudos o separados.²
- Nuevas uniones de los padres y trabajo antes de los 15 años en un medio no familiar o en un medio social discordante con los valores de la familia.²
- 10. Ser hijo único y traslado o mudanza de domicilio.²

Además se encontró indicadores primarios y secundarios relacionados con la enfermedad emocional. Así entre los **primarios** se encuentran: enfermedad emocional infantil, enfermedades crónicas o malformaciones clínicas graves, intentos suicidas y uso de tóxicos, e inicio temprano de la

actividad sexual; y los **secundarios** se refiere a: carencias afectivas importantes, fracaso escolar o problemas de rendimiento académico constante y disfunción familiar crónica.²

Eventos Estresantes y Depresión

Existen procesos de adaptación en la vida del adolescente a los que se enfrentará más de una vez en esta etapa de su vida y que pueden predisponer al desarrollo de depresión, estos son: dificultades propias al ingreso a la universidad, elección de una carrera, inicio o imposibilidad de una actividad laboral, escoger pareja, distanciamiento de vínculos parentales, cambios de residencia, presencia de enfermedad grave propia o de algún familiar, matrimonio, divorcio, separación, pérdida del trabajo, muerte de un familiar cercano o amigo, abuso sexual y el maltrato físico o psicológico.²

Factores Familiares

La familia es la base de la socialización infantil y juvenil, de la cual se aprenden los modelos a seguir por medio de la educación, la observación constante del comportamiento de los padres y las formas de relación social establecidas por el núcleo familiar con otros grupos. Así, el comportamiento establecido de jóvenes en edad escolar se debe a las características del estilo de paternidad y la familia; e incluso si el vínculo con los padres es deficiente, los padres favorecen a construir el comportamiento de las y los adolescentes.²

El vínculo padre—hijo se relaciona a las respuestas cognitivas ante eventos vitales negativos (auto—culpa, rotulación, catastrofización, reinterpretación negativa y evaluación negativa) y a la presencia de síntomas depresivos en adolescentes, por lo que si se tiene un vínculo deficiente en esta etapa de su vida éstos son más susceptibles a presentar este tipo de síntomas en

eventos vitales adversos, al contrario de aquellos que tienen lazos más cercanos con sus padres y reciben de ellos el apoyo emocional adecuado.²

Los factores socioeconómicos y los cambios en la estructura familiar se han asociado con la presencia de depresión en jóvenes, por ejemplo: separación de los padres; jóvenes que observaron violencia entre los padres durante su niñez; relación entre el abuso físico y el riesgo para el desarrollo de trastornos psicopatológicos; maltrato físico o exposición a uno o más tipos de maltrato en la infancia (físico, sexual o negligencia); personas que viven en lugares en constantes conflictos armados o víctimas de la violencia cotidiana, ya sea del microsistema social o en la intimidad del microsistema familiar.²

Soporte Social

El soporte social es definido como "el sentido de ser alguien importante ante los ojos de otros, ser cuidado y amado, ser estimado y valorado como una persona y tener alguien que escuchará, entenderá y ayudará cuando sea necesario".²

Concretamente, se ha encontrado que la pérdida y disminución de soporte, sumado al mantenimiento de interacciones sociales negativas, genera mayores dificultades en el bienestar psicológico de los adolescentes. ²

La aceptación del grupo de pertenencia y la buena opinión por parte de los compañeros representan un factor esencial en la vida del adolescente. Desde este punto de vista, la necesidad de pertenencia a un grupo, la falta de oportunidades o el rechazo constituyen una experiencia frustrante. Cuando el joven tiene dificultades en habilidades sociales, la explicación más común de este fenómeno generalmente hace referencia a que no ha aprendido a combinar de manera adecuada las conductas socialmente competentes, ya sea por falta de oportunidades o contextos de interacción o por castigos en el momento de presentar la conducta. De esta forma, la

ausencia de habilidades sociales es uno de los antecedentes que produce un bajo rango de reforzamientos positivos, asociado a la depresión.²

Uno de los principales factores de riesgo para la presencia de depresión es el hecho de ser mujer. Para la mujer la probabilidad de desarrollar depresión es el doble que para el hombre. Esto se explica porque las mujeres tienden a recibir y ofrecer mayor soporte emocional y material a otros, de forma que se involucran en los problemas de los demás, lo cual hace que experimenten un promedio mayor de estrés que los hombres.²

Una relación afectiva puede convertirse en parte del riesgo cuando se establecen sentimientos de complacencia, demanda continua y sentimientos de protección; debiendo limitarlos para evitar una dependencia paralizante que deteriora la actividad del joven.²

Conductas Problema Co-ocurrentes.

La depresión adolescente ha sido asociada a lo siguiente: 2

Abuso de Sustancias

El consumo de sustancias es una conducta que empieza, por lo regular, en la adolescencia. Algunos de los factores de riesgo que han sido identificados para esta conducta son la presión de los pares, la popularidad y la depresión. Por su parte, el buen desempeño académico y la participación en actividades extracurriculares se han encontrado como factores protectores.²

La presencia de depresión, consumo de sustancias y bajo rendimiento académico puede llegar a ser simultánea, debido a que son problemáticas comórbidas, y se conoce que la probabilidad de presentación de conductas de riesgo en jóvenes aumenta cuando se presentan otras conductas de riesgo previas.²

El consumo de psicoactivos ha sido asociado a un menor nivel de ajuste psicológico (durante la niñez y el periodo de la adolescencia), problemas en el colegio, fallas a clase, deterioro psicológico o problemas emocionales, depresión, menor competencia social, delincuencia y problemas laborales.²

Condiciones Socioambientales.

La pobreza puede favorecer características familiares que influyen en los síntomas depresivos de los jóvenes. Las variables que se han señalado, han sido la edad en que se da el embarazo de la mujer (especialmente embarazo adolescente), el nivel educativo, el status marital, un menor apoyo emocional y pocas habilidades parentales para la crianza.²

La decisión de los jóvenes de trabajar se asocia con el abandono del sistema escolar, los estudios en jornadas nocturnas, la presión de otros miembros de la familia por la situación de falta de recursos económicos para la subsistencia y pérdidas involuntarias del empleo o de los ingresos familiares ²

CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La depresión en la adolescencia puede presentarse como un problema transitorio y común, o como una enfermedad peligrosa que puede generar conductas autodestructivas. Según Dallal y Castillo (2000), la depresión ha sido asociada a la adolescencia porque en esta etapa del desarrollo suelen darse, con frecuencia, molestias relacionadas con el estado de ánimo. Adicionalmente, durante esta etapa vital suceden al tiempo varios cambios en la personalidad que hacen difícil determinar la normalidad de este trastorno. Según los autores, "se considera que el adolescente está enfermo cuando el proceso de su desarrollo biopsicosocial se altera y esto se manifiesta en conductas anormales, síntomas y alteración en sus funciones mentales". Es necesario, entonces, conocer las características de la adolescencia para así

identificar los criterios diagnósticos, el pronóstico y el tratamiento que corresponde a esta etapa del desarrollo.²

En este sentido, se debe conocer la historia clínica del adolescente para identificar la presencia de alguna de estas tres condiciones: ²

- 1. Psicopatologías previas o de inicio temprano que se han reforzado por las estructuras externas (familia, escuela, etc.).²
- 2. Crisis motivadas tanto por los cambios físicos, fisiológicos y emocionales, como por los desafíos que impone el ambiente. Las reacciones de los adolescentes ante cada una de estas crisis difieren en función de sus recursos. En ocasiones, la forma en que las personas afrontan cada crisis motiva juicios sociales y diagnósticos psiquiátricos.²
- 3. Alteraciones emocionales y mentales, que se inician en la adolescencia, pero que pertenecen, por su larga evolución, a la edad adulta. En este apartado se encuentran los trastornos depresivos.²

En el caso particular de los adolescentes se deben tener en cuenta los siguientes elementos cuando se diagnostica un trastorno depresivo: A. la forma y gravedad del episodio depresivo, B. la funcionalidad del adolescente en su medio y las actividades que realiza, C. la conciencia del trastorno y, D. su capacidad para enfrentar los contenidos depresivos particulares en su mente. De igual manera, contribuyen a la evaluación y al tratamiento del trastorno variables como la capacidad de la familia para ofrecer apoyo, las relaciones con el grupo de pares y la existencia de otros recursos en la red social.²

Se clasifica a los trastornos de depresión en tres niveles: leve, moderado y grave: 25

TRASTORNO DEPRESIVO LEVE

Es frecuente y produce un síndrome crónico desagradable e incapacitante. El humor del paciente, su comportamiento y los demás síntomas son experimentados por él y su entorno como cambios en su personalidad y comportamiento habituales.²⁵

Tiene un amplio espectro de manifestaciones clínicas las que incluyen: quejas sobre *humor* deprimido, mucho mayor en la tarde que en las mañanas; falta de *energía* y de *disfrute*; y dificultad en el *sueño*, manifestándose con dificultad de conciliar el sueño y un sueño inquieto con despertares frecuentes durante la noche, seguidos de unas pocas horas de sueño profundo antes del despertar. Además se puede presentar *ansiedad* de intensidad igual en cuadros leves o graves, *fobias* y *síntomas obsesivos*.²⁵

TRASTORNO DEPRESIVO MODERADO

Con frecuencia el **aspecto** del paciente es característico: es frecuente el *retardo psicomotor*, los movimientos lentos, y la *agitación*, que revela incapacidad de permanecer en un mismo lugar sentado por lo que debe deambular continuamente.²⁵

El *humor* se caracteriza por sentimientos de desdicha en el paciente, que manifiesta estar cubierto por una nube negra que dificulta las actividades mentales. El humor empeora en las mañanas que al finalizar el día. Coexiste *ansiedad* e *irritabilidad*.²⁵

La *falta de interés* y de *disfrute* son síntomas frecuentes e importantes, aunque no siempre se expresan de manera espontánea. La *disminución de energía* es típica, ya que todo le supone un gran esfuerzo y deja tareas incompletas. Son frecuentes la *falta de concentración* y las quejas sobre *mala memoria;* sin embargo, al animar al paciente a realizar un esfuerzo adicional, se demuestra que éstas se encuentran normales. Las quejas sobre *síntomas físicos* son frecuentes, como estreñimiento o dolores en cualquier parte del cuerpo, además se puede exagerar una trastorno físico preexistente o aumentar las *preocupaciones hipocondriacas*.²⁵

El *pensamiento pesimista* surge del humor depresivo, y afecta a diferentes pensamiento, por ejemplo, *del presente*, ya que ve el en lado triste de todos los sucesos, piensan estar equivocado en todo o que los demás los creen fracasados y por lo tanto pierden la confianza en sí mismo; *del futuro*, debido a que esperan lo peor y piensan que fracasaran laboral, financiera y familiarmente, inevitable deterioro de la salud física, ideas de desesperanza que arraiga ideas de no valorar su vida y pensar que la muerte es la liberación deseable, que pueden agravarse y convertirse en pensamiento y planes suicidas; *del pasado*, porque los pensamientos toman la forma de *autoacusaciones* por recuerdo de acontecimientos pasados y que conllevan un gran sentimiento de culpa.²⁵

Los **síntomas biológicos** abarcan: *alteraciones del sueño*, la más típica es el *despertar precoz*, o despertarse dos o tres horas antes de lo que es habitual en el paciente, sin poder conciliar el sueño nuevamente, enfrentando el nuevo día con pesimismo, recordando errores del pasado y valorando de forma negativa el futuro más lejano; *dificultades de conciliación* y *despertares frecuentes* durante la noche; al contrario, algunos pacientes *duermen en* exceso y se despiertan tarde, sin espera de sensación de sueño reparador. La *disminución del peso* con frecuencia excede a la meramente explicable por el descenso del apetito, e incluso puede ocurrir lo contrario, algunos pacientes aumenta la ingesta de alimentos con la consecuente alteración en el peso. La *pérdida de la líbido* es frecuente.²⁵

También se puede encontrar **otros síntomas psiquiátricos** como: despersonalización, síntomas obsesivos, fobias y síntomas conversivos (fuga o pérdida de la movilidad de una extremidad).²⁵

TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE

Conforme la depresión se hace más grave, los síntomas antes descritos se hacen más graves.²⁵

Puede observarse síntomas adicionales que no aparecen en trastornos depresivos moderados, como: *delirios*, que hace referencia a los mismos temas que las ideas no delirantes de los trastornos depresivos, como: *minusvalía, culpa, enfermedad y pobreza;* por ejemplo: un paciente con *delirio de culpa* puede creer que un acto indebido de poca importancia, como una mínima manipulación de la declaración de impuestos, va a ser descubierta y que será castigado y humillado de forma severa; un paciente con *deliro hipocondríaco* puede estar convencido de que padece una enfermedad venérea o cáncer; un paciente con *delirio de persecución* cree que las demás personas hablan sobre él de una forma acusadora o que planean vengarse de él, por lo que el paciente con un trastorno depresivo suele considerar esta supuesta persecución como merecedora.²⁵

Además, la depresión puede presentarse en las siguientes formas clínicas y tiene los siguientes criterios diagnósticos:

• TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO ÚNICO O RECIDIVANTE

Criterio A: Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante al menos un periodo de dos semanas, y que suponen un cambio importante en el paciente respecto a su actividad previa.¹⁹

Síntomas principales:

- Estado de ánimo depresivo triste, disfórico, irritable (en niños y adolescentes), la mayor parte del día, y prácticamente todos los días.
 Incluye manifestaciones de llanto, verbalización de tristeza y desánimo.
 En apreciación subjetiva, o a través de la información de personas cercanas.¹⁹
- Disminución o pérdida de interés; o de la capacidad para el placer o bienestar en la mayoría de las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.¹⁹

Síntomas somáticos:

- Disminución o aumento de peso; o en su ausencia objetiva, disminución o aumento de apetito, casi cada día y la mayor parte de los días.¹⁹
- Insomnio o hipersomnia, casi a diario.¹⁹
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz casi diariamente (constatable por personas cercanas, no solo sensación subjetiva de enlentecimiento o inquietud).¹⁹
- Sensación de fatiga o falta de energía vital casi a diario.

Síntomas psíquicos:

- También casi todos los días, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados a su situación observada. (Este síntoma puede adquirir un carácter delirante).¹⁹
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrase en actividades intelectuales, casi a diario (es constante un apreciación subjetiva o por parte de personas próximas).¹⁹
- Pensamientos recurrentes de muerte (no solo un temor a morir), o ideación o planes de suicidio. Es conveniente preguntar al paciente sobre estos aspectos, que no siempre manifiesta espontáneamente, sin que el temor del médico a sugerirle ideas de muerte por el hecho de preguntarle sea fundado.¹⁹

Criterio B: Señala el no cumplimento de los criterios para un episodio de trastorno afectivo mixto (síntomas maniacos y depresivos), trastorno esquizoafectivo, o trastorno esquizofrénico.¹⁹

Criterio C: Los síntomas provocan un malestar significativo; a la vez que un deterioro en la actividad social, laboral, u otras áreas de la vida del paciente.¹⁹

Criterios D y E: Son criterios de exclusión. La sintomatología no se explica en relación con el consumo de una sustancia tóxica o un medicamento, ni por una enfermedad orgánica (*Ej: hipotiroidismo*). Tampoco es simplemente una reacción de duelo ante la pérdida de una persona significativa. ¹⁹

• TRASTORNO ADAPTATIVO CON ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO O MIXTO

Depresión reactiva: La aparición de los síntomas ocurre en respuesta a un estresante identificable, y dentro de los tres meses siguientes a su presencia. Se trata de situaciones en las que el sujeto experimenta un malestar mayor al esperable en respuesta al factor estresante, con deterioro significativo de su actividad interpersonal, social o laboral.¹⁹

• TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO.

Cotejo de síntomas depresivos que no cumplen criterios para los trastornos previos. Algunas de estas condiciones se pueden ver en: ¹⁹

- 1. Solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno de ansiedad (Síndrome ansioso-depresivo). 19
- 2. Trastorno disfórico premenstrual. 19
- Trastorno depresivo post psicótico en la esquizofrenia: por ejemplo, un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual de la esquizofrenia.¹⁹

o <u>REACCIÓN DE DUELO</u>

En el DMS-IV queda contemplada en los problemas adicionales que pueden requerir un tratamiento, si bien no cumple criterios para el diagnóstico de alguna de las condiciones previas. Se trata de la común reacción de la muerte de una persona próxima.¹⁹

Pueden darse síntomas propios de una depresión mayor, si bien la duración es variable, y generalmente con connotaciones socio-culturales propias de cada sujeto. En cualquier caso si los síntomas se mantienen más de dos meses tras la pérdida, se puede diagnosticarla como una depresión mayor.¹⁹

o <u>DEPRESIÓN SUBCLÍNICA EN LA ADOLESCENCIA</u>

Cuando se analiza la morbilidad y mortalidad en la adolescencia, se encuentran cifras elevadas de intentos suicida, y que el suicidio ocupa el tercer lugar en la mortalidad general de 10 a 24 años, pero el segundo lugar de 15 a 24 años, sólo superado por los accidentes, en la mayoría de los países que muestran sus estadísticas cada año.²⁶

Se considera que una de las formas más prácticas y efectivas de disminuir esas cifras es hacer el diagnóstico precoz o en etapa subclínica, pues muchos adolescentes acuden a consulta por muchas causas y la verdadera no es detectada adecuadamente, ya que se pierden oportunidades valiosas en las consultas que pueden salvarlos posteriormente, de ahí la importancia de que los médicos de familia, pediatras, internistas y todos aquellos profesionales que atienden a adolescentes piensen en esta posibilidad, la cual es más frecuente de lo que parece.²⁶

Trastornos psicosomáticos:

- Somatoformes: molestias o disfunciones somáticas que no están bajo control consciente y para las cuales no existe una causa orgánica demostrable), como: dimorfismo corporal, hipocondría. La alteración más frecuente durante la adolescencia son las reacciones de conversión, que consiste en el proceso psicofisiológico en el cual las emociones dolorosas, especialmente la ansiedad, depresión y culpabilidad son expresados por síntomas físicos.²⁶

- Psicofisiológicos: afectan el desarrollo o la recurrencia de una afectación física con aspectos patológicos demostrables. Así, los síntomas surgen cuando la ansiedad activa el sistema nervioso autónomo y como resultado se evidencia: taquicardia, hiperventilación, vasoconstricción e hipertensión arterial.²⁶
- Facticios: son molestias o disfunciones somáticas y psicológicas controladas, conscientes y autoinducidas.²⁶

La base emocional de esos síntomas puede ser variada: desde alteraciones psicosomáticas hasta depresión, estrés y ansiedad.²⁶

El diagnóstico de sospecha se hace cuando las *manifestaciones psicosomáticas* se vuelven recurrentes o persistentes, entre ellos se encuentra: cefalea, dolor abdominal y torácico, síncope o desvanecimiento, mareos o vértigos, letargia, pérdida de peso, trastornos del sueño, alteraciones en el apetito e hipertensión arterial. También puede estar acompañada de síntomas inespecíficos como: *ausentismo* escolar, fuga del hogar, desafío a la autoridad, conducta autodestructiva, delincuencia, abuso de drogas e inactividad sexual.²⁶

La depresión subclínica puede progresar desde una depresión mayor, intento suicida y finalmente suicidio, por lo que el tratamiento y manejo general es primordial en adolescentes en riesgo, lo que incluye: realización de entrevista o interrogatorio, haciendo énfasis en conflictos con los padres o divorcio, sobreprotección, enfermedad grave en un miembro de la familia, mudanza o cambio de escuela, problemas con la pareja y hallazgos clínicos inconsistentes; enfatizar a los padres y a los pacientes que las causas emocionales y físicas necesitan ser comprendidas y no tomarlas como actitudes exageradas de los adolescentes; indicar al paciente que el síntoma que le aqueja puede persistir un determinado tiempo, pero recibirá ayuda; y lo primordial, indicarle que sus actividades diarias en la escuela y con sus amigos deben continuar con normalidad.²⁶

Además, para diagnóstico de depresión se puede usar diferentes inventarios, como el de *Inventario de Depresión de Beck (BID)*, que aborda la sintomatología depresiva, ya que es un instrumento que ha demostrado ser fiable y válido para su utilización tanto en clínica como en investigación. El BDI es una escala de autoaplicación que se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975. Este cuestionario a pesar de contar con un solo ítem *(ítem 9)* que mide la presencia de ideación y conducta suicida, en un ensayo clínico fue el mejor predictor clínico de aparición de pensamientos o actos suicidas durante el mismo.²⁷

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es fundamental realizar un correcto diagnóstico diferencial entre la depresión y otros cuadros que cursan también con trastorno del estado de ánimo, principalmente otras enfermedades psiquiátricas, enfermedades médicas y consumo de fármacos y otras sustancias.²⁸

o <u>Enfermedades Psiquiátricas</u>

En las que encontramos:

- Trastorno bipolar: Se reconoce por su curso clínico en el que aparecen episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos.²⁸
- Distimia: Suelen asociarse factores psicosociales y rasgos de personalidad alterada. Los síntomas son de menor intensidad pero duran más de dos años.²⁸
- Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido: Casi siempre se puede identificar un desencadenante. Suele producir menor número de síntomas pero si cumpliese los criterios el diagnóstico sería de depresión mayor. Cabe señalar que tras la muerte de un ser querido los síntomas depresivos deben atribuirse a un duelo y no a un episodio depresivo mayor.²⁸

- Ciertos trastornos psicóticos pueden cursar con síntomas depresivos como la esquizofrenia en su fase residual y también en los trastornos delirantes de forma reactiva o los trastornos esquizoafectivos.²⁸
- Los trastornos de la conducta alimentaria pueden iniciarse con síntomas afectivos y en su evolución en numerosas ocasiones presentan episodios depresivos asociados al igual que los trastornos de la personalidad.²⁸

o Trastornos del Ánimo inducidos por Enfermedad Médica

Se establece cuando la alteración de estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica. Esto se determina mediante la historia clínica, las pruebas de laboratorio o la exploración física. En ocasiones resulta difícil diferenciar si los síntomas son achacables a una reacción depresiva ante la enfermedad o una consecuencia fisiológica directa de la misma. En las enfermedades crónicas sobre todo en las de mal pronóstico la concomitancia de trastornos afectivos es muy elevada.²⁸

La diferenciación entre depresión y demencia resulta difícil por ser la sintomatología una manifestación más del estado demencial. Por otra parte, la depresión en el anciano en muchas ocasiones adopta la forma de una demencia (pseudodemencia depresiva).²⁸

o Trastornos del Estado de Ánimo inducido por sustancias

Se distingue del episodio depresivo mayor por el hecho de que una sustancia (droga, medicamento o tóxico) se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo. Entre los medicamentos más frecuentes se encuentran fármacos cardiovasculares, antibióticos, antiinflamatorios y analgésicos, psicofármacos u hormonas. Entre las drogas de abuso cabe destacar el alcohol, la cocaína, los opiáceos, las anfetaminas, el cannabis y las drogas de diseño.²⁸

TRATAMIENTO

El tratamiento de la depresión pretende disminuir la morbi-moralidad debida a este trastorno, que desencadena intento de suicidio, accidentes debido a la pérdida de atención, fracaso en los estudios o disminución de la productividad.⁵

Principios en el manejo de la enfermedad

Las diferentes intervenciones para el tratamiento de la depresión deben estar estructuradas en un programa de atención y aplicarse a cada persona a través de un plan individual de tratamiento integral.²⁹

El plan de tratamiento de la depresión se realizará considerando la severidad del cuadro, la refractariedad, comorbilidades, persistencia, sexo y etapa de ciclo vital.²⁹

La consejería, la intervención psicosocial grupal y la psicoeducación son recomendables para todas las personas con depresión, en cambio, la terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal, terapia sistémica familiar y terapia de activación conductual se recomiendan para el tratamiento de la depresión de adultos.²⁹

Se debe indicar un programa estructurado de actividad física para el tratamiento de personas con depresión; además aplicar estrategias para mejorar adherencia al tratamiento de depresión, con psicoeducación, seguimiento telefónico, visitas domiciliarias, participación de familiares y grupos de autoayuda.²⁹

Cuando las depresiones son leves, se debe iniciar con opciones terapéuticas no farmacológicas; mientras que en las graves, se inicia con fármacos antidepresivos, se puede utilizar como medicamento de primera línea, en episodio depresivo moderado y grave, un antidepresivo *Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina (ISRS)*, como la *fluoxetina* en dosis inicial de 10

mg diarios, aumentando gradualmente hasta un máximo de 60 mg al día. No se debe utilizar antidepresivos tricíclicos como fármaco de primera línea.²⁹

Fases del tratamiento.

o <u>Psicoterapia</u>

La psicoterapia de la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia incluye un diverso número de enfoques, que se diferencian en aspectos como su base teórica, tipo de actividades e implementación de estas, duración y frecuencia del tratamiento o implicación de terceras personas en la terapia. Existe evidencia de eficacia de diferentes intervenciones psicoterapéuticas en este grupo de edad, en especial de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia interpersonal para adolescentes. ²⁷

1. Terapia Cognitivo – Conductual: La terapia cognitiva fue desarrollada originalmente por Beck y formalizada a finales de los años setenta para ser aplicada en la depresión. La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión. La activación conductual es también un aspecto clave de la terapia cognitiva de Beck, que hace un especial énfasis en la relación entre la actividad y el estado de ánimo. Es una terapia que implica activamente al paciente, es directiva, propone metas específicas y realistas y ayuda a encontrar nuevas perspectivas. ²⁷

Aunque los modelos cognitivo y conductual de la depresión parten de supuestos diferentes para explicar el origen y mantenimiento del trastorno, se denomina terapia cognitivo-conductual (TCC) a la modalidad de terapia que comparte técnicas cognitivas y emplea de forma sistemática técnicas conductuales. La TCC cuenta con el mayor

número de estudios publicados, tanto en adultos como en niños y adolescentes. ²⁷

La TCC en niños y adolescentes no difiere ni en la lógica ni en los elementos terapéuticos esenciales de la empleada en adultos, pero como es esperable, los procedimientos terapéuticos se adaptan a la edad del niño. Así, por ejemplo, la psicoeducación acerca del papel de los pensamientos en los estados emocionales puede valerse de recursos como dibujos e ilustraciones. ²⁷

Las características más importantes de la TCC empleada en población infantil y adolescente, son las siguientes: ²⁷

- Es una terapia centrada en el presente y basada en la asunción de que la depresión está mediada por la percepción errónea de los sucesos y por el déficit de habilidades.²⁷
- Sus componentes esenciales son la activación conductual (incrementar la realización de actividades potencialmente gratificantes) y la reestructuración cognitiva (identificación, cuestionamiento y sustitución de pensamientos negativos).
 También son elementos importantes el aprendizaje de competencias conductuales y las habilidades sociales en general.
- Los manuales de tratamiento se estructuran en sesiones de entrenamiento de habilidades y sesiones opcionales sobre problemas específicos.
- Es frecuente incluir sesiones con los padres y/o familiares, con la finalidad de revisar los progresos y aumentar la adherencia al tratamiento.²⁷

En cuanto al papel de los padres en el tratamiento, algunos autores lo han calificado de esencial. Los padres no solo aportan información para la evaluación psicológica, el planteamiento de objetivos y la orientación del tratamiento, sino que también pueden actuar como

agentes de cambio terapéutico, por ejemplo, facilitando la realización de determinadas tareas indicadas en las sesiones de tratamiento psicológico. ²⁷

2. Terapia interpersonal: fue desarrollada por Klerman con la finalidad de ser aplicada como tratamiento de mantenimiento de la depresión, aunque posteriormente se ha empleado como un tratamiento independiente y para el tratamiento de otras psicopatologías.²⁷

La TIP aborda principalmente las relaciones interpersonales e interviene en el contexto social inmediato del paciente. Se basa en la asunción de que los problemas interpersonales pueden actuar como activadores o exacerbar la depresión. Por ello, se centra en los problemas interpersonales con la finalidad de favorecer cambios adaptativos, para que, a su vez, se produzca una mejoría de la sintomatología depresiva. ²⁷

La TIP conceptualiza la depresión como un conjunto de tres componentes: *sintomatología, funcionamiento social y personalidad*. Su finalidad es incidir sobre los dos primeros componentes. El modelo terapéutico se focaliza en cuatro problemas interpersonales: duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficits interpersonales. ²⁷

Mufson et al. (1993) fueron los primeros en adaptar la TIP para su uso en adolescentes con depresión (TIP-A): ²⁷

- Es un tratamiento estandarizado para su uso una vez por semana, durante 12 semanas (igual que la TIP para adultos).
- Se diferencia de la TIP para adultos en el número de sesiones individuales: la TIP-A consta de 12 sesiones individuales a las que se añaden sesiones que incluyen a los padres.
- Se abordan aspectos clave de la adolescencia como: individualización, establecimiento de autonomía, desarrollo de

relaciones sentimentales, estrategias de afrontamiento frente a pérdidas interpersonales y manejo de la influencia de los compañeros. ²⁷

- 3. Terapia psicodinámica individual: deriva del psicoanálisis y se basa en la teoría de Freud acerca del funcionamiento psicológico: la naturaleza de los conflictos puede ser en gran medida inconsciente, por lo que el objetivo terapéutico es resolver estos conflictos. ²⁷
- 4. Terapia familiar: hace de las relaciones familiares el foco principal de su intervención. Algunos autores han señalado que existe una fuerte evidencia de asociación entre la depresión infanto-juvenil y factores como vínculos afectivos débiles, niveles elevados de criticismo, hostilidad familiar o psicopatología parental.²⁷

Aunque existen diferentes escuelas dentro del enfoque familiar, de modo genérico podría dividirse en terapia familiar conductual, psicodinámica y sistémica. Las intervenciones familiares tienen una serie de características comunes: ²⁷

- Varias fases diferenciadas: evaluativa, psicoeducación, intervención sobre el funcionamiento de varias áreas (cognitiva, afectiva, interpersonal y conductual, según el enfoque de la terapia concreta) y retroalimentación.
- La intervención debe ser aplicada por un profesional cualificado. ²⁷
- El participante debe asistir acompañado de su familia a la mayoría de las sesiones de la terapia.
- Suele constar de un mínimo de seis sesiones, con una duración de una hora. ²⁷
- Prevención de recaídas: un 30% de los niños y adolescentes con depresión mayor, presentan recurrencia en un periodo de cinco años,

muchos de ellos en el primer año tras el episodio y otros padecerán algún episodio en la vida adulta. ²⁷

En los ensayos clínicos, también se pone de manifiesto que al final del tratamiento una cantidad considerable de pacientes continúan presentando síntomas. A pesar de esto, la mayoría de los estudios no realizan seguimiento más allá de los nueve meses, y los que lo hicieron (nueve meses—dos años) encontraron que un gran porcentaje de la muestra continuaba presentando síntomas depresivos o recurrencia. ²⁷

En la práctica clínica, es importante valorar la existencia de posibles factores causales o mantenedores de la depresión, que incluyen dificultades en las relaciones familiares, enfermedad psiquiátrica de los padres, dificultades con el grupo de iguales, características culturales y étnicas, enfermedades físicas o patología comórbida. ²⁷

Tratamiento Farmacológico

La eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor en los adultos está bien documentada, pero en el caso del niño y adolescente existe controversia sobre cuál es la terapia más adecuada y dentro del tratamiento farmacológico, cuál es el antidepresivo más idóneo en relación tanto a su seguridad como a su eficacia. ²⁷

Se da algunas recomendaciones para el manejo farmacológico en niños y adolescentes: ²⁸

- No debería usarse medicación antidepresiva en el tratamiento inicial de niños y adolescentes con depresión leve.
- No debería ofrecerse medicación antidepresiva a niños o adolescentes con depresión moderada a severa excepto en combinación con una terapia psicológica simultánea. Debe realizarse control cuidadoso de

reacciones adversas farmacológicas y revisión del estado mental. En el caso de que se rechace terapia psicológica, podría administrarse medicación y debería controlarse estrechamente la evolución del niño o adolescente y las reacciones farmacológicas adversas que surjan. ²⁸

- Si se prescribe un antidepresivo, éste debería ser supervisado sólo por un psiguiatra.²⁸
- Cuando sea necesario prescribir un antidepresivo a un niño o adolescente con depresión moderada a severa, se recomienda la utilización de fluoxetina, citalopran o sertralina, con un control riguroso durante las primeras semanas tanto de los efectos adversos como del riesgo suicida e informar cuidadosamente a los padres o tutores.²⁸
- Cuando un niño o un adolescente responde a un tratamiento farmacológico, debería mantenerse el tratamiento al menos por 6 meses después de la remisión (definida como ausencia de síntomas y funcionamiento normalizado durante al menos 8 semanas).

Actualmente existen más de treinta fármacos antidepresivos eficaces, con distintos mecanismos de acción, farmacocinética y farmacodinamia. Dichos fármacos antidepresivos presentan una similar eficacia, diferenciándose principalmente en su perfil de efectos colaterales, sus cualidades farmacocinéticas, su eficacia en otras patologías psiquiátricas o en sus mecanismos de acción. ²⁹

Todos los antidepresivos muestran un patrón de respuesta, en la cual la tasa de mejora es más alta durante 1–2 semanas y más baja durante las semanas 4-6. Los *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)* son bien tolerados en comparación con los *antidepresivos tricíclicos (ATC)* y los *inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO)* y generalmente se recomiendan como primera línea de tratamiento farmacológico para la depresión. ²⁹

Los principales fármacos que se utilizan el tratamiento de depresión son: ²⁹

- 1. Antidepresivos tricíclicos (ATC): La mayoría de los agentes tricíclicos inhiben la recaptación de norepinefrina, serotonina y, en menor medida, dopamina, mecanismos que se han postulado como responsables de su acción terapéutica. Además bloquean receptores colinérgicos muscarínicos, receptores histamínicos H1 y receptores alfa () 1 adrenérgicos. Estos mecanismos se han asociados a los distintos efectos colaterales de los tricíclicos. En los últimos años se ha tendido a minimizar el uso de los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de la depresión, debido a que otros fármacos presentan un menor espectro de efectos colaterales.²⁹
- 2. Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS): Los ISRS inhiben a la bomba de recaptación pre sináptica de serotonina, lo cual aumenta inicialmente la disponibilidad de serotonina en el espacio sináptico, produciendo una regulación de los receptores, incrementando finalmente la transmisión neta serotoninérgica. ²⁹
- **3. Otros fármacos:** como el litio, venlafaxina, bupropión, ácido valproico, carbamazepina, lamotrigina, risperidona y haloperidol. ²⁹

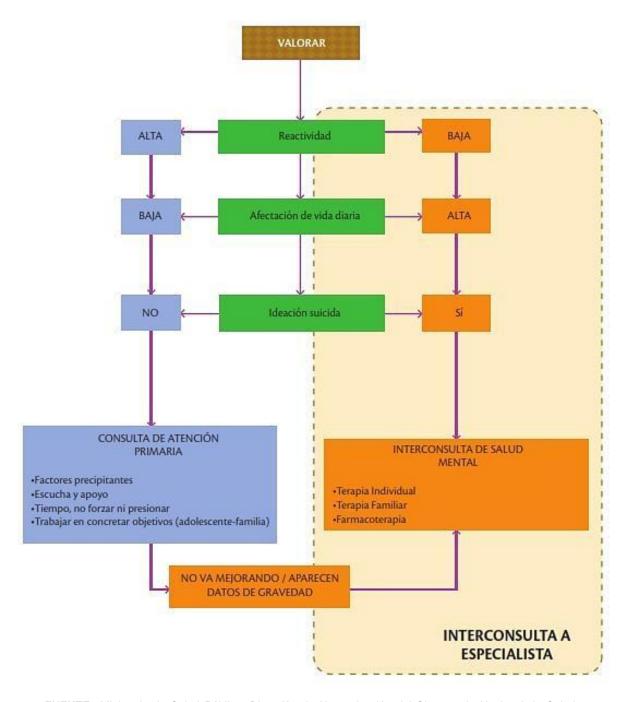
En la siguiente tabla se resume las dosis y efectos adversos de los fármacos para el tratamiento de la Depresión:

Fármacos	Dosis (mg/día)	Efectos Adversos
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICLOS		
Amitriptilina Imipramina	150 – 300 150 – 300	Sequedad de la boca, hipotensión ortostática, trastornos de acomodación, midriadis, taquicardia, palpitaciones, sudoraciones, fatiga, somnolencia, retención urinaria, alteraciones de la eyaculación, temblor, insomnio, rigidez, náusea, vómito, cefalea, sialorrea, mareos, miosis, bradicardia, anhidriosis, escalofríos, inquietud.
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA		
Fluoxetina Paroxetina Sertralina Citalopram Escitalopram	20 20 – 50 50– 200 20 – 40 10 – 20	Cefalea, náuseas, diarrea, ansiedad, insomnio, sedación, crisis de pánico, hiponatremia, apatía, galactorrea, erupción cutánea, disminución de la líbido, impotencia.
OTROS FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS		
Litio	300 - 1200	Poliuria, polidipsia, temblor, alteraciones de la memoria, diarrea, náusea, aumento de peso, hipotiroidismo, acné, psoriasis, vómitos, teratogenicidad.
Venlafaxina	75 – 375	Náusea, agitación, insomnio, cefalea, disfunción sexual, hipertensión arterial leve.
Bupropión	150 – 450	Hiperactividad, insomnio, náusea, convulsiones.
Ácido valproico	500 – 1500	Sedación, aumento de peso, caída del cabello, malformaciones del tubo neural, ovario poliquístico, hiperandrogenismo, resistencia a la insulina.
Carbamazepina	200 – 1600	Sedación, malformaciones del tubo neural, alteraciones hematológicas, rash cutáneo.

FUENTE: Ministerio de Salud. Guía Clínica. Serie de Guías Clínicas Minsal N°XX. 1era Edición. Santiago, Minsal, Chile 2006. 17 pp.

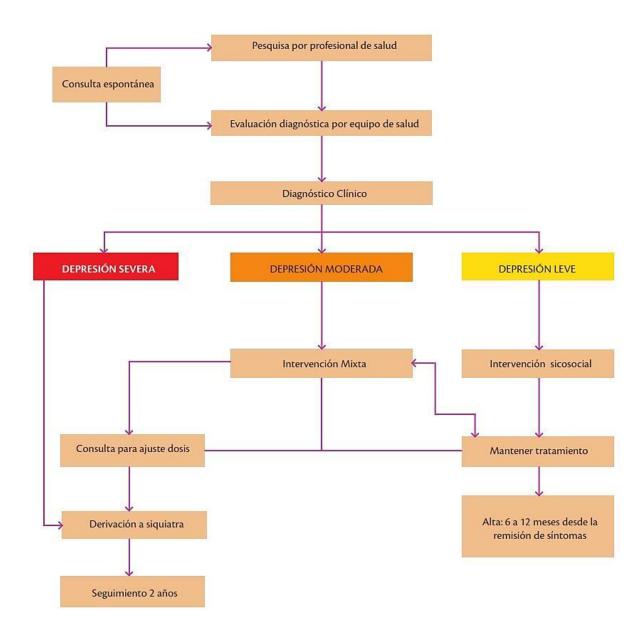
Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, MINSAL, 2013. 2da Edición. Tratamiento: Recomendaciones. 63 – 65, 67, 68 pp.

FLUJOGRAMA SOBRE MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES



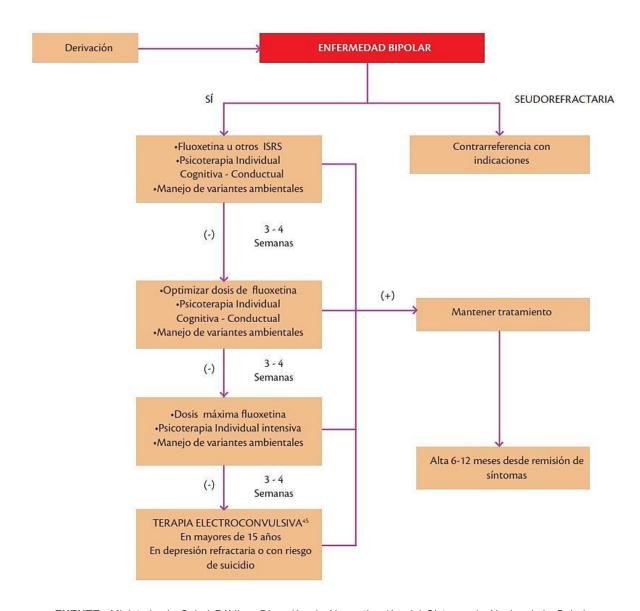
FUENTE: Ministerio de Salud Pública. Dirección de Normatización del Sistema de Nacional de Salud. Protocolo de Atención Integral a Adolescentes. Editorial Poligráfica C.A. Ecuador 2009. Capítulo 4. Protocolos de Salud Mental. Depresión. 130 pp.

FLUJOGRAMA DE TRATAMIENTO DE ADOLESCENTE CON DEPRESIÓN LEVE, MODERADA Y SEVERA



FUENTE: Ministerio de Salud Pública. Dirección de Normatización del Sistema de Nacional de Salud. Protocolo de Atención Integral a Adolescentes. Editorial Poligráfica C.A. Ecuador 2009. Capítulo 4. Protocolos de Salud Mental. Depresión. 128 pp.

FLUJOGRAMA DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN SEVERA O REFRACTARIA A TRATAMIENTO



FUENTE: Ministerio de Salud Pública. Dirección de Normatización del Sistema de Nacional de Salud. Protocolo de Atención Integral a Adolescentes. Editorial Poligráfica C.A. Ecuador 2009. Capítulo 4. Protocolos de Salud Mental. Depresión. 129 pp.

RESILIENCIA EN ADOLESCENTES

A menudo se tiene una imagen del adolescente como alguien que necesariamente se debe mostrar alegre, que se divierta con sus amigos, todo al margen de la realidad y de los problemas, pero esto no es una realidad;³⁰ actualmente el comportamiento adolescente constituye una preocupación de la salud pública, debido a: número creciente de embarazos, matrimonios o uniones libres a temprana edad, participación en la actividad laboral, explotación sexual, participación directa o indirecta de la violencia y el maltrato en todos sus niveles y por la adquisición de enfermedades de transmisión sexual.³¹ Además, las alteraciones del estado de ánimo afectan a este grupo en particular, y la depresión es uno de los trastornos más frecuentes, siendo el problema de salud mental más significativo en este periodo de vida.³²

Es de suponer entonces, que muchos de estos adolescentes, desde la más temprana infancia, se vieron enfrentados de alguna manera a situaciones no propias para su edad, con todos los retos y desafíos personales que esto podría haberles implicado y paralelamente con todos los riesgos para su salud física y mental.³¹ El periodo de la adolescencia demanda en la población infanto—juvenil el uso de estrategias activas de afrontamiento que les permita una mejor adaptación frente una variabilidad de eventos vitales estresantes propia de su edad, es decir: *"la resiliencia"*.³²

Definición

El término de resiliencia se viene estudiando aproximadamente desde los últimos 50 años, su origen proviene del latín de la palabra *"resilio"* que significa *volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar.* ³¹

La definición más aceptada de resiliencia es la de Garmezy (1991): resiliencia es "la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante". ³³

Otra definición que ayuda a una mejor comprensión de la resiliencia es el propuesto por *Grotberg: "capacidad que tiene cada ser humano para hacer frente a la adversidad, superarla y lograr salir fortalecido o transformado."* ³⁴

Características de la resiliencia

Los primeros esfuerzos del estudio sobre la resiliencia se centraron sobre las cualidades personales del *«niño resiliente»*, tales como la autonomía o la alta autoestima. Esto llevó a encontrar que hay tres grupos de factores implicados en el desarrollo de la resiliencia: ³³

- 1. Atributos de los propios niños. 33
- 2. Aspectos de su familia. 33
- 3. Características de su amplio ambiente social. 33

Se puede resumir las características en seis puntos: 1. atributos psicosociales (competencia personal y un sentido del yo), 2. atributos físicos (inteligencia, salud y temperamento), que combinados crean cuatro patrones para la resiliencia: el patrón disposicional, el patrón relacional, el patrón situacional y el patrón filosófico; 3. roles, 4. relaciones, 5. características de solución de problemas y 6. creencias filosóficas. ³³

Perfil de un adolescente resiliente

Una persona puede ser resiliente, puede tener la fortaleza intrapsíquica suficiente y las habilidades sociales necesarias, pero si carece de oportunidades para educarse o trabajar, sus recursos se verán limitados.³⁵ El perfil de un niño o adolescente resiliente está compuesto por cuatro aspectos esenciales: ³⁶

 Competencia social: Incluye cualidades como: estar listos para responder a cualquier estímulo, comunicarse con facilidad, demostrar empatía y afecto, y tener comportamientos prosociales y sentido del humor. ³⁶

- Resolución de problemas: Capacidad para resolver problemas desde la niñez temprana. En la adolescencia, capacidad de jugar con ideas y sistemas filosóficos. 36
- 3. Autonomía: Sentido de la propia identidad, habilidad para poder actuar independientemente y control de algunos factores del entorno. ³⁶
- 4. Sentido de propósito y de futuro: Expectativas saludables, motivación para los logros, sentido de la anticipación y anhelo de un futuro mejor. 36

En el *Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia,* publicado por la *OPS*, se describen, los atributos para ser resiliente: ³⁶

- Atributos personales: control de las emociones y de los impulsos, autonomía, sentido del humor, alta autoestima, empatía, capacidad de comprensión y análisis de las situaciones, cierta competencia cognitiva, y capacidad de atención y concentración.
- Condiciones del medio: seguridad de un afecto recibido por encima de todas las circunstancias y no condicionado, relación de aceptación incondicional de un adulto significativo y extensión de redes informales de apoyo. Además, se plantean una serie de acciones que promueven la resiliencia en las distintas edades y qué pueden hacer los padres en ese sentido. 36

Factores protectores implicados en los procesos de la resiliencia

Alternativamente, la resiliencia puede ser definida como un proceso dinámico de adaptación a una situación de riesgo que implica la interacción entre un rango de factores de riesgo y de protección desde el individuo hasta lo social. ³³

Es necesario definir qué es un factor de riesgo y factor protector, para darle mayor claridad al concepto: ³⁶

 Factor de riesgo: Es cualquier característica o cualidad de una persona, familia o comunidad que está unida a una elevada probabilidad de dañar la salud. ³⁶ - Factor protector: Son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Podemos clasificarlos en externos e internos. Los factores protectores externos son: una familia extensa, apoyo de un adulto significativo, integración social y laboral, etc. Los factores protectores internos son: autoestima, seguridad y confianza en sí mismo, facilidad para comunicarse, y empatía, entre otros. 36

Entonces los factores protectores que podemos encontrar en una persona resiliente se los divide en individuales, familiares, relaciones familiares y extrafamiliares. ³⁷

- 1. Individuales, comprende: buenas habilidades cognitivas (incluyendo las habilidades de atención y resolución de problemas), habilidades de adaptación a diversos contextos sociales, una autopercepción y autoeficacia positiva, fe y sentido de vida, actitud positiva ante la vida, buena autoregulación emocional (incluiría la capacidad de manejar nuestros propios impulsos), sentido del humor y contar con talentos valorados por uno mismo y la sociedad.
- 2. Familiares, que conlleva: contacto cercano con adultos que proporcionan cuidado, tener una autoridad parental positiva, permanecer en un clima familiar positivo, tener una comunicación asertiva y fluida, poseer un ambiente familiar organizado, figuras paternas que presentan factores de resiliencia individual, padres interesados e involucrados en la educación de los niños, y aspectos socioeconómicos y escolares positivos en la familia. 37
- Relaciones familiares y extrafamiliares, que incluye: mantener relaciones cercanas con adultos que muestran una competencia prosocial y proporcionan apoyo, como también compañeros respetuosos de las reglas sociales.³⁷
- 4. Comunales, incentivar la educación en buenas escuelas, fomentar lazos con organizaciones prosociales (escuelas, clubes, ONGs, etc.), pertenecer a comunidades o vecindarios donde se desarrolle un sentido o conciencia

de colectividad, conservar altos niveles de seguridad pública y poseer servicios eficientes de seguridad social y de salud pública. ³⁷

Acciones para promover la resiliencia

Los padres, trabajadores de la salud y educadores pueden ayudar a promover de una manera positiva la resiliencia en los adolescentes, mediante diferentes técnicas: ³⁶

- Estimular las capacidades de escuchar, de expresión verbal y no verbal, y de comunicación. ³⁶
- Fortalecer el manejo de la rabia

 –enojo y de las emociones.
- Reforzar la capacidad de definir el problema, de optar por la mejor solución y de aplicarla cabalmente.
- Ofrecer preparación para enfrentar las dificultades de los cambios escolares y laborales.
- Reafirmar los conceptos de protección familiar y procreación responsable.
- Fomentar la habilidad de reconocer esfuerzos y logros.
- Estimular la capacidad de comunicación afectiva. ³⁶
- Aclarar los roles y favorecer el establecimiento de límites razonables.
- Favorecer la presencia de, al menos, un adulto significativo para el adolescente.³⁶

Estrategias resilientes

Se debe incentivar a los adolescentes al desarrollo de estrategias resilientes, pero se debe tener en cuenta que lo que funciona en algunos casos, resulta ineficaz en otros. ³⁰

Se puede seguir las siguientes estrategias:

 No quedarse solo en el proceso: se debe incentivar al adolescente a hablar con sus amigos o con sus familiares. Los padres pueden aportar su experiencia personal y su conocimiento, ya que demuestran preocupación por el momento difícil que puede estar pasando. Se debe incitar al adolescente a que exprese su opinión, por muy diferente que sea; también sus dudas y miedos, y escuchar la opinión de los adultos. ³⁰

- 2. Darse un margen: cuando algo malo ocurre en la vida de un adolescente, existe una sobrecarga de todas las preocupaciones cotidianas. Además de los problemas propios de la edad, afrontar una circunstancia especialmente estresante afectará sobremanera sus emociones. Se debe estimular a alejarse de lo que representa el factor estresante y así disminuir su intensidad. Tiene derecho a sentirse mal, y poco a poco irá reduciendo la presión de sus sentimientos hacia sí mismo y hacia los demás. 30
- 3. Diseñar un espacio "Libre de Problemas": puede sugerírsele la idea de convertir su habitación en un espacio para descansar del problema, eliminar todo aquello que se lo recuerde y seleccionar bien a las personas que pueden compartir con él ese espacio, y no hablar de preocupaciones en ese lugar. Recordarle siempre que sus familiares pueden sentir la necesidad de compartir en él más tiempo en una situación estresante o catastrófica, por lo tanto debe contar con ellos en todo momento y permitir que compartan su "zona libre de problemas". 30
- 4. Ajustarse al programa: es imprescindible que el adolescente se mantengas ocupado la mayor parte del tiempo. Permitir salida con sus amigos, pero con acuerdos mutuos; acudir a clase y decidirse a no faltar a ninguna actividad escolar; o practicar alguna actividad deportiva. Pero también debe seguir practicando sus rutinas cotidianas, para que exista el sentimiento de satisfacción al hacer algo que realmente le gusta y reconforta. En momentos de mayor estrés, indicarle realizar un programa de actividad y cumplirlo al 100%, evitando así pensamientos que puedan devolverlo al problema que pueda estar enfrentando en esos momentos.

- 5. Cuidarse en todos los aspectos: tanto física como mentalmente, y no abandonar el cuidado de su imagen personal. Indicarle que procure mantener un patrón de sueño estable, dormir lo necesario y de manera ordenada o evitar dormir más de la cuenta, ya que ambos extremos producen malestar y disminuyen su capacidad de afrontamiento. Tampoco debe descuidarse de su alimentación y evitar como regla conductas poco saludables, como iniciar el consumo de alcohol, tabaco o drogas. 30
- 6. Tomar el control de la situación: Incluso en los peores momentos se puede impulsar al adolescente a marcarse metas realistas como pequeños logros cotidianos que le permitan avanzar. El mero hecho de levantarse de la cama y acudir a clase, aunque no sea capaz de rendir, puede ser muy valioso. En los malos momentos, puede parecerle que se perderá el control sobre su propio bienestar, por lo tanto deberá animarlo a que actúe con decisión y podrá recuperarlo en alguna medida. 30
- 7. Expresión de sus sentimientos: las situaciones traumáticas generan un gran número de sentimientos conflictivos, por lo tanto debe indicársele que procure dar salida a sus emociones, ya que a veces, resulta muy difícil sacar algo tan intenso y tan negativo, no es capaz de hablar de ellos, cuando esa podría ser una solución para aliviar un poco la presión que estuviera sintiendo en ese momento. Incitar a que encuentre una forma de expresión alternativa, por ejemplo: intentar escribir, crear algo, dibujar, o plasmar lo que siente a través de cualquier forma de expresión. 30
- 8. Ayudar a los demás: ayudar a solucionar los problemas de los otros, puede ser incentivador para el adolescente y hacerlo olvidar por un momento de su propio problema; o comparar la intensidad del mismo y compararlo con el suyo, ya que si el problema de otras personas es mucho mayor, tendrá una percepción diferente del mismo. Se puede sugerirle que ayude a sus compañeros con sus tareas o colaborar como voluntario en cualquier ámbito. 30

- 9. Intentar ver las cosas con perspectiva: es posible que las circunstancias que le han hecho sentirse tan desolado, sean, en un primer momento, el tema central de todo su entorno. Pero las cosas cambian y los malos tiempos acaban. Siempre se debe recordarle situaciones de su pasado reciente, en las que era capaz de afrontar otras dificultades o las estrategias que le permitían sentirte mejor. Por lo tanto, siempre que el adolescente hable de los malos, también debe hablar de los buenos, para así comparar alguna ocasión en la que fue capaz de afrontar con tranquilidad algo que a los demás les resultó mucho más difícil. Puede sugerírsele que inicie técnicas de relajación, para un mejor control de emociones negativas. 30
- 10. Controlar la información: evitar hablar del problema actual que aqueja al adolescente, explicarle que todo aquello que le recuerde intensamente la situación traumática, y repasar una y otra vez estos estímulos, sólo aumenta el grado de malestar. 30

CAPÍTULO III SUICIDIO EN ADOLESCENTES

La principal consecuencia destacada por varios autores en la literatura sobre depresión, es el suicidio, el cual se pronostica que aumentará a nivel mundial, en los próximos años en todas las edades. ²

DEFINICIÓN

La OMS define el **suicidio** como "un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados"; y el **parasuicidio**, como "un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se auto-lesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico." ²⁷

Para entender los conceptos y la terminología acerca del suicidio, se debe realizar una distinción entre: ²⁷

Conducta Suicida: espectro de conductas con fatal desenlace o no, que incluyen tentativa de suicidio o suicidio. ²⁷

Ideación suicida: pensamientos que pueden variar desde ideas como que la vida no merece la pena, hasta planes bien estructurados sobre cómo morir o intensas preocupaciones autolesivas. ²⁷

Amenaza suicida (gesto): Acto de alto contenido emocional, que no ocasiona ninguna lesión al paciente. *"Intento de intento de suicidio".* ³⁸

Tentativa de suicidio: se realiza un acto que no produce la muerte del individuo pero sí que le produce algún tipo de injuria o lesión física. Este comprende: ³⁸

- Suicidio frustrado o intento de suicidio muy grave: consciente y libremente se infringe la muerte sabiendo las consecuencias, pero el ambiente (hecho imprevisible) cambia el fin. "Suicidio consumado in vivo". 38
- Intento de suicidio (en sentido estricto): de gravedad moderada pero que no llega a comprometer la vida. 38
- Parasuicidio o intento de suicidio leve: sin una clara finalidad suicida, ocasiona lesiones físicas banales.³⁸

Suicidio: ya definido en párrafos anteriores.

EPIDEMIOLOGÍA.

A nivel Mundial.

La depresión está asociada peligrosamente con el riesgo de suicidio, ⁹ y produce a nivel mundial más muertes que las guerras, el SIDA o la enfermedad isquémica cardiaca. Las conductas suicidas en niños y adolescentes se definen como "la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo o la muerte". Se puede entender como un espectro que abarca a las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos o tentativas suicidas) y los suicidios consumados o completados. En Estados Unidos, 30.000 personas se suicidan cada año y medio millón hacen un intento serio que necesita ser atendido en un servicio de urgencias, aunque la mayoría de los suicidios se pueden prevenir. Estudios mundiales indican que entre el 2 al 10% de adolescentes han intentado suicidarse, y muchos dicen que lo han intentado varias veces. Estudios demuestran que los padres suelen subestimar seriamente la intensidad de depresión de sus hijos. ¹⁰

A nivel Regional.

En el Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), desde el año 2000 al 2005 los suicidios aumentaron en un 73,5%. En Ecuador, el fenómeno ha ido en aumento, según reportes estadísticos de la Policía Nacional y el INEC. Mientras en 1995, la tasa de suicidios era de 4,8 en un total de 100 mil personas, en el 2005 esa cifra aumentó a 6,5. Un estudio de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso), indica que las provincias con la tasa más altas de suicidios son Azuay, Cañar, Carchi, Imbabura, Pichincha y Morona Santiago. Precisamente Azuay, Cañar y Pichincha son poblaciones donde se registra una alta emigración en relación a otras provincias. La Cruz Roja señala que cada año este organismo atiende unas 400 tentativas de suicidio. Sólo en el 2007, en Pichincha, la Policía Judicial registró 139 suicidios y entre el 25 y 30% de los fallecidos eran adolescentes. ³⁹

Los adolescentes deprimidos son poco identificados por sus padres, no buscan ayuda en ellos y son resistentes a consultar a un profesional de la salud. Cuando acuden para atención médica, lo hacen por manifestaciones somáticas. Por dichas razones, este grupo se vuelve vulnerable al no tener identificados sus problemas emocionales, que tal vez no podrán resolverse de forma espontánea y dificultarán el desarrollo psíquico normal. ²⁰

FACTORES DE RIESGO

Son de diferente naturaleza y aunque se desconoce el peso de cada uno por separado y las interacciones que puedan establecer entre sí, hay cierto consenso sobre los que a continuación se relacionan: ²⁷

1. Factores individuales:

 Depresión: la presencia de sintomatología depresiva aumenta el riesgo en ambos sexos, y se observa que los trastornos depresivos están

- presentes en el 49%-64% de los adolescentes que se suicidan y que es la patología más. ²⁷
- Otros trastornos mentales: Cerca del 60% de niños y del 90% de los adolescentes con conducta suicida, se asocia a otros trastornos afectivos, abuso de sustancias, conducta antisocial, esquizofrenia, y trastorno bipolar, trastornos de la personalidad.²⁷
- Factores psicológicos: rigidez cognitiva, déficit de habilidades de resolución de problemas, estar más centrado en el presente que orientado al futuro, neuroticismo, patrones de apego problemáticos.²⁷
- Intento de suicidio previo: el 50% de los adolescentes que llevan a cabo un intento de suicidio serio han cometido al menos un intento previo.²⁷
- Edad: Antes de la pubertad, tanto el suicidio como la tentativa son excepcionales, posiblemente debido a la inmadurez cognitiva que dificulta la ideación del plan y su ejecución y a que algunos niños pueden no apreciar el suicidio como un hecho irreversible.²⁷
- Género: en general el suicidio es más común en varones, pero las mujeres realizan más intentos de suicidio.²⁷
- Factores genéticos y biológicos: la disminución de ácido homovalínico (precursor de la dopamina) en el líquido cefalorraquídeo, cambios en el metabolismo de la serotonina y la presencia de polimorfismos en el gen de la triptófano hidroxilasa se relacionan con la conducta suicida; en cambio, los marcadores GRIK2 y GRIA3, localizados en genes que codifican los receptores ionotrópicos del glutamato, se han asociado con la ideación suicida.²⁷

2. Factores familiares y contextuales:

- Psicopatología de los progenitores: historia familiar de suicidio, la psicopatología y el abuso de tóxicos de los padres.²⁷
- Estructura o funcionamiento familiar: vivir apartado de los dos padres; sin embargo, no se encontró asociación con la muerte de uno o ambos padres.
- Acontecimientos vitales estresantes. ²⁷

- Factores sociales y nivel educativo: el bajo estatus socioeconómico asociado a bajo nivel educativo o a rendimiento académico bajo.²⁷
- Exposición a casos de suicidio cercanos o a determinado tipo de información en los medios de comunicación sobre suicidios.²⁷
- Red social: relaciones pobres o deficitarias con el grupo de iguales, problemas en la relación con los iguales e intentos de suicidio, dificultades sentimentales en mujeres adolescentes, sobre todo en las de menor edad.²⁷

3. Otros factores:

- Maltrato físico o abuso sexual: los niños sometidos a situaciones de abuso físico y sexual tienen alta incidencia de conducta suicida. El abuso sexual está relacionado con trastornos psicopatológicos.²⁷
- Orientación sexual.²⁷
- Bullying. ^{27|}

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO SUICIDA.

Es fundamental preguntar a todos los pacientes depresivos sobre el suicidio.²⁵ Es largamente reconocido que identificar oportunamente el riesgo suicida es una de las medidas más importantes para la prevención. ²⁹

La atención a una persona con riesgo suicida exige profesionales con un buen nivel de formación y de entrenamiento en el manejo de toda la conflictividad asociada al suicidio. Los profesionales deben recordar que cada intento de autolisis puede tener motivaciones diferentes, y que en personas que realizan múltiples intentos, cada uno de ellos debe ser considerado separadamente. ⁴⁰

La identificación del riesgo puede ser realizada por cualquiera de los profesionales de los dispositivos de Salud Mental, correspondiendo la evaluación clínica al psiquiatra y/o psicólogo, por lo que la evaluación y la documentación de la ideación suicida se convierten en componentes fundamentales de cualquier evaluación psiquiátrica. 40

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO SUICIDA.

Se clasifica en:

- 1. Riesgo Leve: hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse año. No hay intención evidente aunque si hay ideación suicida. La persona es capaz de rectificar su conducta y hacerse autocrítica. 29
- 2. Riesgo Moderado: existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales. Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro. 29
- 3. Riesgo Grave: hay una reparación concreta para hacerse un daño. Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas.²⁹
- 4. Riesgo Extremo: varios intentos de auto eliminación con varios factores de riesgo, pueden estar presente, como agravante, la autoagresión. 29

EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA.

El objetivo de la evaluación es estimar el riesgo de suicidio, para realizar un plan de intervención y tratamiento que garantice la seguridad de la vida del o de la paciente. La valoración del riesgo suicida es una de las más difíciles en la práctica psiquiátrica, no sólo debido a la existencia de falsos positivos y negativos, sino también por la ansiedad que genera en el evaluador. ⁴⁰

Exploración Psicopatológica

Se debe observar el aspecto y comportamiento general del paciente como su apariencia, higiene, vestimenta, expresión facial, actividad motora, reacciones o comportamientos, etc. Si el contacto visual es suficiente o insuficiente, abordable o inabordable; si se encuentra orientado en tiempo y espacio; si presenta alteraciones de la atención, concentración, memoria y fondo de conocimientos y cálculos apropiados a su nivel de estudio.⁴⁰

Se debe evaluar el habla y el lenguaje del paciente, si habla con rapidez, su ritmo, y su estructura; la rapidez de movimientos y presencia o no de movimientos o posturas involuntarias, repetitivas o poco comunes. 40

Algo muy importante es diagnosticar las alteraciones sensoperceptivas, es decir, presencia de alucinaciones, pseudoalucinaciones, alucinosis, ilusiones, etc. Si existen ideas de muerte, suicidas, pesimistas, sobrevaloradas, de minusvalía, de culpa, de autolesión; impulsos suicidas o un bajo nivel de tolerancia a las frustraciones. ⁴⁰

ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

En general, los instrumentos psicométricos que evalúan el riesgo suicida, podrían ser útiles para los profesionales que tienen contacto cotidiano con los niños y adolescentes. ²⁷

Se puede utilizar los siguientes: 27

- Cuestionario de Riesgo de Suicidio: o Risk of Suicide Questionaire (RSQ). Desarrollado por Horowitz en 2001 para detectar la conducta suicida en niños y adolescentes por parte de personal no especializado. Su versión original en inglés demostró una alta sensibilidad y especificidad. En su versión en castellano se encontró una moderada consistencia interna y una correlación moderada-alta. Consta de 14 preguntas tipo Lickert de 7 puntos (a mayor puntuación, mayor riesgo suicida) y existe una versión breve con tan solo cuatro ítems, que son aquellos que tienen relación con la conducta suicida actual, ideación suicida pasada, conducta autodestructiva pasada y factores estresantes actuales.²⁷
- Escala de Desesperanza de Beck: es un instrumento diseñado para medir el grado de desesperanza, como un esquema cognitivo de expectativas negativas hacia el futuro inmediato y a largo plazo. Ha sido utilizado como indicador indirecto de los intentos de suicidio en adolescentes y ha resultado ser un instrumento válido, con alta

- consistencia interna y estabilidad temporal. Consta de 20 preguntas de verdadero o falso y ha sido adaptada y validada en castellano. ²⁷
- Inventario de Orientación Suicida (ISO-30): que fue diseñada por King y Kowalchuk (1994) y adaptada para ser empleada en adolescentes de Buenos Aires, Argentina (Casullo, 1997). Evalúa la orientación suicida del examinado. Consta de 30 ítems formulados en forma positiva y negativa (directos e inversos) que se responden según una escala Likert. Arroja una puntuación total que permite clasificar al sujeto en tres categorías de riesgo suicida: Bajo Riesgo Suicida (< 31 puntos), Riesgo Moderado (31 a 44 puntos) y Alto Riesgo Suicida (≥ 45 puntos). Además, seis de los reactivos se consideran críticos (numerados como 5, 10, 15, 20, 25 y 30): ello significa que, independientemente de la puntuación obtenida, la presencia de tres o más de estos elementos respondidos con 2 ó 3, puede implicar la existencia de riesgo elevado. ⁴¹

ASPECTOS DEL TRATAMIENTO

Se siguen los siguientes pasos:

Evaluación

Una vez que el niño o adolescente ha contactado con el sistema sanitario, bien a través de un servicio de urgencias o de la propia atención primaria, es necesario realizar una valoración psiquiátrica y psicosocial in situ. ²⁷

Para valorar un intento de suicidio, es importante tener en cuenta aspectos como el método utilizado y su gravedad médica, grado de planificación de la conducta suicida y la accesibilidad a métodos. También es importante diferenciar entre las autolesiones que se producen de forma impulsiva, de aquellas de alta letalidad y planificación, así como la existencia o no de arrepentimiento posterior. ²⁷

Sobre la ideación suicida es necesario indagar acerca de aspectos como el momento de inicio y evolución, el esfuerzo realizado para no ser descubierto, la formulación de planes específicos, la motivación o intencionalidad de la conducta y sentimiento de desesperanza. ²⁷

Criterios de hospitalización

Para determinar cuándo es necesaria la hospitalización es importante realizar una evaluación del paciente en su contexto y los sistemas de apoyo disponibles. Se considera que la hospitalización es necesaria cuando el paciente presenta varios factores de riesgo y cuando el apoyo en la comunidad es limitado. ²⁷

Algunos de estos factores que podrían orientar acerca de la necesidad de hospitalización en jóvenes con conducta suicida son: agitación, manía o agresividad, intoxicación, difícil manejo ambulatorio, trastorno psicótico agudo o ideación delirante, depresión psicótica, trastorno bipolar con irritabilidad e impulsividad, consideraciones médico-legales, historia familiar de suicidio, sexo masculino, historia de intentos de suicidio previos, abuso de tóxicos y dificultades familiares (supervisión o cuidados inadecuados). ²⁷

Seguimiento ambulatorio del paciente

Antes de dar el alta al paciente, es conveniente realizar una evaluación de la gravedad de la ideación y/o el intento de suicidio e informar a la familia acerca del posible efecto desinhibidor de las drogas y el alcohol, el cuidado de no tener al alcance del adolescente sustancias tóxicas o armas de fuego. ²⁷

Se recomendará que siempre haya en casa una persona y se explicará la importancia de realizar un seguimiento del paciente. ²⁷

Una vez que el paciente es dado de alta en el servicio de urgencias, es importante realizar un seguimiento por parte de los profesionales de atención

primaria y por un profesional de salud mental infanto-juvenil en el plazo de 7 a 10 días. Además, debido a que el estado de salud mental e ideación suicida pueden fluctuar considerablemente en cortos períodos de tiempo, es recomendable que se reevalúe regularmente, sobre todo si sus circunstancias cambian. ²⁷

Psicoterapia

Las terapias más empleadas en este ámbito son la terapia cognitivo—conductual y sus variantes, como la terapia dialéctico-conductual (TDC). Otras terapias como la interpersonal, la terapia familiar y grupal, también se utilizan, pero existen menos estudios que hayan analizado su eficacia. ²⁷

La efectividad de la TIP, aunque también de otras psicoterapias, depende de la capacidad del niño o adolescente para establecer una alianza terapéutica, puesto que de ella depende que el paciente informe de manera exhaustiva acerca de su ideación suicida. ²⁷

En cuanto a la terapia de apoyo y a la terapia familiar sistémica, existe evidencia de que en comparación con la TCC, la terapia que obtuvo peores resultados fue la terapia de apoyo, por lo que no debería utilizarse como único tratamiento en adolescentes con depresión e ideación suicida. ²⁷

Tratamiento farmacológico

Desde que en la década de los noventa se empezó a relacionar la ideación y conducta suicidas con la utilización de antidepresivos de nueva generación, y se analiza el balance beneficio/riesgo favorable para el uso de fluoxetina en la depresión infanto-juvenil. ²⁷

El uso de la fluoxetina en la depresión mayor del niño o adolescente deberá plantearse bajo las siguientes condiciones: ²⁷

- En depresión moderada a grave. ²⁷
- En adolescentes y niños de 8 años o más.
- Si la depresión no responde a terapia psicológica después de 4-6 sesiones.
- En combinación con terapia psicológica.
- A una dosis inicial de 10 mg/día, la cual puede incrementarse a 20 mg/día tras 1-2 semanas de tratamiento.²⁷
- Vigilando el comportamiento suicida estrechamente, especialmente durante el inicio del tratamiento.²⁷
- Considerando que si no se obtiene beneficio clínico al cabo de 9 semanas se debe reevaluar el tratamiento.²⁷

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Se sugieren las siguientes directrices: ²⁷

- 1. Intervenciones en el ámbito escolar: el objetivo central de los programas de prevención del suicidio en este ámbito, es optimizar el funcionamiento de los estudiantes y mejorar su calidad de vida. El cribado sobre depresión, ideación suicida y conducta suicida previa es un buen método para reconocer adolescentes de alto riesgo, con un buen coste/efectividad. Uno de los problemas que plantea la realización de este cribado son los falsos positivos, que requerirían una segunda evaluación para reconocer el riesgo real. 27
- 2. Diagnóstico precoz: actualmente está ampliamente reconocido que la identificación oportuna del riesgo suicida puede y debe ser una de las medidas más importantes para su prevención. El profesional de atención primaria debe indagar sobre factores contextuales, individuales y acontecimientos vitales estresantes que puedan suponer un distrés psicológico. Para ello es muy importante la formación de todos los clínicos que trabajan con niños y adolescentes, no solo a los de salud mental, sobre cómo reconocer y referir a un paciente que presente riesgo de conducta suicida, puesto que este diagnóstico precoz tiene un gran impacto sobre el suicidio. 27

Sin embargo, es frecuente que el riesgo suicida no se detecte, en especial en población infantil y adolescente. Existe el problema de que muchos profesionales de primaria perciben que no están lo suficientemente formados en el reconocimiento y tratamiento de niños o adolescentes con conducta suicida. ²⁷

- 3. Prevención en pacientes con trastornos mentales: la intervención en niños o adolescentes con patologías mentales puede disminuir el riesgo de conducta suicida. Para ello sería necesario realizar un diagnóstico que determinase las estrategias de intervención adecuadas, tener especial atención con los trastornos comórbidos, necesidad de revisar de forma regular la sintomatología depresiva, ideación suicida y presencia de algún acontecimiento vital estresante, puesto que el riesgo de suicidio puede variar durante el tratamiento.
- 4. Otras estrategias de prevención: medios de comunicación: existe evidencia de que algunas formas de cobertura periodística y televisiva del suicidio están asociadas a un aumento de las tasas de suicidio estadísticamente significativo; este impacto parece ser mayor entre los niños y adolescentes. Tratar este tema en los medios de una forma correcta puede ayudar a prevenir la imitación del comportamiento suicida, mientras que una cobertura repetitiva y continua del suicidio tiende a inducir y a promover pensamientos suicidas, particularmente entre los adolescentes. ²⁷

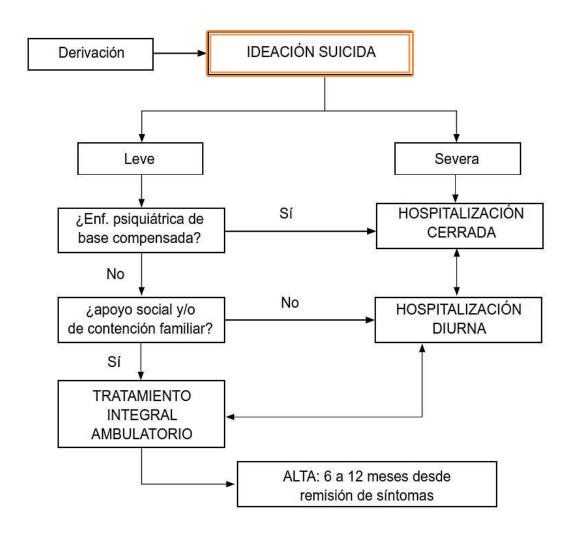
Para la OMS, los medios de comunicación pueden jugar un papel proactivo en la prevención del suicidio publicando las noticias de manera adecuada y ofreciendo la siguiente información: ²⁷

- Lista de servicios de salud mental y líneas telefónicas de ayuda disponibles con números telefónicos y direcciones actualizados.
- Ofrecer información sobre las señales de advertencia del comportamiento suicida.²⁷

- Transmitir mensajes sobre la frecuente asociación entre la depresión y el comportamiento suicida, y que la depresión es una condición tratable.²⁷
- Ofrecer un mensaje de solidaridad a los allegados, proporcionando números de teléfono de los grupos de apoyo disponibles.²⁷

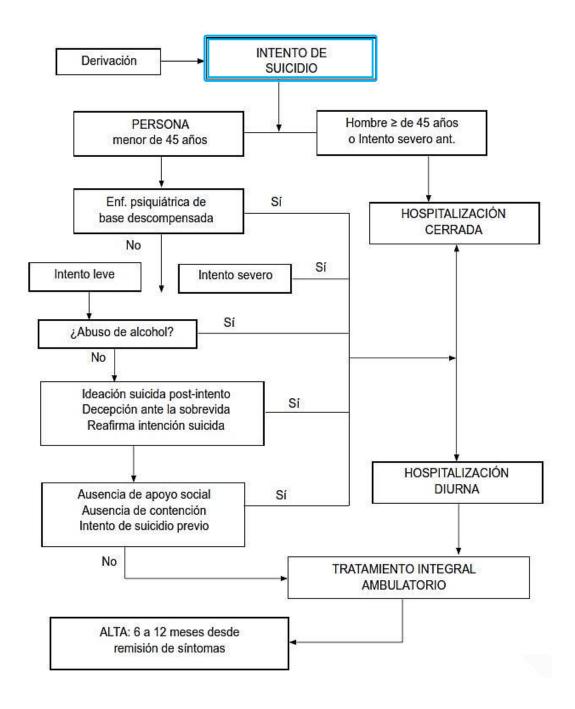
Esto aumenta la probabilidad de que profesionales en salud mental, amigos y familiares intervengan en los programas de prevención destinados a este fin. ²⁷

ALGORITMO SOBRE CONDUCTAS A SEGUIR EN PERSONAS CON DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA.



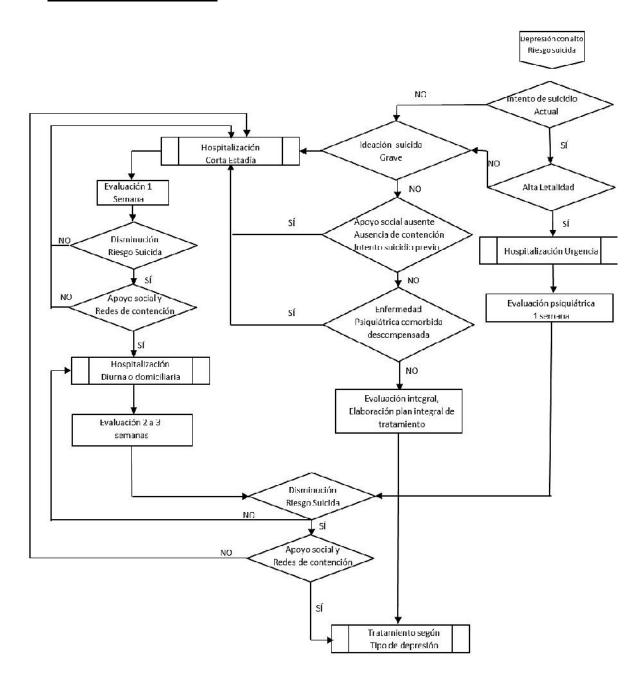
FUENTE: Ministerio de Salud. Guía Clínica. Serie de Guías Clínicas Minsal N°XX. 1era Edición. Santiago, Minsal, Chile 2006. Algoritmo 6. Conductas a seguir en personas con Depresión e Ideación Suicida. 38 pp.

ALGORITMO SOBRE CONDUCTAS A SEGUIR EN PERSONAS CON DEPRESIÓN E INTENTO DE SUICIDIO



FUENTE: Ministerio de Salud. Guía Clínica. Serie de Guías Clínicas Minsal N°XX. 1era Edición. Santiago, Minsal, Chile 2006. Algoritmo 5. Conductas a seguir en personas con Depresión e Intento de Suicidio. 37 pp.

FLUJOGRAMA DE MANEJO DE LA PERSONA CON DEPRESIÓN CON ALTO RIESGO SUICIDA



FUENTE: Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, MINSAL, 2013. 2da Edición. Flujograma 5. Manejo de la persona con Depresión con Alto Riesgo Suicida. 9 pp.

CAPÍTULO IV <u>HISTORICIDAD DE LAS INSTITUCIONES</u>

Se hace necesario realizar un recuento de la historia de las dos instituciones participantes en este estudio, las cuales son *Instituto Tecnológico Superior* "Daniel Álvarez Burneo" y la Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"

INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"

El Instituto Superior Tecnológico Daniel Álvarez Burneo tiene su origen en el legado del filántropo lojano, Don Daniel Álvarez Burneo, quien el 28 de julio de **1936** firmó su histórico testamento, en el cual hace la donación de sus bienes para la educación lojana. ⁴²

La cláusula decimoquinta sintetiza el objetivo de su donación: 42

"Dejo el remanente de mis bienes al Concejo Cantonal de Loja, para que los invierta en la fundación de uno o más establecimientos de beneficencia a favor del pueblo pobre urbano y rural..." 42

Para dar cumplimiento a la voluntad de Don Daniel Álvarez Burneo, La Ilustre Municipalidad de Loja y la Junta Administrativa del Asilo Daniel Álvarez Sánchez se reunieron el 30 de junio de **1938** y, resolvieron la creación de un establecimiento educativo que se denominaría *Instituto Técnico de Artes e Industrias "Daniel Álvarez Burneo".* El 25 de enero de **1939** se organizó el *Consejo de Administración* de este establecimiento, pero no se concretó la fundación indicada. ⁴²

Las Juntas de los diversos establecimientos creados por el testamento de Daniel Álvarez Burneo tuvieron vigencia hasta 1944. En este año, según

Decreto Ejecutivo N° 680 del 30 de agosto de **1944**, se estableció en forma legal la **Fundación Álvarez** cuyo objetivo era el de integrar en una sola administración y responsabilidad el funcionamiento de los diversos institutos que habían sido implementados en cumplimiento del testamento. ⁴²

A raíz de este decreto, la *Junta Central de la Fundación Álvarez* decidió crear una *Casa de Artes y Oficios* que se denominaría *Daniel Álvarez Burneo*; con esta finalidad firmó un contrato con la Comunidad Salesiana para la construcción del edificio, pero por diferentes razones la institución proyectada no llegó a funcionar. ⁴²

En **1947** y, debido a que no fue posible instalar la Casa de Artes y Oficios, la Junta resolvió sancionar definitivamente la creación del *Instituto Técnico Industrial y Agrícola "Daniel Álvarez Burneo"*, que ya se había propuesto en **1938**. 42

El Instituto indicado, bajo la dirección de los Hermanos de la Salle, inició sus actividades el año **1953**, con 22 estudiantes. Pero, en marzo de **1954** sobrevino una situación delicada por el problema con el Perú y el local del establecimiento se convirtió en cuartel. ⁴²

En 1961, y ante los problemas suscitados por la invasión de los socios de la Cooperativa de Vivienda 18 de Noviembre a los predios de la Fundación Álvarez, el Gobierno Nacional dictó el *Decreto Ley de Emergencia N.º 015* del 27 de marzo de 1961, el mismo que fue modificado por el Congreso Nacional el 16 de septiembre del mismo año. Este Decreto faculta a la *Junta Administrativa de la Fundación Álvarez* para que pueda enajenar sus bienes comprendidos dentro del Plan Regulador de Loja, con la finalidad de que ellos se puedan realizar programas de vivienda barata. A cambio de esta enajenación de bienes, en el Art. 3 del decreto se establece el funcionamiento del *Instituto Técnico Industrial y Agrícola "Daniel Álvarez Burneo".* 42

El 16 de junio de **1962**, mediante *Resolución Ministerial N.° 1391*, se autoriza el funcionamiento definitivo del *Instituto Técnico Industrial y Agrícola "Daniel Álvarez Burneo"*, que comenzó sus labores en octubre de **1962** con 64 alumnos y las especialidades de Mecánica, Carpintería y Agricultura. El Instituto se inició con el carácter de artesanal y bajo la dirección del Ing. Alfonso Valdivieso Carrión. ⁴²

El 26 de mayo de **1965**, la *Comunidad Marista* se hizo cargo de la administración *del Instituto Técnico Industrial y Agrícola "Daniel Álvarez Burneo"*, mediante un contrato firmado entre la H. Junta Central de Obras Filantrópicas de Loja y AME *(Asociación Marista Ecuatoriana)*, la cual designó como Director del establecimiento al **Hno. Santiago Fernández García**, hombre inspirado por Dios para interpretar, comprender y cristalizar los deseos del insigne benefactor y filántropo Don Daniel Álvarez Burneo. Santiago Fernández García se fijó metas claras, precisas, definidas para iniciar y proyectar el crecimiento y desarrollo de nuestro Instituto, enraizándolo en el corazón y en el alma de todos los lojanos y dándole una dimensión histórica indiscutible. ⁴²

El 3 de octubre de **1966**, y mediante *Resolución Ministerial N.° 2213*, el *Instituto Artesanal* se convirtió en *Instituto Técnico* y se incorpora al *Plan de Reforma Educativa Nacional (que comprendía el establecimiento de los ciclos básico y diversificado)*. Se autoriza, entonces, el funcionamiento del primer curso del *Ciclo Básico* con las *Opciones Prácticas de Agricultura y Artes Industriales*, el *Bachillerato Industrial* para las especialidades de *Carpintería* y *Mecánica Industrial* y el *Bachillerato Agronómico* con la especialidad de *Agropecuaria*; y en **1968** egresa la Primera Promoción de Bachilleres, integrada por 19 estudiantes. ⁴²

Con la dirección de la Comunidad Marista, el Instituto va progresando rápidamente, tanto en lo académico como en lo material. 42

El 29 de junio de **1972**, mediante *Acuerdo Ejecutivo Nº 516*, adquirió la categoría de experimental, bajo la denominación de *Instituto Técnico Experimental Daniel Álvarez Burneo*. ⁴²

El 20 de octubre de **1980** por *Decreto Ejecutivo Nº 15225* adquirió la categoría de Técnico Superior, con el nombre de *Instituto Técnico Superior Daniel Álvarez Burneo*, facultándole el funcionamiento del Posbachillerato en Mecánica Industrial. ⁴²

El 24 de noviembre de **1993**, mediante *Acuerdo Ministerial Nº 6177*, el *Instituto Técnico Superior "Daniel Álvarez Burneo"* es declarado *Establecimiento Piloto en Unidades Educativas de Producción Agropecuaria.* 42

El 26 de septiembre del **2001**, el CONESUP, conforme a lo dispuesto en el *Art.* 13, literal d), de la Ley Orgánica de Educación Superior, registró al *Instituto* **Técnico Superior "Daniel Álvarez Burneo"** con el *Nº 11-003* y aprueba las Tecnologías en Industria de Alimentos, Sistemas Informáticos, Mecánica Industrial y Contabilidad Computarizada. 42

En la actualidad el *Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo"*, gracias al trabajo integral de toda la comunidad educativa se ha convertido en uno de los principales centros educativos de la región sur del país, reconocido a nivel nacional por los logros de sus egresados. ⁴²

UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE"

La obra Lasallana se establece en el Ecuador a partir del 28 de Febrero de 1863. 43

A fin de que las fundaciones sean seguras, García Moreno delegó oficialmente al **Hermano Yon José**, para que busque la convivencia de alguna posible fundación en las Provincias, y le da plenos poderes para que escogiera locales, trace planos y haga listas de todo lo necesario. ⁴³

Siguiendo su travesía, a mitad de noviembre de 1870, el Hermano Yon José, arriba a Loja y se entrevista con sus entusiastas y comprensivas autoridades. 43

En su compañía, inspecciona la casa elegida para la Escuela de los Hermanos, hace oportunas observaciones acerca del inmueble, indica las refacciones necesarias, y les entrega las listas de los útiles más indispensables para la educación. ⁴³

El entusiasmo del Gobierno por abrir nuevas Escuelas es admirablemente contribuido por el excelente patriota y Gobernador, Dr. Manuel Eguiguren, quien prometió alistar el edificio para el mes de agosto, mas todo lo necesario para poder iniciar el año escolar. ⁴³

Con inexpresable júbilo de la ciudad, la Escuela de Loja se funda el 22 de octubre de **1871**, y comienza a funcionar con 210 alumnos en un amplio edificio antiguamente construido con fondos provenientes del legado beneficio del Dr. Bernardo Valdivieso. ⁴³

Las clases de la época fundacional fueron muy saturadas: el Hermano León, Director y profesor de la *"Gran Clase"* enseña a 100 alumnos; en la *"Segunda"*, el Hermano Benigno se desempeña con 135; en la *"Tercera"*, el Hermano Calixto educa a 180. ⁴³

Tras doce años de ausencia el 19 de septiembre de **1907**, los Hermanos retornan a la acogedora ciudad de Loja. Encabezados por el Hermano Visitador, Imonís, llegan los Hermanos: Viton Antonin (Director) Génes Marie, Cirilo y Bernardo José, cooriendo con los gastos Monseñor José Antonio Eguiguren, el ilustrísimo Señor Obispo de Loja, quien tanto había instado para que retornaran los Hermanos. ⁴³

El 21 de Octubre de **1907**, se funda nuevamente la escuela con 300 alumnos. Asimismo, y luego de pasar por algunas dificultades, los Hermanos aceptan impartir la educación media en la ciudad de Loja en el *Colegio "La Dolorosa"*,

hasta fundar el *Colegio "La Salle"*, el cual gracias al apoyo del Congreso y otras Instituciones, comienza a funcionar con el Primer curso en **1963**, bajo la regencia de Hno. Rector Juan Nepomuceno *(Luis Santander)*. ⁴³

"Al año siguiente, las autoridades eclesiásticas urgen a los Hermanos de La Salle para que se hagan cargo del Colegio "La Dolorosa" ante el retiro de los Padres Lazaristas del Seminario. Aceptadas las condiciones durante algunos años, los Hermanos regentarán dicho establecimiento". ⁴³

Actualmente, la Comunidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle" es un centro educativo de tipo particular–católico, ubicada en el sector centro oriental urbano de la ciudad de Loja, a orillas del río Zamora y cuenta con 1684 alumnos, distribuidos en sus dos secciones: 1393 en la sección matutina y 291 en la sección vespertina. ⁴³



MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN: La presente investigación es cuali-cuantitativa de

carácter descriptivo relacional.

UNIVERSO: Estudiantes de los colegios: Unidad Educativa "José Antonio

Eguiguren" La Salle y el Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo"

MUESTRA: Alumnos de 1ero de Bachillerato de los colegios seleccionados,

que representan en total seiscientos veinte y uno estudiantes, quedando

reducida a doscientos cinco estudiantes que cumplen los siguientes criterios de

inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

Adolescentes entre las edades de 15 a 16 años.

Alumnos matriculados en 1er año de Bachillerato y que asisten

normalmente a clases de los colegios mencionados.

Criterios de exclusión:

Alumnos con antecedentes familiares y personales de trastornos

psiquiátricos.

Alumnos que se encuentren actualmente en terapia psiquiátrica y que

consuman antidepresivos como tratamiento para trastornos psiquiátricos.

Alumnos que no deseen voluntariamente participar en el estudio.

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

o Variable independiente: Depresión.

Variables dependientes: Riesgo de Suicidio.

Variables Intervinientes: Edad y Sexo.

83

TIPO DE MUESTREO: Es un muestreo no probabilístico ya que no se usa el azar, sino según el criterio del investigador, es decir, se decide si la muestra es o no representativa; de carácter intencional ya que los elementos son escogidos con base en criterios o juicios preestablecidos por el investigador.

MATERIALES Y MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Los que fueron seleccionados en basan en los objetivos específicos de esta investigación.

Para el Objetivo Específico 1: "Identificar los casos de depresión en los adolescentes de cada colegio seleccionado", se utilizó el Inventario de Depresión de Beck, creado por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, en 1961, reconocido con el acrónimo BDI (Beck Depression Inventory). Es el instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora. La consistencia interna de la BDI oscila .73 a .92, con una media de 0,86. (Beck, Steer, y Garbin, 1988), y muestra una alta consistencia interna, con coeficientes alfa de .86 y .81 para las poblaciones psiquiátricos y no psiquiátricos, respectivamente (Beck et al., 1988). En el ámbito profesional, baste señalar que los estudios llevados a cabo en los últimos diez años sobre el uso de los tests entre los profesionales clínicos de los Estados Unidos de América indican de forma consistente que el BDI se encuentra entre los doce tests más usados (Piotrowski, 1996). Asimismo, diversos estudios han llegado a la conclusión de que el BDI es sin duda el instrumento más popular a nivel internacional para identificar sujetos depresivos subclínicos en los estudios de validación de los modelos de depresión (Ruiz y Bermúdez, 1989; Tennen, Hall y Affleck, 1995; Vázquez, 1986, 1995; Vredenburg et al., 1993). También en España el BDI ha sido el instrumento más empleado para seleccionar sujetos deprimidos y no deprimidos en los estudios realizados para validar distintas teorías e hipótesis psicológicas sobre la depresión (p. ej., Buceta, Polaino-Lorente y Padrón, 1982; Camanes y Mas, 1984; Merino, Fernández-Rey, Rivadulla y Raindo, 1989; Ruiz, 1989; Ruiz y Bermúdez, 1988, 1992a,b, 1993a,b; Ruiz y González, 1994; Ruiz y Maldonado, 1983a,b; Ruiz y Vielva, 1991; Sanz, 1992, 1994, 1996; Sanz

y Avia, 1994; Vázquez, 1987). Es un instrumento de 21 ítems, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Evalúa la depresión "durante la última semana, incluyendo el día de hoy" evaluando, de este modo, una sintomatología menos momentánea. Cabe recalcar que para confirmar su fiabilidad, con respecto al ítem 19 (Pérdida de peso), se debe añadir una pregunta sobre si los participantes están bajo una dieta para adelgazar o no; si la respuesta fuera positiva, la puntuación inmediatamente será sustituida por 0, sea cual sea la respuesta original. Ha sido traducido y adaptado por Vázquez y Sanz (1991) y es el más utilizado en la actualidad. En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera sólo la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. Los puntos de corte para graduar la intensidad/severidad son los siguientes: No Depresión (0-9 puntos); Depresión Leve (10-18 puntos), Depresión Moderada (19–29 puntos); y *Depresión Grave* (≥30 puntos). Tiene una duración aproximada de 10 minutos y se requiere de una escolaridad de 5º o 6º grado para entender apropiadamente las preguntas. Esta prueba tiene una buena sensibilidad (94%) y una especificidad moderada (92%) para el tamizaje de depresión en el cuidado primario, teniendo en cuenta como punto de corte para depresión 18 puntos.44 (ANEXO 1)

El *Objetivo Específico 2*: "Determinar la existencia de riesgo de suicidio en la muestra elegida." se valoró mediante la *Inventario de Orientación Suicida (ISO-30)* que fue diseñada por King y Kowalchuk (1994) y adaptada para ser empleada en adolescentes de Buenos Aires, Argentina (Casullo, 1997). Evalúa la orientación suicida del examinado y, en virtud de su brevedad y sensibilidad se vuelve una herramienta útil para el despistaje o screening de la presencia de riesgo suicida. Los estudios de consistencia interna verificaron un Alpha de .90 en 768 estudiantes de 12 a 18 años y .78 para los ítems críticos. La estabilidad temporal se estableció mediante un retest a los cuatro días, resultando en .80 (N = 167; p < .01) para la puntuación total y .70 (N = 162; p < .01) para los ítems críticos. La validación concurrente se determinó contra la Escala de

Desesperanza (Beck, 1976) y con el Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ – JR, Reynolds, 1988), [r = .64 (N = 161; p<.01); r = .78 (N = 41; p<.01) para elpuntaje total], (King & Kowalchuk, 1994). La validez concurrente de este instrumento fue analizada por medio del uso de entrevistas focalizadas que corroboraron los resultados hallados por la escala (r= .94**) (Casullo, Bonadi & Fernández Liporace, 2000; Casullo & Fernández Liporace, 1997). Desde el punto de vista formal, se trata de un instrumento autoadministrable, compuesto por 30 ítems formulados en forma positiva y negativa (directos e inversos) que se responden según una escala Likert de cuatro posiciones (0: Totalmente en desacuerdo. 1: En parte en desacuerdo. 2: En parte de acuerdo y 3: Totalmente de acuerdo). Arroja una puntuación total que permite clasificar al sujeto en tres categorías de riesgo suicida: Bajo Riesgo Suicida (< 31 puntos), Riesgo Moderado (31 a 44 puntos) y Alto Riesgo Suicida (≥ 45 puntos). Además, seis de los reactivos se consideran críticos (numerados como 5, 10, 15, 20, 25 y 30): ello significa que, independientemente de la puntuación obtenida, la presencia de tres o más de estos elementos respondidos con 2 ó 3, puede implicar la existencia de riesgo elevado. Para estos autores, el riesgo suicida contempla cinco dimensiones: desesperanza (ítems 2, 7, 12, 17, 22 y 27), baja autoestima (ítems 1, 6, 11, 16, 21, 26), incapacidad para afrontar emociones (3, 8, 13, 18, 23 y 28), soledad y abatimiento (4, 9, 14, 19, 24 y 29) e ideación suicida (5, 10, 15, 20, 25 y 30), que corresponde a los mencionados ítems críticos.41 (ANEXO 2)

Para el Objetivo Específico 3: "Establecer cuál es el grupo etario y género más afectado por depresión y riesgo de suicidio de los adolescentes que estudian en los centros educativos escogidos." se utilizó una encuesta realizada de manera personal en la que se obtuvo las variables intervinientes (edad y sexo), y los criterios de inclusión y exclusión, y una vez obtenida la muestra representativa se contabilizó el número exacto de hombres y mujeres afectados por depresión y riesgo de suicidio y las edades a las cuales más afectan. Además se añadió una pregunta (10) sobre si los participantes se encuentran bajo una dieta para adelgazar, de esa forma sabremos si el ítem 19 del BID corresponde a 0 o permanece con el valor original, para que la

fiabilidad de este instrumento sea la adecuada. La encuesta fue validada en 60 estudiantes entre las edades de 15 a 16 años, tomando como referencia este grupo etáreo ya que es similar al que se utilizó como muestra de estudio para la recolección de datos. Consta de 10 preguntas de diferente tipo: de llenado de acuerdo a la información solicitada (preguntas generales: Nombre, Institución, Edad, Género, Curso y Paralelo, Fecha), con opción múltiple (4 y 6), con reactivos dicotómicos (1, 2, 3, 5, 7, 9, 10) y con opción de llenado (3, 4, 6, 8, 9, 10). Se obtuvo un nivel de compresión del 100% en todas las preguntas, excepto en las preguntas siguientes: 2. ¿Conoces si algún familiar toma medicamentos tales como: Imipramina, Isoniazida, Diazepam, Carbamazepina, Litio O Fluoxetina?, en la cual 13 alumnos, que representa el 20%, manifestaron no entender su significado, por lo que se propuso de la siguiente manera: ¿Conoces si algún familiar toma medicamentos para la depresión tales como: imipramina, isoniazida, diazepam, carbamazepina, litio o fluoxetina?, obteniendo así la comprensión del 100% de los 60 estudiantes; la pregunta 3. ¿Algún Familiar cercano a ti (abuelos, tíos, padres, hermanos) acudió a terapia Psiquiátrica?, no fue entendida por 8 estudiantes, que equivale al 13%, y para su comprensión total quedó planteada de la siguiente forma: ¿Algún familiar cercano a ti (hermanos, padres, abuelos, tíos,) acudió a un psiquiatra para tratamiento con pastillas?, la pregunta 9. ¿Tomas o alguna vez tomaste medicamentos tales como: imipramina, isoniazida, diazepam, carbamazepina, litio o fluoxetina?, con el 3%, representado por 2 alumnos, manifestó no comprender totalmente la pregunta, por lo que se procedió a cambiar su contexto de la siguiente manera: Tomas o alguna vez tomaste medicamentos para la depresión tales como: imipramina, isoniazida, diazepam, carbamazepina, litio o fluoxetina?, alcanzando de esta manera una compresión del 100% en esta pregunta. Una vez validada la encuesta, sirve como instrumento de recolección de datos para los fines planteados. (ANEXO 3)

Para el Objetivo Específico 4: "Plantear a las instituciones colaboradoras la realización de conferencias sobre depresión y prevención de suicidios a los estudiantes que participaron en el estudio.", se realizó una charla

dirigida a los alumnos participantes del estudio, acerca de los signos y síntomas que presenta un adolescente con depresión e intento de suicidio, y enfocar la charla a una visión preventiva para evitar estos sucesos en presente y futuro en la muestra estudiada.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS:

Para la presente investigación se ha tomado cuatro variables a consideración:

- Variable Independiente: *Depresión*, que es la causa que provoca riesgo de suicidio. Es de carácter cualitativo.
- Variables Dependientes: Riesgo de Suicidio, que es el efecto que se espera encontrar en los adolescentes de la muestra. Es de carácter cualitativo.
- Variables Intervinientes: Edad y Sexo, que son los factores que también interviene en la aparición de la variable dependiente. Son de carácter cualitativo.

Luego de solicitar el permiso correspondiente a los rectores de las dos instituciones (ANEXO 4 Y 5) participantes se procedió a la entrega del consentimiento informado (ANEXO 6) para los representantes legales de todos los estudiantes de primero de bachillerato y se indicó el propósito del estudio, el carácter voluntario y anónimo, y que los resultados obtenidos del mismo aparecerían en un documento llamado tesis, en una publicación científica o podrían ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima y que éstos podrían estar a su completa disposición. Se coordinó las fechas de aplicación de los instrumentos a los alumnos con inspectoría en el *Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo"* y con el departamento de DOBE en la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"*. En los días indicados se recolectaron, junto a los instrumentos, los consentimientos informados y se aplicó los instrumentos (ANEXO 7). Se excluyeron los instrumentos con algún ítem incompleto, los que poseían criterios de exclusión, y los que no tenían el consentimiento informado. Se procedió a facilitar la

charla solamente a los alumnos de primero de bachillerato de la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"* (ANEXO 8), ya que los estudiantes del *Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo"* entraban en periodo de exámenes y era imposible otorgar un espacio para este fin.

Para la calificación e interpretación de datos, se obtuvo la ayuda de la alumna Jessenia Solano de la Sala, estudiante de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, la que proporcionó información relevante y resolvió dudas para un mejor entendimiento al momento de interpretar y calificar los reactivos psicológicos: *Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Orientación Suicida (ISO-30)*, utilizados en la presente investigación (ANEXO 9). El análisis de los datos se realizó mediante asociación de cada objetivo con el resultados obtenido de los instrumentos utilizados; los mismos fueron tabulados de manera manual, ingresaron a una base de datos creada en el Programa Microsoft Excel® para el desarrollo de gráficos estadísticos, se realizó la discusión en base a otros estudios similares en esta población, comparando los resultados y demostrando la relevancia que tuvo este trabajo para conocer la incidencia de Depresión y Riesgo Suicida en la muestra bajo estudio, y las conclusiones se realizaron en base a las siguientes fórmulas:

Para determinarla el número de casos de depresión que los estudiantes padecen y el riesgo de suicidio en el que se encuentran.

$$Incidencia de \ Depresi\'on = \frac{\text{N\'umero nuevos de casos}}{\text{N\'umero total de la poblaci\'on}} \ x \ 10$$

$$Incidencia de Riesgo Suicida = \frac{\text{Número nuevos de casos}}{\text{Número total de la población}} x 10$$

Para obtener el número de estudiantes afectados por los diferentes grados de depresión y riesgo de suicidio, en relación a la edad y al género.

		Número de casos de una enfermedad
Tasa de morbilidad por causa y género	= -	por género x 10
		Población estimada según edad en un lugar
		y tiempo determinado
		Número de casos de una enfermedad
Tasa de morbilidad		por edad x 10
por causa y edad	=	Población estimada según edad en un lugar
		y tiempo determinado

Para comparar el número de estudiantes que presentan algún grado de depresión asociado a los diferentes riesgos de suicidio.

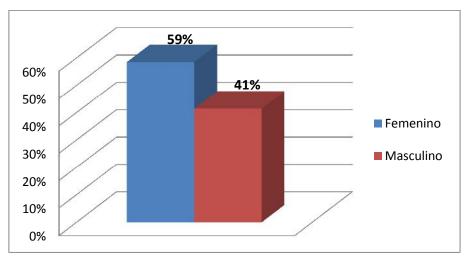
	Número de casos de una enfermedad
Tasa de morbilidad	y efecto x 10
por causa y efecto =	Población estimada en un lugar y tiempo
	determinado



GÉNERO TOTAL EN LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	120	59%
Masculino	85	41%
Total	205	100%

FUENTE: Estudiantes de la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"* y el *Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"*ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.



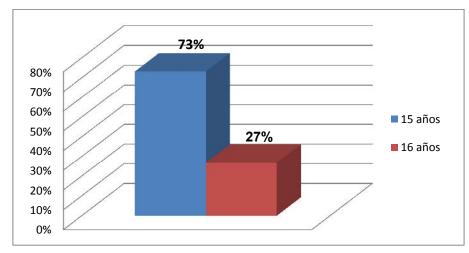
FUENTE: Estudiantes de la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"* y el *Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"*ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.

INTERPRETACIÓN: La gráfica representa el género total de la muestra, correspondiendo a 205 estudiantes de 1ero de Bachillerato de los colegios "Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo" y Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle", de los cuales, el 59% representan al género femenino y el 41% al género masculino, teniendo un mayor porcentaje las estudiantes mujeres.

EDADES DE LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15 años	150	73%
16 años	55	27%
Total	205	100%

FUENTE: Estudiantes de la Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle". Y el Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo" ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.



FUENTE: Estudiantes de la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"* y el *Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"*ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.

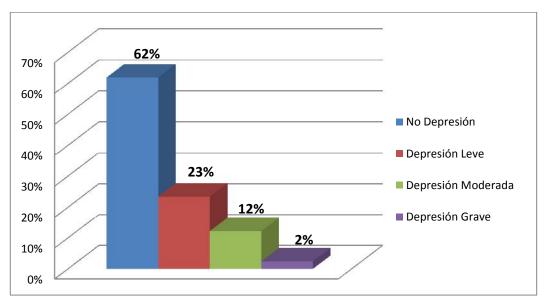
INTERPRETACIÓN: Según los criterios de inclusión y exclusión, se tomó como intervalo de edad los adolescentes entre 15 a 16 años, encontrándose en dicha muestra un mayor número de adolescentes de 15 años, que representan el 73%; mientras que el 27% restante corresponden a la edad de 16 años.

CASOS DE DEPRESIÓN SEGÚN EL INVENTARIO
DE DEPRESIÓN DE BECK EN LOS
ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA
JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL
INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL
ÁLVAREZ BURNEO"

CASOS DE DEPRESIÓN SEGÚN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"

Género	Frecuencia	Porcentaje
No Depresión	127	62%
Depresión Leve	48	23%
Depresión Moderada	25	12%
Depresión Grave	5	2%
Total	205	100%

FUENTE: Estudiantes de la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"* y el *Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"*ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.



FUENTE: Estudiantes de la Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle" y el Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"

ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.

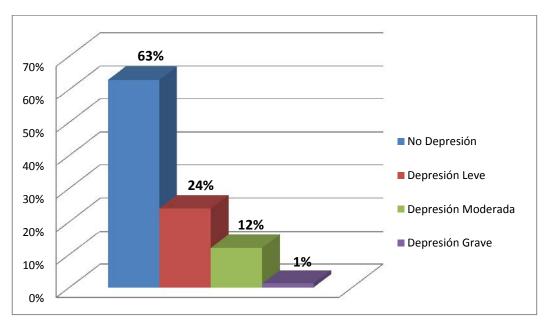
INTERPRETACIÓN: El BID reporta cuatro categorías de depresión, y en la muestra en estudio se observa que el 62% de los estudiantes no presentan depresión, en cambio el 23% padecen *Depresión Leve*, el 12% corresponde a *Depresión Moderada*, y el 2% del alumnado sufren de *Depresión Grave*.

CASOS DE DEPRESIÓN SEGÚN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK EN EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"

Género	Frecuencia	Porcentaje
No Depresión	105	63%
Depresión Leve	40	24%
Depresión Moderada	20	12%
Depresión Grave	2	1%
Total	167	100%

FUENTE: Estudiantes del Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"

ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.



FUENTE: Estudiantes del Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"

ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.

INTERPRETACIÓN: En el *I.S.T "D.A.B."*, la afectación de depresión es similar al de la muestra total, ya que el **63%** no tienen depresión, en tanto el **24%** presentan *Depresión Leve*, el **12%** padecen *Depresión Moderada*, y solamente el **1%** sufre de *Depresión Grave*.

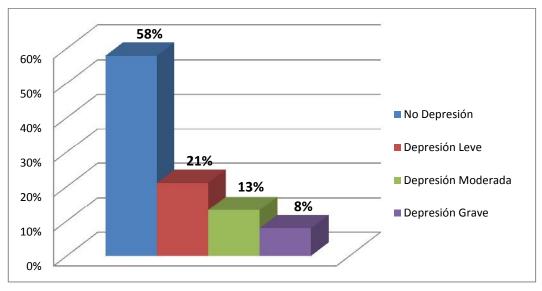
TABLA Y GRÁFICO Nº 5

CASOS DE DEPRESIÓN SEGÚN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK EN LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE"

Género	Frecuencia	Porcentaje
No Depresión	22	58%
Depresión Leve	8	21%
Depresión Moderada	5	13%
Depresión Grave	3	8%
Total	38	100%

FUENTE: Estudiantes de la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"*.

ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.



FUENTE: Estudiantes de la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"*.

ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.

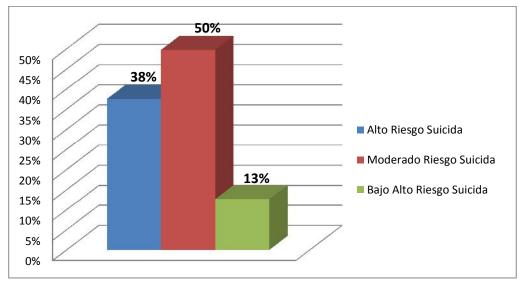
INTERPRETACIÓN: El 58% de los estudiantes de la Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle" no padecen de ningún tipo de depresión, no así el 21% de los alumnos padecen de *Depresión Leve*, el 13% tienen *Depresión Moderada*, y tan solo el 8% sufren de *Depresión Grave*.

CASOS DE RIESGO SUICIDA SEGÚN EL INVENTARIO DE ORIENTACIÓN SUICIDA (ISO-30) EN LOS ADOLESCENTES LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"

CASOS DE RIESGO SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" SEGÚN EL INVENTARIO DE ORIENTACIÓN SUICIDA (ISO-30)

Género	Frecuencia	Porcentaje
Alto Riesgo Suicida	77	38%
Moderado Riesgo Suicida	102	50%
Bajo Alto Riesgo Suicida	26	13%
Total	205	100%

FUENTE: Estudiantes de la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"* y el Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo" ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima



FUENTE: Estudiantes de la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"* y el *Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"*ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima

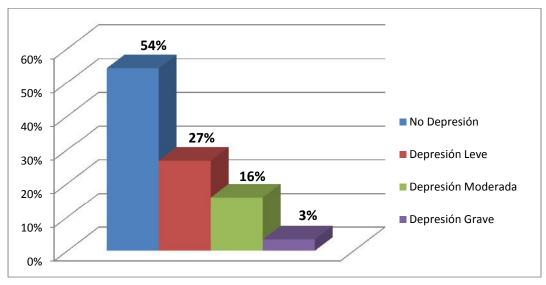
INTERPRETACIÓN: El 50% de la muestra de las dos instituciones participantes presenta un *Moderado Riesgo Suicida* de acuerdo al ISO-30; seguido a este, el 38% del total presentan un *Alto Riesgo Suicida*; mientras el 13% de los alumnos se encuentran en un *Bajo Riesgo Suicida* al momento de aplicar el reactivo.

CASOS DE DEPRESIÓN POR GÉNERO SEGÚN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"

CASOS DE DEPRESIÓN EN EL GÉNERO FEMENINO SEGÚN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"

Género	Frecuencia	Porcentaje
No Depresión	65	54%
Depresión Leve	32	27%
Depresión Moderada	19	16%
Depresión Grave	4	3%
Total	120	100%

FUENTE: Estudiantes de la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"* y el *Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"*ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.



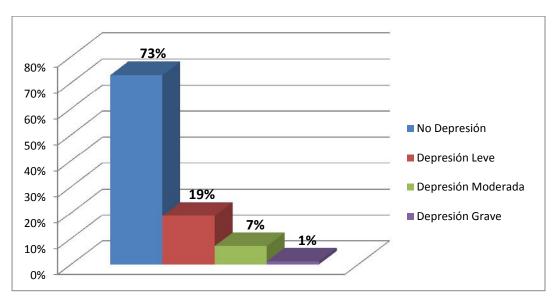
FUENTE: Estudiantes de la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"* y el *Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"*ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.

INTERPRETACIÓN: En el *Género Femenino* de los colegios participantes, las categorías de Depresión se distribuyen de la siguiente manera: no existe depresión en el *54*% de la muestra, la *Depresión Leve* afecta al *27*%, la *Depresión Moderada* al *16*%, y la *Depresión Grave* al *3*%

CASOS DE DEPRESIÓN EN EL GÉNERO MASCULINO SEGÚN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"

Género	Frecuencia	Porcentaje
No Depresión	62	73%
Depresión Leve	16	19%
Depresión Moderada	6	7%
Depresión Grave	1	1%
Total	85	100%

FUENTE: Estudiantes de la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"* y el *Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"*ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.



FUENTE: Estudiantes de la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"* y el *Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"*ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.

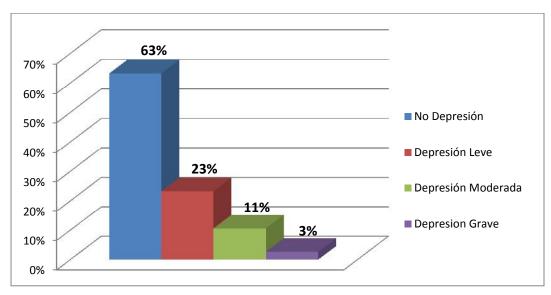
INTERPRETACIÓN: En el *Género Masculino* de ambos colegios, las categorías van de la siguiente manera: El 73% de los estudiantes no padecen depresión; al contrario, el 19% de los hombres presentan *Depresión Leve*, el 7% sufren de *Depresión Moderada*, y solo el 1% se ve afectado por *Depresión Grave*.

CASOS DE DEPRESIÓN POR EDAD SEGÚN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"

CASOS DE DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DE 15 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" SEGÚN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Género	Frecuencia	Porcentaje
No Depresión	95	63%
Depresión Leve	35	23%
Depresión Moderada	16	11%
Depresion Grave	4	3%
Total	150	100%

FUENTE: Estudiantes de la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"* y el *Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"*ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.



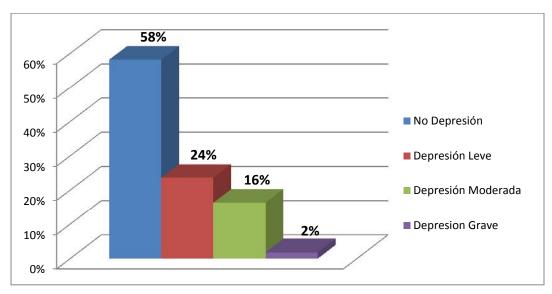
FUENTE: Estudiantes de la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"* y el *Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"*ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.

INTERPRETACIÓN: El 63% de los adolescentes de 15 años de los colegios seleccionados no padecen depresión, pero el 23% del total de la muestra presentan *Depresión Leve*, el 11% padecen de *Depresión Moderada*, y el 3% de los adolescentes sufren de *Depresión Grave*.

CASOS DE DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DE 16 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" SEGÚN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Género	Frecuencia	Porcentaje
No Depresión	32	58%
Depresión Leve	13	24%
Depresión Moderada	9	16%
Depresion Grave	1	2%
Total	55	100%

FUENTE: Estudiantes de la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"* y el *Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"*ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.



FUENTE: Estudiantes de la Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle" y el Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"

ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.

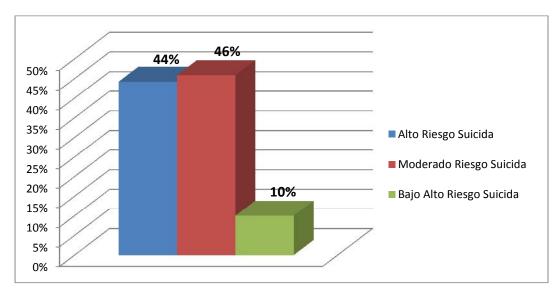
INTERPRETACIÓN: El 58% de los adolescentes de 16 años de ambos colegios no presentan depresión de ningún tipo, pero el 24% del alumnado calificó para Depresión Leve, y seguido en frecuencia, el 16% padecen de Depresión Moderada, así como el 2% del total sufre de Depresión Grave, todas diagnosticadas por el BID.

CASOS DE RIESGO SUICIDA POR GÉNERO EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" SEGÚN EL INVENTARIO DE ORIENTACIÓN SUICIDA (ISO-30)

CASOS DE RIESGO SUICIDA EN EL GÉNERO FEMENINO DE LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" SEGÚN EL INVENTARIO DE ORIENTACIÓN SUICIDA (ISO-30)

Riesgo Suicida	Frecuencia	Porcentaje
Alto Riesgo Suicida	53	44%
Moderado Riesgo Suicida	55	46%
Bajo Alto Riesgo Suicida	12	10%
Total	120	100%

FUENTE: Estudiantes de la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"* y el Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo" ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.



FUENTE: Estudiantes de la Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle" y el Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"

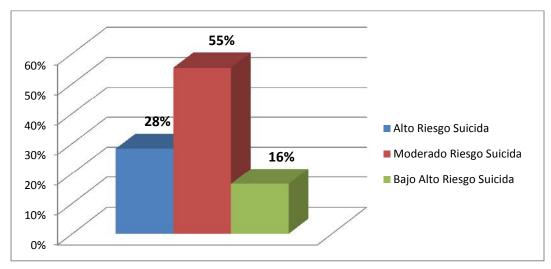
ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.

INTERPRETACIÓN: En el *Género Femenino* de ambos colegios, el Riesgo de Suicidio se distribuye, de mayor a o menor, en la siguiente forma: el *46*% de la muestra, reflejan un "Moderado Riesgo Suicida"; el *44*% presentan un "Alto Riesgo Suicida"; mientras que el *10*% del total de la muestra se encuentran en un "Bajo Riesgo Suicida" con la Escala para la Detección de Adolescentes en Riesgo Suicida.

CASOS DE RIESGO SUICIDA EN EL GÉNERO MASCULINO DE LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" SEGÚN EL INVENTARIO DE ORIENTACIÓN SUICIDA (ISO-30)

Riesgo Suicida	Frecuencia	Porcentaje
Alto Riesgo Suicida	24	28%
Moderado Riesgo Suicida	47	55%
Bajo Alto Riesgo Suicida	14	16%
Total	85	100%

FUENTE: Estudiantes de la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"* y el *Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"*ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.



FUENTE: Estudiantes del *Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"* y la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle".*ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.

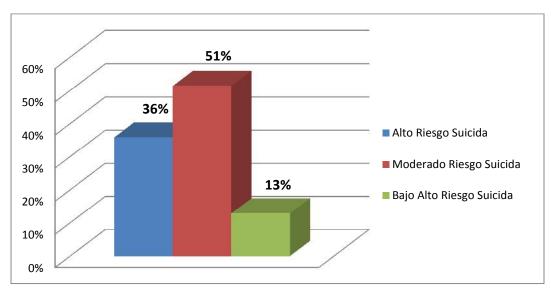
INTERPRETACIÓN: En el *Género Masculino* de ambos colegios, el Riesgo de Suicidio se distribuye, de mayor a o menor, en la siguiente forma: el *55%* de la muestra, reflejan un *Moderado Riesgo Suicida*; el *28%* presentan un *Alto Riesgo Suicida*; mientras que el *16%* del total de la muestra se encuentran en un *Bajo Riesgo Suicida* con la Escala para la Detección de Adolescentes en Riesgo Suicida.

CASOS DE RIESGO SUICIDA POR EDAD DE LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" SEGÚN EL INVENTARIO DE ORIENTACIÓN SUICIDA (ISO-30)

CASOS DE RIESGO SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES DE 15 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" SEGÚN EL INVENTARIO DE ORIENTACIÓN SUICIDA (ISO-30)

Riesgo Suicida	Frecuencia	Porcentaje
Alto Riesgo Suicida	53	36%
Moderado Riesgo Suicida	76	51%
Bajo Alto Riesgo Suicida	19	13%
Total	148	100%

FUENTE: Estudiantes de la Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle" y el Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo" ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.



FUENTE: Estudiantes de la Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle" y el Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"

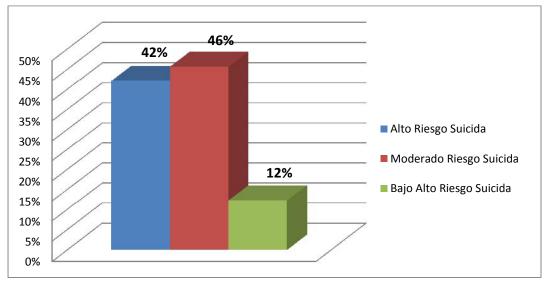
ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.

INTERPRETACIÓN: En los adolescentes de 15 años de los colegios seleccionados, el Riesgo de Suicidio se distribuye, de mayor a o menor, en la siguiente forma: el 51% del total, revelan un "Moderado Riesgo Suicida"; el 36% de la muestra presentan un "Alto Riesgo Suicida"; mientras que el 13% del alumnado muestran un "Bajo Riesgo Suicida" con la Escala para la Detección de Adolescentes en Riesgo Suicida.

CASOS DE RIESGO SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES DE 16 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" SEGÚN EL INVENTARIO DE ORIENTACIÓN SUICIDA (ISO-30)

Riesgo Suicida	Frecuencia	Porcentaje
Alto Riesgo Suicida	24	42%
Moderado Riesgo Suicida	26	46%
Bajo Alto Riesgo Suicida	7	12%
Total	57	100%

FUENTE: Estudiantes de la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"* y el *Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"* ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.



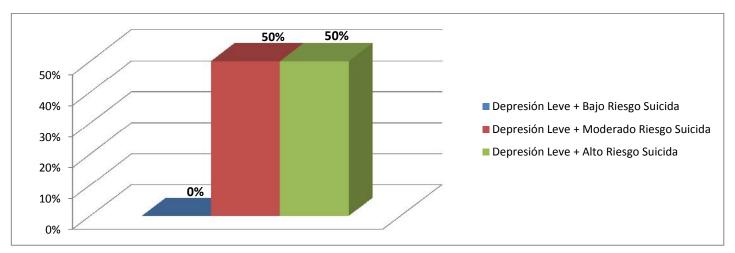
FUENTE: Estudiantes de la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"* y el *Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"*ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.

INTERPRETACIÓN: En los adolescentes de 16 años de los colegios seleccionados, el Riesgo de Suicidio se distribuye, de mayor a o menor, en la siguiente forma: el 46% del total, revelan un Moderado Riesgo Suicida; el 42% de la muestra presentan un Alto Riesgo Suicida; al contrario que el 12% del alumnado muestran un Bajo Riesgo Suicida con la Escala para la Detección de Adolescentes en Riesgo Suicida.

CASOS DE DEPRESIÓN RELACIONADO CON RIESGO SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"

GRÁFICO Nº 15

CASOS DE DEPRESIÓN LEVE Y LOS DIFERENTES TIPOS DE RIESGO SUICIDA EN LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"



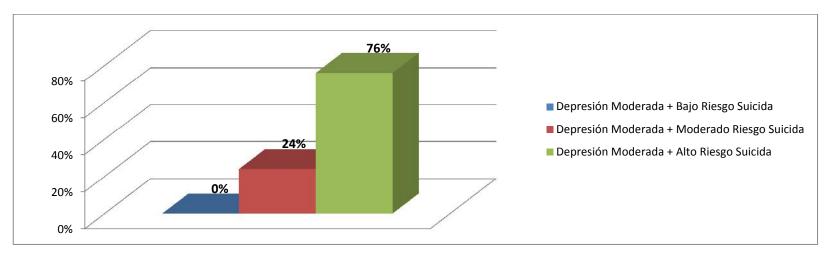
FUENTE: Estudiantes de la *Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle"* y el *Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"*ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.

INTERPRETACIÓN: Del total de 48 adolescentes de las dos instituciones participantes afectados por **Depresión Leve**, el **50%** se asocia a un **Moderado** y **Alto Riesgo Suicida**, respectivamente; pero ninguno de estos estudiantes presentó un *Bajo Riesgo Suicida*, que representa el **0%**.

GRÁFICO Nº 16

CASOS DE DEPRESIÓN MODERADA Y LOS DIFERENTES TIPOS DE RIESGO SUICIDA EN LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ

ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"



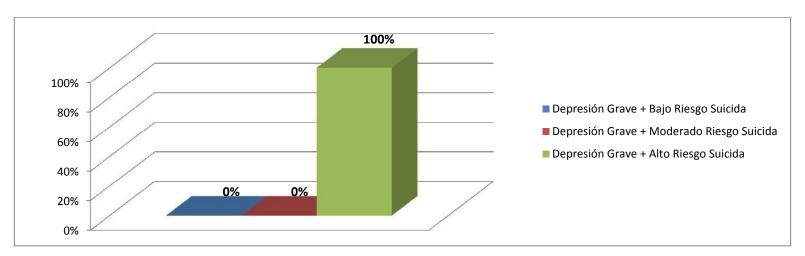
FUENTE: Estudiantes de la Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle" y el Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"

ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.

INTERPRETACIÓN: La *Depresión Moderada* afecta a 25 adolescentes de las instituciones mencionadas, y se observa que: el 76% presentan esta clase de depresión asociada a *Alto Riesgo Suicida*, el 24% exhibe *Moderado Riesgo Suicida* y ningún estudiante se encuentra en *Bajo Riesgo Suicida*.

GRÁFICO Nº 17

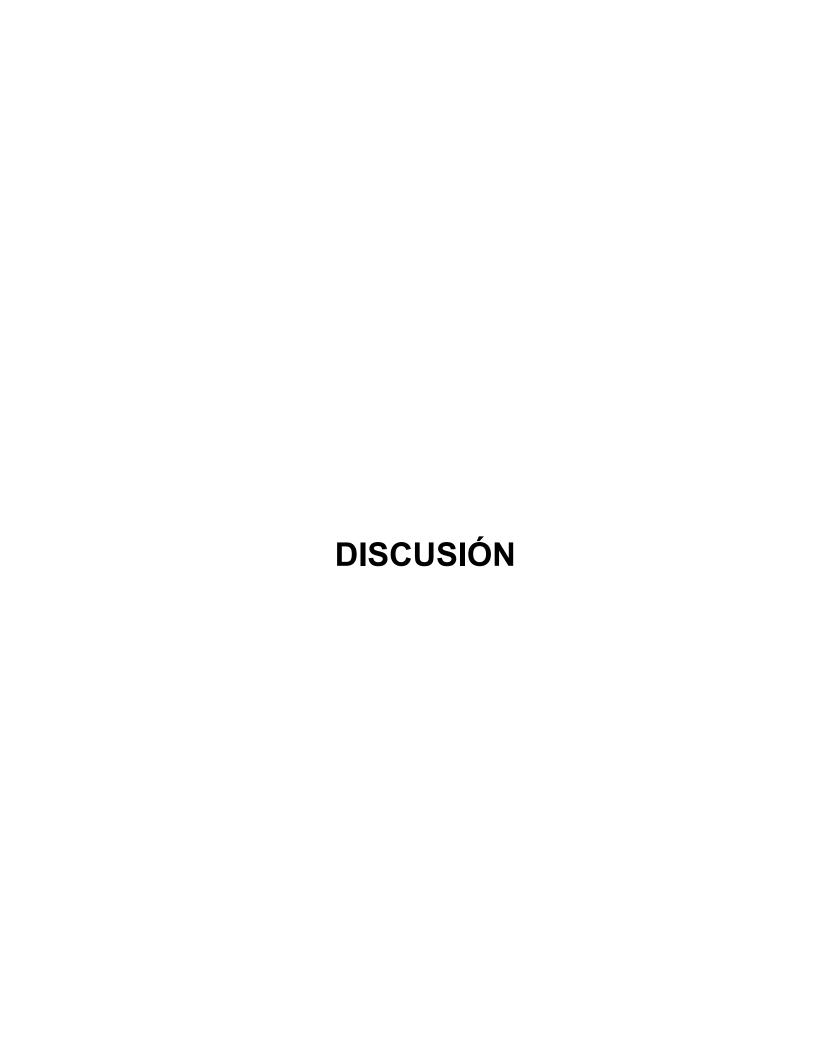
CASOS DE DEPRESIÓN GRAVE Y LOS DIFERENTES TIPOS DE RIESGO SUICIDA EN LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ
ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"



FUENTE: Estudiantes de la Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle" y el Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo"

ELABORADO POR: Ana Paulina Morocho Guadalima.

INTERPRETACIÓN: Esta gráfica demuestra una situación alarmante, ya que del total de estudiantes encuestados, 5 de ellos presentaron *Depresión Grave* asociada solamente a *Alto Riesgo Suicida*, representado el *100*%; por lo que debe tomarse en cuenta que este grupo etario también se ve afectado por la severidad de esta clase de patología y un posible efecto infausto.



DISCUSIÓN

La Depresión simboliza una enfermedad en pleno auge de incidencia en todos los grupos de edad, pero los adolescentes representan un grupo vulnerable de padecerla por los diferentes cambios que se dan en esta etapa de la vida. Estos mismos cambios, tanto a nivel físico, psicológico y social, influyen como factores importantes para deshabilitar o alterar los patrones de comportamiento saludable que el adolescente debe crear como protección en base a estos cambios, lo que puede desembocar en varias circunstancias, y la más importante de ellas, la aparición de riesgo suicida.

Subrayado su importancia, el presente trabajo investigativo arrojó resultados sobre depresión en adolescentes similares al de un estudio en alumnos de secundaria y bachillerato de edades similares, en la ciudad de Yucatán, en el año 2012.⁴⁵ en el cual, la ausencia de depresión alcanza un mayor porcentaje que el de nuestra muestra: el 70% versus el 62%. El porcentaje total de los afectados por alguna categoría en Depresión en nuestra muestra es del 37% mientras que en un estudio realizado en adolescentes de la escuela secundaria de Viseu en Portugal, en el año 2013,46 en porcentaje de afectación de cualquier tipo de depresión es mucho más bajo, afectando solamente es 9% de ese grupo en estudio. Respecto a la Depresión Leve, ésta tiene un mayor porcentaje en nuestros adolescentes, correspondiendo al 23% del total, a contraparte con el 19% de estudiantes mexicanos; la Depresión Moderada se presenta en mayor frecuencia en nuestra muestra, con un porcentaje del 12%, duplicando el porcentaje de padecimiento de los adolescentes mexicanos, que alcanzan solamente el 6%; en la Depresión Grave, los adolescentes portugueses y mexicanos tiene una mayor frecuencia de depresión, con el 5% y el 3% respectivamente, a diferencia de nuestro estudio que solo comprende al 2% del total de alumnos.45 y 46

Respecto al riesgo suicida, se observó que en nuestro estudio, el riesgo con el mayor porcentaje corresponde al *Moderado Riesgo Suicida*, que afecta al **50%** de la población adolescente, mientras que en un estudio en 4 localidades de

Argentina en adolescentes de similar edad que nuestra muestra, en el año 2007,⁴⁷ este riesgo se ubicaba en segundo lugar, con el **28%**; el segundo riesgo que afecta a los adolescentes de esta investigación es el *Alto Riesgo Suicida*, que corresponde al **37%**, en contraparte, los adolescentes argentinos se encuentran en un *Moderado Riesgo Suicida*; el último lugar en nuestra investigación le corresponde al *Bajo Riesgo Suicida*, con el **13%**, mientras que en el estudio en Argentina el *Alto Riesgo Suicida* es el que ocupa el último lugar, con el **10%** del total de casos. Lo que demuestra que el Riesgo Suicida varía notablemente de una población adolescente a otra y que los adolescentes de nuestro estudio presentan un mayor porcentaje de Alto Riesgo Suicida a diferencia de los adolescentes argentinos que obtuvieron el menor porcentaje para este riesgo, datos a considerar seriamente y a plantearse los diferentes factores que pueden influir en cada grupo estudiado.

Nuestra investigación también indagó la graduación de severidad del BID para ambos géneros, revelando que en nuestro estudio que el 46% del género femenino se ve afectado mayormente por depresión, datos que concuerdan con un estudio de adolescentes de edades semejantes en una escuela secundaria de Xalapa, Veracruz, México, en el año 2010,48 en el cual el porcentaje de mujeres con depresión es mayor, afectando al 76% del género mencionado; en contraparte, los resultados de un estudio de adolescentes de primer año de una Escuela Periférica de la ciudad de Corrientes, Argentina, en el año 2006, ⁴⁹ indican que el porcentaje de depresión es de solo el **11%**. En cambio, el género masculino de nuestro estudio obtiene el menor porcentaje, con el 27%, al igual que los adolescentes mexicanos, con una afectación del 26%; por el contrario, los adolescentes argentino sobrepasan a las mujeres en el estudio mencionado, con un 14%; demostrando así que, pese a que en la Cuidad de Corrientes la depresión en los adolescentes sea mayor que en las adolescentes, esta realidad ha variado conforme han pasado los años, ya que comparando los tres estudios en discusión, desde el 2006 hasta el 2010 las cifras de depresión en el género femenino aumentaron, pero se presenta un descenso para el 2013 (año de nuestro estudio) del 20%. Además, los estudios

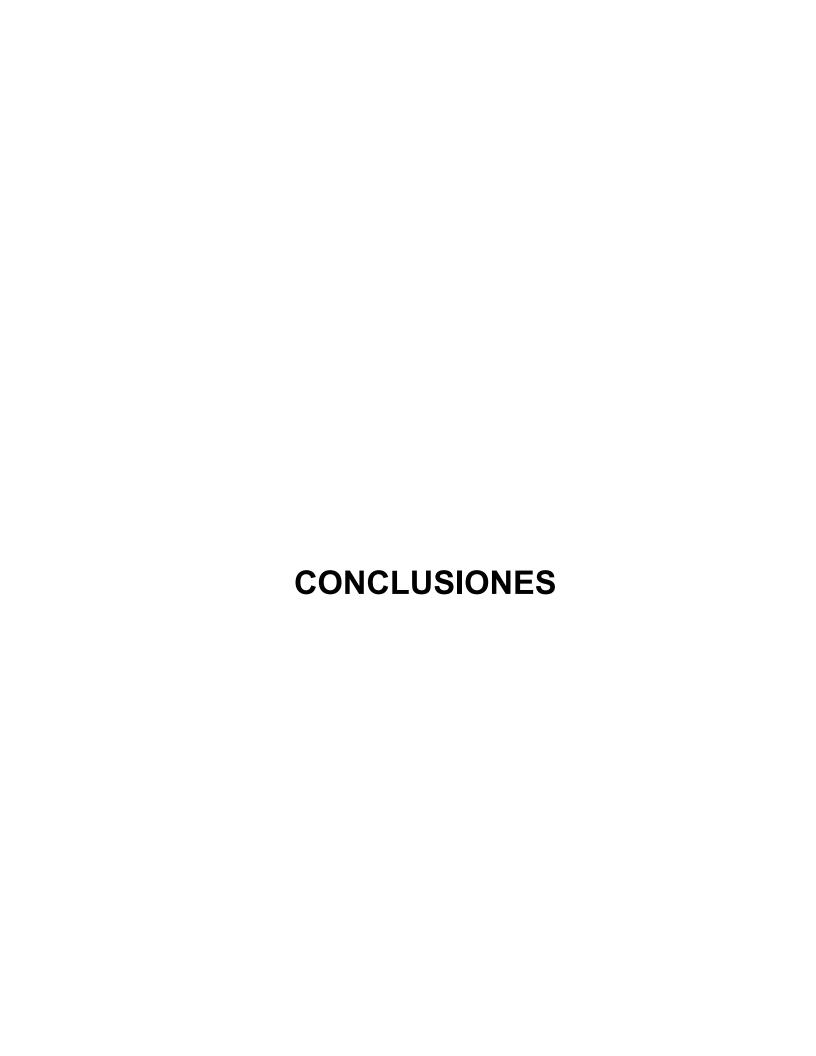
respaldan la literatura, que señala la mayor predisposición de las mujeres a la depresión.

En nuestro estudio, de acuerdo a la severidad de depresión que postula el BID, los porcentajes más altos se encontraron en el Género Femenino, donde la Depresión Leve se antepone a las demás clases de depresión con el 27%, seguida de la Depresión Moderada con el 16% y por último la Depresión Grave solamente con el 3%, a diferencia de un estudio en adolescentes del Polimodal en una Escuela Técnica de la Ciudad de Corrientes, Argentina, en el año 2005,⁵⁰ en el cual ninguna mujer reportó severidad alguna, con un porcentaje de 0,02%; en cambio, el Género Masculino del mismo estudio si reporta datos para las diferentes depresiones, en un porcentaje mayor a nuestro estudio y en el mismo orden de afectación, obteniendo que: la Depresión Leve afecta más a los hombres de ambos estudios, pero los adolescentes argentinos exhiben un 36% versus el 27% de nuestro género masculino; la segunda severidad corresponde a Depresión Moderada con el 23% versus el 16%, y finalmente la Depresión Grave con el 7% versus el 3%. Por lo tanto, estos resultados sugieren que las adolescentes argentinas de este estudio no fueron afectadas por el fenómeno depresión al contrario de sus homónimos varones que presentan un mayor porcentaje en todas las clases de depresión que los adolescentes de nuestra muestra. También, en relación al paso de los años de acuerdo a estos dos estudios, la depresión iría en descenso en los hombres pero en aumento en las mujeres, confirmando la literatura una vez más.

En el estudio de Riesgo Suicida, se toma en cuenta tres niveles de Riesgo: *Alto, Moderado y Bajo* y se divide a la muestra por género y edad. Es el *Moderado Riesgo Suicida* el que afecta en mayor medida a los grupos demográficos de nuestra investigación, afectando al **55**% del género masculino, y al **15**% de los adolescentes de 15 años; a diferencia de un estudio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, en el año 2006,⁵¹ en el cual, el *Alto Riesgo Suicida*, es el más común. En nuestra investigación, el *Alto Riesgo Suicida* ocupa el segundo lugar, por lo que lo compararemos con los porcentajes derivados del estudio en adolescentes

colombianos afectados por este riesgo. Entonces, según los resultados de nuestra muestra el Género Masculino tiene el mayor porcentaje, con el 55% del total, concordando con los resultados del estudio en Colombia que evidencian que el Género Masculino es también el más afectado, pero este presenta un porcentaje del 50%; mientras que el Género Femenino representado por el 44% de las alumnas de nuestra muestra versus el 50% en adolescentes colombianas. En los dos estudios, se observa la gran diferencia que representa la afectación de Alto Riesgo Suicida, ya que los adolescentes colombianos se ven afectados por igual, a diferencia del nuestro, que entre hombres y mujeres existe una variación de porcentaje del 9%. En cambio, para los adolescente de 15 y 16 años, en nuestra investigación se obtuvo porcentajes para cada grupo etario, mientras que el estudio de Colombia divide a la muestra, según la OMS, en adolescentes tempranos y tardíos, concluyendo que el 46% de este grupo de edad (15 a 19 años) se ve afectado por Alto Riesgo Suicida; en contraparte, los adolescentes de 16 años de nuestro estudio obtuvieron el 42%, a diferencia de los adolescentes de 15 años con el 36% del total.

No se encontraron estudios sobre la afectación de las categorías de Riesgo Suicida en los géneros y por edad, como tampoco la relación entre Depresión y Riesgo Suicida en sus diferentes niveles, por lo que los resultados de esta investigación se prestan para realizar discusiones con estudios similares a futuro.



CONCLUSIONES

Se concluye que:

- 1. La Depresión Leve obtuvo la mayor incidencia de los diferentes grados de depresión en la población en general afectando a 2,3 de 10 adolescentes. Por colegios, 2,3 de 10 alumnos del Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo" sufre este tipo de depresión, seguido de cerca de la Unidad Educativa José Antonio Eguiguren "La Salle" con 2,1 adolescentes afectados de 10.
- 2. El *Moderado Riesgo Suicida* obtuvo la mayor incidencia, afectando a 4,9 de 10 adolescentes de la población general.
- 3. Analizando por género y edad los mayores porcentajes con respecto a Depresión y Riesgo Suicida, se obtuvo los siguientes resultados: la Depresión Leve afecta mayormente al Género Femenino de la muestra, con 2,6 estudiantes de 10; mientras que los adolescentes de 16 años presentan un número mayor, con 2,3 estudiantes afectados de 10. En cuanto al Moderado Riesgo Suicida, 5,5 adolescentes de 10 del Género Masculino de vieron afectado por este riesgo; en cambio que los 5,1 adolescentes de 15 años de 10 se incluyen dentro de este nivel de riesgo.
- 4. Analizando el número de casos por cada tipo de Depresión y relacionando los mismos con Riesgo Suicida, valiéndose solo de los datos con mayor porcentaje en ambos casos, se evidencia que: 5 de 10 estudiantes presentan Depresión Leve asociada a Moderado Riesgo Suicida y Alto Riesgo Suicida respectivamente; 7,6 estudiantes exhiben Depresión Moderada asociada a Alto Riesgo Suicida; y la cifra más alarmante la presenta la Depresión Grave, que afecta a 10 de cada 10 estudiante que la padecen y está asociada a un Alto Riesgo Suicida, por lo que debería proponerse seguimiento a estos estudiantes hasta lograr una estabilidad emocional adecuada.

RECOMENDACIONES	

RECOMENDACIONES

Se recomienda que:

- Se realice más estudios acerca de Depresión y Riesgo Suicida en adolescentes, ya que al ser una patología preocupante, indica parámetros alarmantes en el aumento de su incidencia en este grupo de edad, y por ser un grupo vulnerable, se debe tener mayor cuidado y por lo tanto ahondar en su estudio.
- 2. Se continué el seguimiento en el grupo de adolescentes reactivos de los colegios participantes en la presente investigación, ya que existen casos de Depresión Leve, Moderada y Grave acompañado de Alto Riesgo Suicida que podrían simbolizar potenciales adolescentes suicidas, y de esta manera no solo evitar muertes prematuras, sino prestar un servicio a este grupo de edad y a la comunidad.
- Se realice estudios similares en grupos lo más homogéneos posibles, es decir, sujetos de estudio en igual cantidad, ya sea de acuerdo al género o edad para obtener datos exactos sobre la frecuencia de Depresión y Riesgo Suicida en cada grupo demográfico.
- 4. Se organice talleres para promover los correctos hábitos de salud mental en adolescentes, así se estaría cumpliendo uno de los marcos institucionales de la Universidad Nacional de Loja, que incentiva la vinculación con la comunidad y el servicio a los grupos más vulnerables de la sociedad.
- 5. Se incentive el compromiso a docentes y estudiantes en la realización de proyectos en temas de salud mental, debido a que no se realizan suficientes proyectos enfocados a esta disciplina, para que no solo se enfoque a la patología depresiva, sino a otros padecimientos mentales importantes y que tiene gran incidencia en nuestro medio.

- 6. Se realice investigaciones parecidas no solo en este grupo de edad, sino también en edades infantiles o geriátricas, ya que al ser extremos de la vida y al tener diversos factores estresantes que pueden estar modificando su estilo de vida en los últimos años, se obtendría valiosa información para trabajar y ayudar a estos grupos sensibles.
- 7. Se tome muy en serio los resultados obtenidos de esta investigación, y con ellos, se pueda incentivar a la realización de un perfil epidemiológico de Depresión en este grupo de edad, ya que serviría no solo para información a futuras generaciones, sino para conocer nuestra propia realidad en base a una patología poca estudiada y dar a conocer a las personas que la Depresión no solo afecta a personas mayores, sino que los adolescentes también son un blanco fácil de esta enfermedad.



BIBLIOGRAFÍA

- Garcés, M., Henao García, C., Henao Grajales, C., y Naranjo, A. Prevalencia de depresión en adolescentes de 9 a 19 años de colegios públicos y privados del área metropolitana. [serial online] 2004 [Citado: 9 de enero de 2013]; Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/516/1/Prevalen cia_depresion_adolecentes_9-19.pdf
- Pardo, G., Sandoval, A., y Umbarila, D. Adolescencia y Depresión. [serial online] 2004 [Citado: 9 de enero de 2013]; Disponible en: http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1204/1 755
- OMS. Depresión [serial online] Publicado: 2013 [Citado: 9 de Enero de 2013];
 Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/index.html
- OMS. Día Mundial de la Salud Mental. [serial online] Publicado: 10 de Octubre de 2012 [Citado: 9 de Enero de 2013]; Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_mental_health_day/es /index.html
- Hall, V. Depresión: Fisiopatología y Tratamiento [serial online] Diciembre 2003 [Citado: 9 de Enero de 2013]; Disponible en: http://sibdi.ucr.ac.cr/CIMED/cimed7.pdf
- (8) Quiroz, G. Solo el 10% de pacientes es diagnosticado con depresión [serial online] 10 de Junio de 2012 [Citado: 10 de enero de 2013]; Disponible en: http://www.elcomercio.com/sociedad/pacientes-depresion-Quito-promedio-Latinoamerica 0 715728484.html
- Diario La Jornada. Afecta la depresión a 54.6% de los estudiantes de bachillerato. [serial online] 22 de julio de 2008 [Citado: 10 de enero de

- 2013]; Disponible en: http://www.jornada.unam.mx/2008/07/22/index.php?section=sociedad&artic le=039n1soc
- Morla, R., Saad, E., y Saad, J. Depresión en adolescentes y desestructuración familia en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. [serial online] 2006 [Citado: 10 de enero de 2013]; Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80635203
- Toro, V. La depresión en los adolescentes [serial online] Publicado: año 2008 [Citado: 9 de Enero de 2013]; Disponible en: http://adolescentes.about.com/od/Psicologia/a/La-Depresi-On-En-Los-Adolescentes.htm
- Soutullo, C. La depresión en niños y adolescentes: Cómo detectarla pronto y cuándo pedir ayuda. [serial online] 01 de Junio de 2012 [Citado: 10 de enero de 2013]; Disponible en: http://www.cun.es/area-salud/enfermedades/psiquiatricas/depresion-ninos-adolescentes-detectarla-pronto-pedir-ayuda
- Montesinos, C. Perú.- Casi el 80% de los estudiantes de entre 12 y 17 años ha pensado en algún momento suicidarse. [serial online] 10 de agosto de 2007 [Citado: 10 de enero de 2013]; Disponible en: http://www.psiquiatriainfantil.es/index.php?option=com_content&task=view &id=57
- (13) Estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte. Perfil biopsicosocial y su influencia en la detección temprana y prevención de los intentos de suicidios en las estudiantes de tercer año de bachillerato del Colegio Nacional Ibarra. [serial online] [Citado: 10 de enero de 2013]; Disponible en: http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/660/7/06%20ENF%20401%20TESIS.pdf
- Ministerio de Salud Pública. Protocolos de Atención Integral al Adolescente.
 Editorial Poligráfica S.A. Ecuador. 2009. Capítulo 1. Crecimiento y
 Desarrollo. 22, 24 26 pp.
- Barrio, R., Carcavilla, A., y Martín, M. Pubertad precoz y retrasada. [serial online] Publicado: abril de 2006 [Citado: 15 de enero de 20013]; Disponible en:

- http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol30_4PubertadPrecozTardia.pdf
- Menéndez, I. Crisis de Adolescencia. [serial online] Publicado: 2006 [Citado:15 de enero de 20013]; Disponible en: http://www.isabelmenendez.com/escuela/adolescencia.pdf
- Morales, G., Nadal, N., Pacheco, R., Paez, J., Rivas, C., y Rosas, S. Influencia de las relaciones estables de adolescentes en la incidencia de la depresión [serial online] [Citado 04 de marzo de 2013]; Disponible en: http://www.tlalpan.uvmnet.edu/oiid/download/Depresi%C3%B3n%20Adoles centes%20UVM_04_CSO_PSIC_PICSJ_E.pdf
- Secretario de la OMS. Mensaje en el Día Mundial de la Salud Mental. [serial online] 10 de octubre de 2012 [Citado: 10 de enero de 2012];

 Disponible en:

 http://www.who.int/mental_health/mhgap/UN_message_mhgap_2012_es.p
- Ministerio de Salud. Guía Clínica. Serie de Guías Clínicas Minsal N°XX.
 1era Edición. Santiago, Minsal, Chile 2006. 34, 35, 37, 38, 41 pp.
- Alberdi, J., Taboada, Ó., Castro. C., y Vásquez, C. Depresión. Guías Clínicas. [serial online] Publicado: año 2006 [Citado 10 de enero de 2013]; Disponible en: http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf
- Leyva, R., Hernández, A., Nava, G., y López, V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. [serial online] 10 de Agosto de 2010 [Citado: 9 de enero de 2013]; Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im073d.pdf
- Diario La Jornada. Afecta la depresión a 54.6% de los estudiantes de bachillerato. [serial online] 22 de julio de 2008 [Citado: 10 de enero de

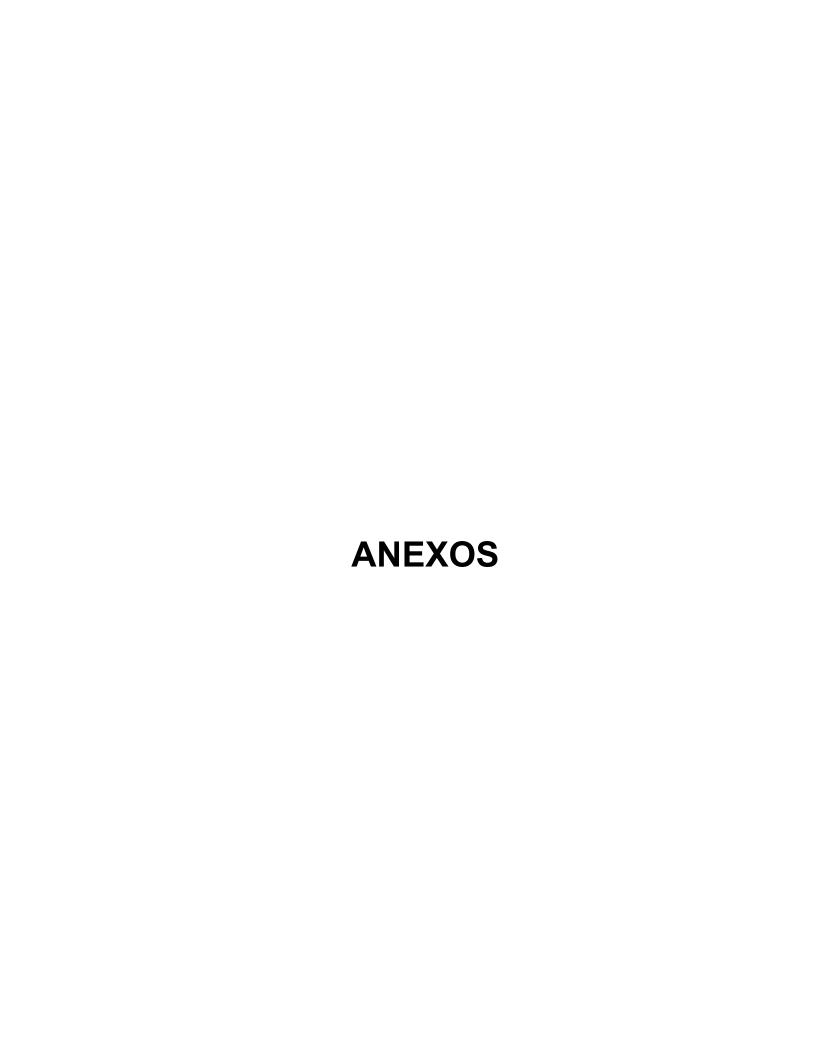
- 2013]; Disponible en: http://www.jornada.unam.mx/2008/07/22/index.php?section=sociedad&artic le=039n1soc
- Montesinos, C. Perú.- Casi el 80% de los estudiantes de entre 12 y 17 años ha pensado en algún momento suicidarse. [serial online] 10 de agosto de 2007 [Citado: 10 de enero de 2013]; Disponible en: http://www.psiquiatriainfantil.es/index.php?option=com_content&task=view &id=57
- Govantes, C., Oca, L., y Ayuso, L. Farmacología Básica y Clínica. Velásquez. Editorial Médica Panamericana. 18a edición. Madrid 2008. Capítulo 18. Fármacos antidepresivos y antimaníacos. 305 306 pp.
- González, A., López, P., y Zorrilla. I. Manual de Psiquiatría. Palomo y Jiménez. Editorial Ene Life Publicidad S.A. Madrid 2009. Capítulo 23. Depresión Unipolar y otras depresiones. 327 329 pp.
- Gelder, M., Mayou, R., y Geddes, J. Oxford. Psiquiatría. 2da Edición. Editorial Marbán. Madrid, España 2000. Capítulo 8. Trastornos afectivos. 127 131 pp.
- Cruz, F. Salud Mental Infanto–Juvenil. 1era Edición. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, Cuba. 2005. Tema 24. Depresión subclínica en la adolescencia. 179 181 pp.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. España, Septiembre de 2007. Editorial. Tórculo Aris Gráfica S.A. 4. Tratamiento de la Depresión Mayor. 43 60 pp. 7. El suicidio enla infancia y la adolescencia. 83, 86 90, 93 103 pp.

- Dirección General de Calidad e Innovación en Servicios Sanitarios y Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Guía de Recomendaciones Clínicas. Depresión. [serial online] Publicado: año 2006 [Citado: 25 de febrero de 2013]; Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/PCAIs/PCAI%2012%20DEPRESION.pdf
- Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más.
 Santiago, MINSAL, 2013. 2da Edición. Tratamiento: Recomendaciones. 49
 50, 62 69, 88 89 pp.
- Carrión, J. Resiliencia en adolescentes. [serial online] Publicado: 11 de febrero de 2010 [Citado 27 de febrero de 2013]; Disponible en: http://www.cinteco.com/profesionales/2010/02/11/resiliencia-enadolescentes/
- Vinaccia, S., Quiceno, J., y Moreno, E. Resiliencia en adolescentes. [serial online] Publicado: 14 de agosto de 2007 [Citado: 27 de marzo de 2013]; Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401610
- Restrepo, C., Vinaccia, S., y Quiceno, J. Resiliencia y Depresión: Un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. [serial online] Publicado: Diciembre de 2011 [Citado: 27 de febrero de 2013]; Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-43812011000200004&script=sci_arttext
- Becoña, E. Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. [serial online] Publicado: 14 de agosto de 2007 [Citado: 27 de marzo de 2013]; Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401610
- Ramírez, P., y Hernández, Moreno, E. Resiliencia familiar, depresión y ansiedad en adolescentes en situación de pobreza. [serial online]

- Publicado: año 2006 [Citado: 27 de marzo de 2013]; Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim122b.pdf
- Solar, M. Características de personas resilientes. [serial online] Publicado: 31 de julio de 2008 [Citado 27 de febrero de 2013]; Disponible en: http://msolarg-laresiliencia.blogspot.com/2008/07/caractersticas-depersonas-resilientes.html
- Martínez, C. Salud Mental Infanto–Juvenil. 1era Edición. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, Cuba. 2005. Tema 8. Promoción de la Salud Mental.
 89, 91, 95 pp
- Robles, F. Factores protectores para la generación de la Resiliencia en niños y jóvenes. [serial online] 05 de enero de 2009 [Citado 27 de febrero de 2013]; Disponible en: http://psicoblogging.wordpress.com/2009/01/15/factores-protectores-para-la-generacion-de-la-resiliencia-en-ninos-y-jovenes/
- Blázquez, A., Guitart, M., Nieto, E., y Puig, M. Manual del Residente de Psiquiatría. 1era Edición. Madrid, España 2009. Capítulo 57. Comportamientos Autolíticos. 518 pp
- Estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte. Perfil biopsicosocial y su influencia en la detección temprana y prevención de los intentos de suicidios en las estudiantes de tercer año de bachillerato del Colegio Nacional Ibarra. [serial online] [Citado: 10 de enero de 2013]; Disponible en: http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/660/7/06%20ENF%20401%20TESIS.pdf
- Álvarez, M. Evaluación e Intervención del Riesgo Suicida. [serial online] Publicado: año 2010 [Citado: 25 de abril de 2013]; Disponible en: http://www.saludmentalextremadura.com/fileadmin/documentos/Otros/Jorna da Seguridad Paciente en Salud Mental/20 PONENCIA EVALUACION

- _E_INTERVENCION_DEL_RIESGO_SUICIDA__2_.pdf
 http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/660/7/06%20ENF%20401
 %20TESIS.pdf
- Liporace, M., y Casullo, M. Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. [serial online] Publicado: 22 de septiembre de 2006 [Citado: 11 de enero de 2013]; Disponible en: http://www.aidep.org/03_ridep/R21/R211.pdf
- Bayancela, Y. Reseña Histórica del Instituto Técnico Superior Daniel Álvarez Burneo. [serial online] Publicado: año 2010 [Citado: 1 de julio de 2013]; Disponible en: http://dabloja70.wordpress.com/nuestro-colegio/
- Salle Loja. Historia. [serial online] Publicado: año 2009 [Citado: 1 de julio de 2013]; Disponible en: http://lasalleloja.wordpress.com/historia/
- 44 Sanz, J., y Vásquez, C. Fiabilidad, Validez y Datos Normativos del Inventario para la Depresión de Beck. [serial online] Publicado: año 1998 [Citado: 11 de de 2013]; enero Disponible en: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1& cad=rja&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.unioviedo.es%2Freu nido%2Findex.php%2FPST%2Farticle%2Fdownload%2F7467%2F7331&ei =3vL2Ucn0IIOc9QSF0YHgDw&usg=AFQjCNF6Wv4p8ugk-KUpSvTB U6x dZCkQ&bvm=bv.49967636,d.eWU
- Tamayo, W., Mendoza, F., Quijano, N., Pérez, A., y Moo, J. Redes Sociales en internet, Patrones de sueño y Depresión. [serial online] Publicado: Julio
 Diciembre 2012 [Citado: 17 de julio de 2013]; Disponible en: http://www.cneip.org/documentos/27.pdf
- Resende, C., y Ferrão, A. La presencia de síntomas depresivos en adolescentes en el último año de escolaridad. [serial online] Publicado: 21 de junio de 2013. [Citado: 17 de julio de 2013]; Disponible en:

- http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5I_LjPrFG1 u0ScQLB3wF4q849XQb
- Casullo, M., y Liporace, M. Estudiantes adolescentes argentinos en riesgo suicida: una investigación comparativa. [serial online] Publicado: Mayo de 2007. [Citado: 17 de julio de 2013]; Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1688-40942007000100005&script=sci arttext
- Barriento, V., Mendoza, H., Sainz, L., Pérez, C., Gil, I., y Soler, E. Depresión y Tipología Familiar en un Grupo de Adolescentes Mexicanos. [serial online] Publicado: 15 de mayo de 2010. [Citado: 17 de julio de 2013]; Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/507/50719054002.pdf
- Czernik, G., Dabski, M., Canteros, J., y Almirón, L. Ansiedad, Depresión y Comorbilidad en Adolescentes de la Ciudad de Corrientes. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. N° 162. Octubre 2006 Pág. 1 4 pp.
- Almirón, L., Romero, P., López, A. y Czernik, G. Rasgos de depresión en adolescentes que asisten a clases en una Escuela Técnica de la ciudad de Corrientes. [serial online] Publicado: año 2005. [Citado: 17 de julio de 2013]; Disponible en: http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-118.pdf
- Toro, D., Paniagua R., González, C., y Montoya, B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2009; 27(3): 302-308



ANEXO 1:

<u>INVENTARIO DE DEPRESIÓ</u>N DE BECK

Beck y cols.

El siguiente inventario tiene varias posibles respuestas, por lo que se solicita seleccionar con un círculo o número, según corresponda, la que mejor se adapte a lo que estás sintiendo en la última semana, incluyendo hoy. Solo puedes seleccionar una respuesta. Solo puede seleccionar una respuesta.

1. TRISTEZA.

- 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 desgraciado que no puedo soportarlo.

2. PESIMISMO

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. Siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. SENSACIÓN DE FRACASO

- 0. No me siento fracasado.
- 1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

4. INSATISFACCIÓN

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. CULPA

- 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. EXPECTATIVAS DE CASTIGO

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. Siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. AUTODESPRECIO

- 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.

3. Me detesto.

8. AUTOACUSACIÓN

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. IDEA SUICIDAS

- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. EPISODIOS DE LLANTO

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. Ahora lloro más que antes.
- 2. Lloro continuamente.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. IRRITABILIDAD

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2. Me siento irritado continuamente.
- 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. RETIRADA SOCIAL

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. He perdido todo interés por los demás.

13. INDECISIÓN

- 0. Tomo mis propias decisiones iqual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

14. CAMBIOS EN LA IMAGEN CORPORAL.

- 0. No creo tener peor aspecto que antes
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. ENLENTECIMIENTO

- 0. Trabajo iqual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. INSOMNIO

- 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 ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. FATIGABILIDAD

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. PÉRDIDA DE APETITO

- 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. PÉRDIDA DE PESO

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

20. PREOCUPACIONES SOMÁTICAS

- 0. No estoy preocupado por mi salud
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. BAJO NIVEL DE ENERGÍA

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 2:

INVENTARIO DE ORIENTACIÓN SUICIDA (ISO-30) King y Kowalchuk

Según corresponda, coloca en cada pregunta el número que mejor se adapte a los que estás sintiendo.

- 0 = Totalmente en desacuerdo.
- 1 = En parte en desacuerdo.
- **2 =** *En parte de acuerdo.*
- **3** = *Totalmente de acuerdo.*

Preguntas	Puntuación
1. Yo debo ser un soñador/a, ya que estoy siempre esperando	
cosas que no resultan.	
2. Hay muchas posibilidades para mí de ser feliz en el futuro.	
3. Generalmente pienso que aún los peores sentimientos	
desaparecerán.	
4. Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me	
relaciono no perderán las esperanzas en mí.	
5. Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan	
en absoluto.	
6. Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa.	
Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto.	
7. Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que	
yo elegí.	
8. Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos	
momentos, pero no puedo.	
9. Creo que causo problemas a la gente que está a mí alrededor.	
10. Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como	
para enfrentar a la vida.	
11. Tengo las cualidades personales que necesito para que me	
guíen hacia una vida feliz.	
12. Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una	
vida mejor son poco reales.	
13. Aun cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzarme a	
mí mismo a pensar claramente, si lo necesito.	
14 Company language and a superior a	
14. Generalmente creo que las personas que son importantes	
para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.	
15. Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución.	
16. Cuando veo a alquien que logró lo que yo no tengo, siento	
que es injusto.	
17. Aun cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas	
eventualmente pueden mejorar.	
18. Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por	

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 3: ENCUESTA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

INVENTARIOS SOBRE DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES

Los siguientes inventarios tienen como propósito indagar sobre la Depresión y Riesgo Suicida en los adolescentes, ya que al ser una patología que puede ser catalogada solo de adultos, también afecta a su grupo de edad y se indagará a que parte de su vida afecta en particular. Los datos serán manejados con absoluta confidencialidad, y servirán únicamente para establecer la prevalencia de la patología a nivel de los estudiantes encuestados. La información está a su disposición si así lo requiere.

Nombre:		
Institución:		
Edad: Género: M() F() Curso y Paralelo:		
1. DESEO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE EN ESTA ENCUESTA		
Si () No ()		
ANTECEDENTES FAMILIARES		
2. ¿Conoces si algún familiar toma medicamentos para la depresión tales como: imipramina, isoniazida, diazepam, carbamazepina, litio o fluoxetina?		
Si () No ()		
3. ¿Algún familiar cercano a ti (hermanos, padres, abuelos, tíos,) acudió a un psiquiatra para tratamiento con pastillas?		
Si () ¿Hace cuánto? No ()		
4. En caso de que la respuesta fuera SI, ¿por cuál de los siguientes trastornos fue atendido?		
Depresión mayor () Trastorno bipolar () Depresión repetidas () Trastorno del pánico () Depresión () Bulimia () Dolor por más de tres meses () Pérdida involuntaria de la orina () Trastornos Obsesivo – Compulsivo ()		

Distimia		()		
Otros:				
ANTECEDENTES PE	RSONALES			
5. ¿Has acudido alg	una vez a un psiquiatra	para tratamiento d	con pastillas	?
Si() No()				
6. En caso de que fuiste atendido?	la respuesta fuera SI,	¿por cuál de los	siguientes	trastornos
Pérdida invo	repetidas repetidas el pánico (ás de tres meses luntaria de la orina obsesivo – Compulsivo	() () () () () () ()		
7. ¿Consumes actua	almente algún medicame	ento?		
Si () No ()				
	a respuesta fuera SI, ¿C nombre, ¿para qué los (del/los medio	camentos?
	na vez tomaste medica ida, diazepam, carbama.			les como:
Si () No()	¿Hace cuánto?			
10. ¿Actualmente re	ealizas alguna dieta para	bajar de peso?		
Si ()	¿Desde cuándo? ¿Cuánto peso ha aproximadamente?	bajado en	la última	semana
No ()	aproximadamente:			

ANEXO 4: OFICIO DE PERMISO EN LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE"

Loja, 1 de Marzo de 2013.

Hermano.

Alberto Cobo G.

DIRECTOR GENERAL ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD EDUCATIVA "JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN" LA SALLE.

Presente.-

De mi especial consideración.

Yo, Ana Paulina Morocho Guadalima, con cedula de identidad N° 1104211089, estudiante de IX Módulo de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, por medio de la presente me dirijo ante su digna autoridad solicitarle de la manera más comedida el permiso correspondiente para la realización de encuestas en los estudiantes de los 1eros de Bachillerato de la Institución que usted dirige, para la realización de mi tesis titulada: "DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON RIESGO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" DE LA CIUDAD DE LOJA.", las cuales tienen como propósito indagar la frecuencia de depresión y riesgo suicida en este grupo estudiantil.

Por la favorable atención que se digne a la presente le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente.-

Ana Paulina Morocho Guadalima C.I. 1104211089

> Hno. Mgs. Alberto Cobo Granda RECTOR

> > Lansalle

ANEXO 5: OFICIO DE PERMISO EN EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"

Loja, 25 de Febrero de 2013.

Hermano.

Mariano Morantes Montes

RECTOR DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ

BURNEO"

Presente.-

De mi especial consideración.

Yo, Ana Paulina Morocho Guadalima, con cedula de identidad N° 1104211089, estudiante de IX Módulo de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, por medio de la presente me dirijo ante su digna autoridad de la manera más comedida solicitarle el permiso correspondiente para la realización de encuestas en los estudiantes de los 1eros de Bachillerato de la Institución que usted dirige, para la realización de mi tesis titulada: "DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON RIESGO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" DE LA CIUDAD DE LOJA...", la cual tienen como propósito indagar la frecuencia de depresión y riesgo suicida en este grupo estudiantil.

Por la favorable atención que se digne a la presente le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente.-

Ana Paulina Morocho Guadalima C.I. 1104211089

ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación)

Nombre del Proyecto de Tesis: DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON RIESGO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" Y LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" DE LA CIUDAD DE LOJA.

Nombre de la Investigadora:	Ana Paulina Morocho Guadalima.
Nombre del/la participante:	

Cuando su hijo/a participa en una investigación tanto usted como él/ella necesitan información para decidir sobre su cooperación en la misma. Con el fin de invitarle tanto a su hijo/a como a usted a participar en la presente investigación y obtener su consentimiento respectivamente, se le solicita leer detenidamente el siguiente documento.

- A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: Su hijo/a participará en una investigación que se realiza como tesis de grado para la obtención del título de Médico General de la Universidad Nacional de Loja, que tiene como objetivos establecer la prevalencia de depresión e intentos de suicidio en adolescentes y a qué grupo etario afecta con mayor frecuencia.
- **B. PROCEDIMIENTO:** Si usted y su hijo/a aceptan la participación en este estudio, se realizará lo siguiente: Se le solicitará a su hijo/a completar los dos instrumentos del estudio: el INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK para determinar la prevalencia de depresión, y el IVENTARIO DE ORIENTACIÓN SUICIDA (ISO–30) para conocer el riesgo suicida que presentan los adolescentes.
- C. RIESGOS: La participación de su hijo/a en este estudio no conlleva riesgo alguno para su integridad física, psicológica o moral, ni costo económico alguno. Puede significarle molestia o incomodidad, en el sentido de que implica referirse a su vida privada, pero los datos que se obtengan del estudio serán tratados con absoluta confidencialidad y manejados solo por la investigadora y un psicólogo clínico.
- **D. BENEFICIOS**: Luego de su participación en el estudio y coordinando con las autoridades del colegio a las que su hijo/a asiste, se dictará conferencias sobre depresión y prevención de suicidios, basándose en factores de riesgo encontrados en los resultados de los instrumentos aplicados, promoviendo de esta manera estrategias para evitar depresión o conducta suicida en los adolescentes; además la investigación pueden beneficiar a otros adolescentes ya que al tener una

prevalencia exacta de una muestra representativa se captará la atención de profesionales de salud mental para la realización de campañas de prevención de estas entidades en estudio.

- **E.** Puede conversar con la investigadora que aplica los instrumentos para contestar cualquier duda que tenga sobre esta investigación. Puede comunicarse con la señorita Ana Paulina Morocho Guadalima al número de celular 0989775087 días laborables en horario de 13:00 pm a 15:30 pm y 19:00 pm a 21:00 pm; fines de semana 8:00 am a 21:00 pm.
- **F.** Su participación y la de su hijo/a en este estudio es voluntaria. Si su hijo decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee –aún cuando la investigadora responsable no se lo solicite– pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- **G.** La participación de su hijo en esta investigación es confidencial, los resultados podrían aparecer en un documento llamado tesis, en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima. La privacidad en ningún momento se podrá ver comprometida puesto que las únicas personas con acceso a la información serán quienes realizan la investigación.
- H. No se perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla.

Me quedó clara la información que necesitaba decidir acerca de la participación de mi hijo/a en esta investigación. Se me ha ofrecido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada.

Por lo tanto: acepto que mi hijo/a participe voluntariamente como sujeto de investigación en la investigación titulada: **DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES EN LOS COLEGIOS DE LA CIUDAD DE LOJA**, pues se me ha informado que él/ella es libre de decidir participar en el estudio y que puede retirarse voluntariamente en cualquier momento, me queda claro que mi firma no implica consecuencias legales adversas para mí ni para mi hijo/a.

Nombre de Representante	Cédula
Firma	Fecha
Nombre de Investigadora	Cédula
 Firma	Fecha

ANEXO 7: APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS Y ENCUESTA: INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"











APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS Y ENCUESTA: UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE"







ANEXO 8: CHARLA: "PREVENCIÓN DE DEPRESIÓN E INTENTO DE SUICIDO EN ADOLESCENTES" EN LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE"





ANEXO 8: CARTA COMPROMISO

CARTA COMPROMISO

En la ciudad de Loja, a los veinte y cuatro 24 días del mes de junio del dos mil trece, yo, Jessenia Solano de la Sala, con cédula de identidad número 1105028144, estudiante de Sexto Módulo de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, acuerdo otorgar la presente Carta Compromiso a favor de la señorita Ana Paulina Morocho Guadalima, con cédula de identidad número 1104211089, estudiante del Décimo Módulo de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, en referencia a la ayuda prestada de parte de mi persona en la calificación, interpretación y resolución de dudas, de manera conjunta con la Srta. Ana Paulina Morocho, de los reactivos psicológicos: *Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Orientación Suicida (ISO-30)*, de los que se obtuvo los resultados del trabajo de la tesis titulada: DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON RIESGO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" DE LA CIUDAD DE LOJA.

Es todo lo que puedo señalar en honor a la verdad.

Loja, Junio de 2013.

Atentamente:

Jessenia Solano de la Sala

ESTUDIANTE DE SEXTO MÓDULO DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÍNDICE

CARATULA	l
CERTIFICACIÓNiError! Marcador no defi	nido.
AUTORÍAiError! Marcador no defi	nido.
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS¡Error! Marcador no defi	nido.
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
TÍTULO	1
RESUMEN	2
SUMMARY	4
INTRODUCCIÓN	6
REVISIÓN DE LITERATURA	10
CAPÍTULO I ADOLESCENCIA	11
CAMBIOS BIOLÓGICOS	11
CAMBIOS HORMONALES	14
CAMBIOS PSICOSOCIALES	14
CAPÍTULO II DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES	
INTRODUCCIÓN	16
DEFINICIÓN	17
EPIDEMIOLOGÍA	18
FISIOPATOLOGÍA.	20
ETIOLOGÍA.	
FACTORES DE RIESGO	
CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
TRATAMIENTO	40
FLUJOGRAMA SOBRE MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES	49
FLUJOGRAMA DE TRATAMIENTO DE ADOLESCENTE CON DEPRESIÓN LEVE, MODERADA Y SEVERA	50
FLUJOGRAMA DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN SEVERA O REFRACTARIA A	
TRATAMIENTO	51

	RESILIENCIA EN ADOLESCENTES	52
	CAPÍTULO III SUICIDIO EN ADOLESCENTES	60
	DEFINICIÓN	60
	EPIDEMIOLOGÍA	61
	FACTORES DE RIESGO	62
	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO SUICIDA	64
	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO SUICIDA	65
	EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA	65
	ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA	66
	ASPECTOS DEL TRATAMIENTO	67
	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	. 70
	ALGORITMO SOBRE CONDUCTAS A SEGUIR EN PERSONAS CON DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA.	. 73
	ALGORITMO SOBRE CONDUCTAS A SEGUIR EN PERSONAS CON DEPRESIÓN E INTENTO DE SUICIDIO	. 74
	FLUJOGRAMA DE MANEJO DE LA PERSONA CON DEPRESIÓN CON ALTO RIESGO SUICIDA	
	CAPÍTULO IV HISTORICIDAD DE LAS INSTITUCIONES	. 76
	INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO	"76
	UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE"	. 79
V	IATERIALES Y MÉTODOS	. 82
R	ESULTADOS	. 91
	CASOS DE DEPRESIÓN SEGÚN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR	
	TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"	
	CASOS DE RIESGO SUICIDA SEGÚN EL INVENTARIO DE ORIENTACIO SUICIDA (ISO-30) EN LOS ADOLESCENTES LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EI INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"	<u>.</u> L
	CASOS DE DEPRESIÓN POR GÉNERO SEGÚN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"	
	CASOS DE DEPRESIÓN POR EDAD SEGÚN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD	

	SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"	_
	CASOS DE RIESGO SUICIDA POR GÉNERO EN LOS ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNE SEGÚN EL INVENTARIO DE ORIENTACIÓN SUICIDA (ISO-30)	' Y EO"
	CASOS DE RIESGO SUICIDA POR EDAD DE LOS ADOLESCENTES D LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y E INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" SEGÚN EL INVENTARIO DE ORIENTACIÓN SUICIDA (ISO-30)	EL
	CASOS DE DEPRESIÓN RELACIONADO CON RIESGO SUICIDA EN LO ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE" Y EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO")
D	ISCUSIÓN	116
С	ONCLUSIONES	121
R	ECOMENDACIONES	123
В	IBLIOGRAFÍA	126
Α	NEXOS	135
	ANEXO 1: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK	136
	ANEXO 2: INVENTARIO DE ORIENTACIÓN SUICIDA_(ISO-30)	139
	ANEXO 3: ENCUESTA	141
	ANEXO 4: OFICIO DE PERMISO EN LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE"	143
	ANEXO 5: OFICIO DE PERMISO EN EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"	144
	ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO	145
	ANEXO 7: APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS Y ENCUESTA:	147
	ANEXO 8: CHARLA: "PREVENCIÓN DE DEPRESIÓN E INTENTO DE SUICIDO EN ADOLESCENTES" EN LA UNIDAD EDUCATIVA JOSÉ	151
	ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE"	
ĺ٨	ANEXO 8: CARTA COMPROMISO	
ш	NDIGE	าวง