



**Universidad Central «Marta Abreu» de Las Villas  
Facultad de Psicología**

**Ansiedad, depresión y suicidio en diferentes  
etapas de la vida**

Aurora María Cabrera García

Yisel López Mesa

Dalena Caridad Hernández Urbay

**Santa Clara  
2015**

© Aurora María Cabrera García, Yisel López Mesa, Dalena Caridad Hernández Urbay, 2015  
© Sobre la presente edición: Editorial Feijóo, 2015

Edición y corrección: Anabel Amil Portal  
Estrella Pardo Rodríguez  
Diagramación y cubierta: Claudia María Larrea Marin

ISBN 978-959-312-160-6



Universidad Central «Marta Abreu» de Las Villas  
Carretera a Camajuaní km 5,5, Santa Clara, Villa Clara, Cuba. CP 54830

## Índice

<b>Resumen .....</b>	<b>4</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Abordaje teórico sobre suicidio y riesgo suicida, depresión y ansiedad.....</b>	<b>8</b>
1.1 Clasificación de la conducta suicida .....	8
1.1.1 Etiología .....	9
1.2 Depresión .....	11
1.2.1 Definición, características y datos epidemiológicos .....	11
1.2.2 Principales síntomas que la definen según el DSM-IV:.....	12
1.3 Ansiedad .....	13
1.3.1 Definición, características y datos epidemiológicos .....	13
<b>2. Ansiedad, depresión y suicidio en diferentes etapas de la vida .....</b>	<b>15</b>
2.1 Depresión, ansiedad y suicidio infanto-juvenil.....	15
2.2 Depresión, ansiedad y suicidio en el adulto y la vejez .....	31
<b>Conclusiones.....</b>	<b>36</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>37</b>

## Resumen

El suicidio puede entenderse desde diferentes perspectivas: desde la perspectiva religiosa, filosófica y sociológica, hasta la psicológica y biológica.

Históricamente, el significado del suicidio ha reflejado la tradición religiosa de una cultura determinada (Stevenson, 1988). La tradición judeo-cristiana ha mantenido que la vida es un don de Dios y que está estrictamente prohibido ponerle fin. Estas influencias siguen existiendo y es posible que contribuyan a una menor tasa de suicidios en los países tradicionalmente católicos como Italia, España e Irlanda.

En consecuencia, se revisarán los factores epidemiológicos y demográficos que intervienen y se expondrán los síndromes psiquiátricos y los factores psicológicos que suelen correlacionarse con el suicidio.

**Palabras clave:** suicidio, ansiedad, depresión, factores psicológicos.

## Introducción

El suicidio puede entenderse desde diferentes perspectivas: desde la perspectiva religiosa, filosófica y sociológica, hasta la psicológica y biológica.

Históricamente, el significado del suicidio ha reflejado la tradición religiosa de una cultura determinada.

La inmensa mayoría de los suicidios, más del 90 %, se dan en sujetos que presentan trastornos psiquiátricos en el momento de cometer el acto (Sociedad de Psiquiatría y Neurología, 2013).

Esta correlación se demostró por primera vez en Inglaterra a principios del siglo XX: cuando se redujo la toxicidad producida por el gas de consumo doméstico, la tasa de suicidios disminuyó paralelamente. La disponibilidad de armas de fuego también parece correlacionarse con el riesgo de suicidio en un estudio realizado en cinco condados de Nueva York, según Marzuk en 1997.

El suicidio es un fenómeno universal que ha acompañado a la condición humana a lo largo de su historia. Puede definirse como toda conducta que va encaminada hacia la autodestrucción, por acción u omisión, del propio sujeto. La primera contribución importante al estudio del problema del suicidio fue realizada por el sociólogo francés Emile Durkheim, luego en 1917 Freud formula la primera concepción psicológica importante (Leyva, Castillo y Perdomo, 2012).

Desde una perspectiva internacional, la tasa de suicidios en Estados Unidos se encuentra dentro del promedio mundial y es análoga a la de países como Gran Bretaña y Canadá. Alemania, Escandinavia, Europa y Japón tienen las tasas más elevadas, mientras que las tasas más bajas se encuentran en los países tradicionalmente católicos como Italia e Irlanda (Guillén, Gordillo y Ruiz, 2013).

Según datos de la OMS, cada día se suicidan en el planeta 1 000 personas y por cada suicidio consumado se realizan 8 intentos suicidas o cientos de miles pertenecientes a cualquier cultura, religión, etnia o posición socioeconómica. En las últimas décadas en América Latina, los trastornos mentales se han incrementado, al ser la conducta suicida uno de los problemas de salud mental más importantes en la población joven (Guillén, Gordillo y Ruiz, 2013).

En México, el suicidio es considerado un problema de salud pública debido a su incremento, especialmente entre los jóvenes. Conforme a los datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), la tasa de suicidios durante el

año 2008 fue de 4,4, donde el porcentaje más alto (52 %) se ubicó en las edades comprendidas entre los 15 y los 34 años. El porcentaje de suicidios respecto a las muertes violentas en los grupos de edades de 15 a 24 años, que en el quinquenio de 1990-1994 había llegado a un promedio de 5 % aumentó a 12 % en el quinquenio 2002-2006 y para un estudio realizado en el 2010 aumentó a 14 %, lo que lo coloca como la tercera causa de muerte en los jóvenes mexicanos y sitúa a México cerca de otros países como España (Rosales, Córdova y Ramos, 2012).

El suicidio constituye una importante causa de muerte en Estados Unidos con 30 000 fallecimientos cada año. Esta tasa es de casi el 11,6 por cada 100 000 habitantes. A pesar de los programas de prevención del suicidio, el aumento de la capacidad de detección de la depresión, la hospitalización y los avances en los tratamientos biológicos de la depresión, la tasa global de suicidios no se ha modificado en las últimas décadas: sigue siendo de 13-17 por cada 100 000 habitantes (Rosales, Córdova y Ramos, 2012).

En Cuba, el suicidio constituye la cuarta causa de mortalidad general y la segunda en las edades entre 15 y 49 años. La infancia se considera, en general, como una etapa feliz, en la que la conducta suicida no puede estar presente, sin embargo, no siempre sucede así, pues ante situaciones como un embarazo oculto o no deseado, enfermedades físicas con limitaciones o enfermedades mentales, pérdida de una relación valiosa y las dificultades comunes de la vida diaria, inicio de relaciones sexuales tempranas, cambios frecuentes de parejas, infección de transmisión sexual, unión premarital y deserción escolar, hacen que las personalidades poco tolerantes vean en este acto la única solución a sus problemas, por lo que en un momento de la vida el adolescente puede llegar a pensar que esta no tiene sentido y realiza el intento suicida (Leyva, Castillo y Perdomo, 2012).

Además de describir los factores sociales implicados en el suicidio, los estudios epidemiológicos han demostrado que la inmensa mayoría de los suicidios consumados se dan en pacientes con enfermedades psiquiátricas identificables como los trastornos afectivos, la ansiedad y la depresión (Villeidis, 2012).

Es importante señalar el aumento considerable de la prevalencia de depresión infantil y adolescente en todo el mundo, y al mismo tiempo, la disminución de la edad en la que se inicia. El problema de la depresión en la infancia y la adolescencia en España, según la Encuesta Nacional de Salud, se estima en un 1,8 % en los niños que tienen 9 años de edad, el 2,3 % de los adolescentes que tienen entre 13 y 14 años de edad, y el 3,4 % en los 18 años de edad (Guillén, Gordillo y Ruiz, 2013).

En las etapas de la prepubertad, la prevalencia del trastorno depresivo mayor es similar entre niños y niñas, sin embargo, entre los adolescentes la prevalencia es mayor para las mujeres, debido posiblemente a la distinta forma en que el estrés es manejado o a los cambios hormonales que ocurren durante la pubertad. Respecto al nivel socioeconómico, diferentes autores no consideran que un bajo nivel se asocie significativamente con la depresión. No obstante, otros observan que los niños de un entorno socioeconómico bajo tienen dos veces más riesgo de sufrir depresión durante toda su vida que los niños que pertenecen a un nivel socioeconómico medio alto (Guillén, Gordillo y Ruiz, 2013).

## Desarrollo

### 1. Abordaje teórico sobre suicidio y riesgo suicida, depresión y ansiedad

El adolescente actúa de forma impulsiva después de una contrariedad, siente una angustia insoportable y pretende escapar mediante el suicidio, reclamar apoyo o castigar a sus padres. La conducta suicida sería el resultado de la interacción dinámica entre la personalidad del paciente, su estado afectivo y las circunstancias sociales.

#### 1.1 Clasificación de la conducta suicida

- Ideas suicidas: se refieren comúnmente a cogniciones que pueden variar desde pensamientos fugaces de que la vida no vale la pena vivirse, pasando por planes muy explícitos y bien meditados para matarse, hasta una intensa preocupación con imaginaciones autodestructivas.

- Parasuicidio o tentativa de suicidio: el término *parasuicidio* ha sido utilizado para definir conductas que pueden variar desde lo que algunas veces se llama *gestos suicidas* o *intentos manipulativos*, hasta intentos serios pero con resultados no totales, que pretenden causar o realmente causan daño a sí mismo o que, sin la intervención de otros habría sido así; o bien, ingerir una sustancia en exceso por encima de la dosis generalmente reconocida o prescrita a nivel terapéutico.

- Suicidio consumado: hace referencia comúnmente a cualquier muerte que sea el resultado directo o indirecto de un acto llevado a cabo por la víctima, en el cual esta sabe o cree que se producirá este resultado. Esta definición implica, por supuesto, primero, que el término *suicidio* se aplicaría solo en caso de muerte; segundo, aceptar un riesgo que conduce a la muerte: si la secuencia causal indirecta puede ser especificada y fue intencionada, es suicidio; tercero, la conducta autodestructiva a veces se refiere como «erosión» suicida, tal como las huelgas de hambre o el rechazo a tomar una medicación; si la muerte es el resultado final, debería ser considerada también suicida (Citalán, 2011: 3).

### 1.1.1 Etiología

- Factores biológicos

Según estudios neuroquímicos en adultos se han encontrado evidencias de alteraciones serotoninérgicas en pacientes suicidas (Mann *et al.*, 1986).

Hay estudios que establecen que para que ocurra el suicidio debe darse, por un lado la alteración serotoninérgica y, por otra, el diagnóstico de enfermedad psiquiátrica: depresión, esquizofrenia o alteración de la personalidad (Cit. en Citalán, 2011).

Otros, como Arango *et al.* (1993), postulan que los cambios en la función serotoninérgica puede que no estén específicamente asociados con el comportamiento suicida pero sí con características más generales como la impulsividad o el umbral para la violencia. Lo que sí parece claro es que existe este efecto en todos los grupos de edad (Citalán, 2011).

- Factores familiares

La violencia familiar y los maltratos físicos o sexuales se han asociado tanto a tentativas como a suicidios consumados, y pueden actuar tanto como factores de riesgo distales como proximales (Cit. en Citalán, 2011).

El entorno familiar desestructurado definido como separación, divorcio, viudedad o violencia familiar, también se ha asociado con el suicidio infantil y juvenil. Hay muchos factores de riesgo biológicos y del entorno que están interrelacionados: familias con altos porcentajes de alteraciones mentales, de consumo de sustancias o de enfermedad mental, tienen mayor probabilidad de ser disfuncionales, desorganizadas, violentas y abusivas, y por tanto, de tener un riesgo incrementado en niños y adolescentes.

- Abuso de sustancias

Es uno de los factores más importantes en el suicidio juvenil y puede actuar tanto como factor distal como proximal. Se asocia con una mayor frecuencia y repetición del intento de suicidio, con tentativas médicamente más letales y con niveles más altos de ideación suicida (Crumley, 2010).

En la mayoría de los casos se encuentra el abuso de varias sustancias a la vez, frecuentemente el alcohol asociado con cocaína y/o marihuana (Cit. en Citalán, 2011).

- Factores situacionales

Los estresores que se identifican con mayor frecuencia en los suicidios de jóvenes son las pérdidas o conflictos interpersonales, los conflictos económicos y los problemas legales (Rich *et al.*, 1989). Uno de los escasos factores que se ha identificado y se correlaciona con la tasa global de suicidio es la disponibilidad de medios para cometerlo.

Muchas de las señales de aviso de posibles sentimientos suicidas son también síntomas de depresión y estrés. La observación de los siguientes comportamientos ayuda a identificar a las personas que pueden encontrarse bajo el riesgo de intento de suicidio:

- Cambios en los hábitos alimenticios y del sueño.
- Pérdida de interés en las actividades habituales.
- Retraimiento respecto de los amigos y miembros de la familia.
- Manifestaciones de emociones contenidas y alejamiento o huida.
- Uso de alcohol y de drogas.
- Descuido del aspecto personal.
- Situaciones de riesgo innecesarias.
- Preocupación acerca de la muerte.
- Aumento de molestias físicas frecuentemente asociadas con conflictos emocionales, como dolores de estómago, de cabeza y fatiga.
- Pérdida de interés por la escuela o el trabajo escolar.
- Sensación de aburrimiento.
- Dificultad para concentrarse.
- Deseos de morir.
- Falta de respuesta a los elogios.
- Aviso de planes o intentos de suicidarse, incluidos los siguientes comportamientos:  
Verbalizar: «Quiero matarme» o «Voy a suicidarme». Da señales verbales como «No seré un problema por mucho tiempo más» o «Si me pasa algo, quiero que sepan que...» Regala sus objetos favoritos o tira sus pertenencias importantes. Se pone alegre repentinamente luego de un período de depresión. Puede expresar pensamientos extraños. Escribe una o varias notas de suicidio.

Las amenazas de suicidio significan desesperación y un pedido de auxilio. Siempre se deben tener en cuenta muy seriamente los sentimientos, pensamientos, comportamientos o planes de suicidio (Citalán, 2011).

## **1.2 Depresión**

### **1.2.1 Definición, características y datos epidemiológicos**

La depresión es un sentimiento de tristeza intenso que puede producirse tras una pérdida reciente u otro hecho triste, pero es desproporcionado con respecto a la magnitud del hecho y persiste más allá de un período justificado. Esta enfermedad progresa cada día afectando sus pensamientos, sentimientos-emociones, salud física, su forma de comportarse, y su relación con los familiares, amigos, y todas las personas en general.

Es una enfermedad médica muy frecuente y puede afectar a cualquier persona. Aproximadamente 1 de cada 20 personas, el doble de mujeres que de hombres (Citalán, 2011). Después de la ansiedad, la depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente. Se estima que un 10 % de la gente que consulta a un médico pensando que tiene un problema físico, tiene en realidad una depresión. La depresión comienza habitualmente entre los 20 y los 50 años, los nacidos en las últimas décadas del siglo XX parecen tener una incidencia mayor de depresión que las generaciones anteriores (Citalán, 2011).

Un suceso de depresión dura comúnmente de 6 a 9 meses, pero en el 15 y 20 % de los pacientes dura 2 años o más. Los episodios generalmente tienden a recurrir varias veces a lo largo de la vida.

La Organización Panamericana de la Salud en el 2012 afirmó que el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa y/o actúa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza: no indica debilidad personal, no es una condición de la cual uno puede liberarse voluntariamente, pues es una enfermedad médica que se cura con un tratamiento respectivo como cualquier otra enfermedad que uno sufre.

La depresión surge generalmente por experiencias dolorosas durante nuestra infancia —aún desde el vientre materno— niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez. Cuando la depresión aparece en la vida adulta aparentemente sin motivo es que ya estaba en la mente

agazapada y creciendo. Hoy los estudios nos dicen que los pequeños también padecen depresión reactiva y angustia de por vida, cuando estos sufren la ausencia diariamente de ambos padres o de la madre por más de 3 horas; por las heridas de la vida, es decir, por los rechazos, abandonos, traiciones, humillaciones e injusticias.

Los síntomas se desarrollan habitualmente de forma gradual a lo largo de días o semanas. Una persona que está entrando en una depresión puede parecer lenta y triste, o irritable y ansiosa.

Muchas personas con depresión no pueden expresar normalmente sus emociones (como la aflicción, la alegría y el placer); en casos extremos el mundo aparece ante ellos como descolorido y sin vida. El pensamiento, la comunicación y otras actividades de tipo general pueden hacerse más lentos, hasta cesar todas las actividades voluntarias.

### **1.2.2 Principales síntomas que la definen según el DSM-IV:**

- Tristeza patológica.
- Ansiedad.
- Insomnio.
- Alteraciones del pensamiento.
- Alteraciones somáticas.
- Alteraciones del comportamiento.
- Pérdida del placer.
- Culpa excesiva.
- Pensamiento suicida.
- Disminución de la energía.

El profesional es capaz de diagnosticar una depresión a partir de los signos y síntomas, con una historia previa de depresión o una historia familiar, recopilando y organizando información junto con un alto índice de sospecha y de intuición fundada, que serán de gran ayuda para confirmar el diagnóstico.

### 1.3 Ansiedad

#### 1.3.1 Definición, características y datos epidemiológicos

En cuanto a las personas que padecen un trastorno de ansiedad, son vistas por los demás como personas muy ansiosas. Esto es diferente a la reacción más o menos adaptativa que una persona puede tener ante una situación amenazante.

El Estudio Nacional de Comorbilidad de los Estados Unidos (NCS) halló una prevalencia a lo largo de la vida del 50 % y en el último año del 30 % para los trastornos mentales. Por su parte, los trastornos de ansiedad afectan el 17,3 % de la población norteamericana (Sanz y Capella, 2012). Muchas veces ha sido subdiagnosticada, en gran parte por su desconocimiento como patología, o porque se presume que es normal. Los pacientes buscan ayuda debido a quejas somáticas difusas, múltiples e inexplicables. Es más común en mujeres que en hombres, usual en jóvenes e incluso en niños. La coexistencia con otros trastornos mentales es frecuente, especialmente con la depresión.

En la Tabla I aparece de forma resumida una relación de los temores del desarrollo según el momento evolutivo, acompañados de los trastornos de ansiedad más frecuentes en el mismo período. Por temores del desarrollo nos referimos a miedos normales, presentes como expresión del funcionamiento de los sistemas de alarma dirigidos a asegurar la adaptación y supervivencia (Ruiz y Begoña, 2005).

Ya Freud en su libro *Inhibición, síntoma y angustia* de 1926, se refirió a estos fenómenos tempranos y los consideró como reacciones normales ante peligros reales dejando bien claro que no obedecen a conflictos internos, es decir, no son expresión de una neurosis u otra patología. La ansiedad patológica consiste en la aparición de una sensación de intenso malestar, sin causa objetiva que lo justifique, que se acompaña de sentimientos de aprensión. La persona que tiene ansiedad teme volverse loca, morir o realizar un acto incontrolable. Las respuestas de ansiedad incluyen síntomas cognitivos y somáticos que son característicos y que expresan la activación del sistema autonómico (inquietud psicomotriz, pilorección, taquicardia, taquipnea, sensación de muerte inminente, tensión, etc.). Los efectos a largo plazo de los síntomas de ansiedad persistente pueden ser variados y de consecuencias casi irreparables, pues pueden derivar en daños en el desarrollo del concepto de sí mismo, en la autoestima, en el funcionamiento interpersonal y en la adaptación social (Ruiz y Begoña, 2005).

**Tabla I**

<b>Tabla I. Los temores del desarrollo y los trastornos de ansiedad en el niño y en el adolescente. Según momento evolutivo</b>		
	<b>Miedos y temores propios de la etapa evolutiva</b>	<b>Trastornos de ansiedad prototípicos</b>
Infantes (hasta 5 años)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estímulos discrepantes</li><li>• Ansiedad ante el extraño</li><li>• Ansiedad de separación</li><li>• Otros (oscuridad, seres extraños...)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ansiedad generalizada</li></ul>
Niños (5-12 años)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acontecimientos misteriosos</li><li>• Daños corporales</li><li>• Adecuación (rechazo parental) y rendimientos</li><li>• Relación con iguales</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ansiedad de separación</li><li>• Trastorno de ansiedad generalizada</li><li>• Fobias específicas</li></ul>
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"><li>• Adecuación social</li><li>• Hipocondriasis</li><li>• Miedo a la muerte</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fobia social</li><li>• Trastornos propios del adulto</li></ul>

Fuente: Ruiz y Begoña (2005)

## **2. Ansiedad, depresión y suicidio en diferentes etapas de la vida**

### **2.1 Depresión, ansiedad y suicidio infanto-juvenil**

La depresión en la niñez se empezó a reconocer solo hace dos décadas. El niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar ir a la escuela, no querer separarse de los padres o tener miedo a que uno de los padres muera. El niño más grande puede ponerse de mal humor, meterse en problemas en el colegio, comportarse como un niño travieso o indisciplinado, estar malhumorado o sentirse incomprendido (Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, 2013).

Dado que los comportamientos normales varían de una etapa de la niñez a la otra, es a veces difícil establecer si un niño está simplemente pasando por una fase de su desarrollo o si está verdaderamente padeciendo de depresión. A veces el niño tiene un cambio de comportamiento marcado que preocupa a los padres, o el maestro menciona que «el niño no parece ser él mismo». En tal caso, después de descartar problemas físicos, el pediatra puede sugerir que el niño sea evaluado, preferiblemente por un psiquiatra especializado en niños. Los niños constituyen una población diferente y no pueden ser tratados como si solo fueran adultos en miniatura (Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, 2013).

Una forma definida de depresión, denominada depresión analítica, tiene lugar en la segunda mitad del primer año de vida en niños que han estado separados de su madre. En diferentes combinaciones y grados de severidad, este tipo de depresión combina aprensión, tristeza, llanto frecuente, rechazo del entorno, retraimiento, retraso, aletargamiento, falta de apetito, insomnio y expresiones de desdicha. Se habla de depresión mayor, cuando los síntomas sobrepasan las 2 semanas, y de trastorno distímico, cuando estos síntomas pasan de un mes (Guillén, Gordillo y Ruiz, 2013).

Los síntomas van variando dependiendo de la etapa de desarrollo. En niños pequeños, hasta que entran en la edad escolar, la depresión toma una base psicósomática (trastornos en la alimentación y en el sueño, onicofagia, crisis de llanto, enuresis) y puede desarrollarse en 3 fases de conducta:

1. Fase de protesta: corresponde a una ansiedad de separación (de la madre).
2. Fase de desespero: el niño rehúsa comer, no se deja vestir, se queda callado, inactivo, sin solicitar nada de su entorno, con expresiones de pena y duelo.

3. Fase de desvinculación: se elabora la pérdida o se construyen defensas contra la misma, las conductas más comunes son el llanto y los gritos.

En niños mayores, se presenta una alta sensibilidad, dificultades de conducta, irritabilidad y sentimientos de inferioridad, que a veces irrumpen en forma de ideas suicidas, tiene un semblante triste y muestra escaso interés hacia el entorno; rechaza la ayuda que se le ofrece, y abandona prontamente todo aquello que le decepciona (Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, 2013).

Algunos niños enmascaran su depresión mediante una autocrítica exagerada, un fracaso escolar, dificultades en el manejo de la agresividad o de irrupciones agresivas y ansiosas. La creciente demanda de atención psicológica a niños, motivada en gran medida por la alta prevalencia de trastornos psíquicos en la infancia, y específicamente los de ansiedad infantil, son considerados hoy por hoy como uno de los problemas más comunes en la clínica infanto-juvenil por diversos autores y la segunda causa de atención psicológica en el mundo (Guerra y Herrera, 2007).

Para L. S. Vigotsky (1896-1934), la comprensión y el esclarecimiento de los aspectos referidos al desarrollo de la personalidad y la constatación de los indicadores subjetivos en el proceso de autorregulación, deben considerarse a partir del desarrollo del hombre condicionado histórica y socialmente, o sea, lo que definió este autor como «el origen social de las funciones psíquicas superiores, que en su desarrollo podrán bosquejar la vía del desenvolvimiento de la personalidad del niño» (Cit. en Guerra y Herrera, 2007).

De acuerdo con Guerra y Herrera, quienes plantean que desde este paradigma se aporta la lógica interna del desarrollo personal, introduciendo así conceptos de vital importancia en la comprensión de la subjetividad humana, tales como: situación social de desarrollo, las nuevas formaciones propias de la edad, neoformación, la ley genética fundamental del desarrollo, zona de desarrollo próximo, proceso de interiorización, signo, la unidad entre lo afectivo y lo cognitivo y la vivencia, entre los más representativos. Además, este enfoque nos permite reconocer la relación del desarrollo psíquico del niño con las influencias del medio. De esta manera, asumir el estudio de la personalidad en la etapa infantil, en el marco de una contextualización histórico-cultural, significa investigar al niño teniendo en cuenta la influencia de una amplia gama de interrelaciones establecidas por el adulto,

representante de una institución determinada (familia, escuela, comunidad) y es precisamente en esta dinámica que se va estructurando su propia subjetividad.

En la práctica clínica infantil actual resulta necesario contar con una definición del término *ansiedad clínica infantil*, de la que no disponemos en la actualidad. No obstante, se constata el estado psíquico con manifestaciones de síntomas emocionales (miedo excesivo, expresión de vivencias negativas, preocupación por eventos futuros, tristeza, llanto, necesidad insatisfecha de afecto y agresividad); neurovegetativos (cefalea, hiperhidrosis, cólicos, taquicardia, frialdad en la piel, dermatitis y alopecia areata); motores (hiperactividad o pasividad); vinculares (conflictos en las relaciones interpersonales con padres, adultos y coetáneos y la agresividad); cognoscitivos (distractibilidad, afectación dinámica de la actividad mnémica y disminución e inestabilidad del rendimiento intelectual), y trastornos de los hábitos (pesadillas, insomnio, inapetencia, enuresis y tics) con predominio de los primeros, no secundarios a otra enfermedad y con una evolución progresiva y dinámica de los mismos, con tendencia a la estructuración en la medida en que no se atiende al menor, limitando temporalmente el eficaz desenvolvimiento del niño en al menos dos contextos de interacción social y expresándose con determinada intensidad al menos durante un año, en correspondencia con la influencia de factores potencialmente psicopatógenos, de repercusión negativa en la esfera familiar, escolar o social (Guerra y Herrera, 2007).

Estos trastornos de ansiedad clínica aparecen muy vinculados con la timidez y con la presencia de lazos afectivos familiares, en particular la sobreprotección, destacando que si las frustraciones son abundantes en la vida del niño, son capaces de producir angustia y es lógico suponer que este tendrá que utilizar un mecanismo de adaptación que puede ser transitorio en la medida en que sea capaz de actuar cada vez más conscientemente. Cuando el intento patológico de adaptación se cronifica el niño está definitivamente neurótico.

Como es conocido, se considera que por debajo de los 5 o 6 años, los niños tienen un concepto muy rudimentario de lo que es la muerte o el morir, por lo que resulta prácticamente improbable que se participe activamente de la muerte (Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, 2014).

En la infancia, como es lógico suponer, los factores de riesgo suicida deben ser detectados principalmente en el medio familiar. Por lo general, el clima emocional familiar es caótico,

pues no hay un adecuado funcionamiento de sus integrantes y no se respetan los roles ni las fronteras de sus respectivos miembros. Los padres, cuando conviven juntos se enrolan en constantes querellas, llegando a la violencia física entre ellos o dirigiéndola a los integrantes más vulnerables, en este caso los más jóvenes (niños y niñas) y los más viejos (ancianos y ancianas). Es frecuente que los progenitores padezcan alguna enfermedad mental, entre las que se citan por su frecuencia, el alcoholismo paterno y la depresión materna. La depresión materna, además del peligro suicida que conlleva, se convierte en un estímulo para el pesimismo, la desesperanza, la sensación de soledad y la falta de motivación. A ello se añaden las situaciones de maltrato al no poder la madre, en estas condiciones, satisfacer las necesidades emocionales y de cuidados del niño o la niña (Pérez y Urquijo, 2013).

Otro factor de riesgo de importancia en la niñez es la presencia de conducta suicida en alguno de los progenitores, aunque no está demostrado que el suicidio esté determinado genéticamente. Otras veces lo que se transmite es la predisposición genética, no para el suicidio, sino más bien para alguna de las enfermedades en las que este síntoma es frecuente (depresión). Las relaciones entre los progenitores y sus hijos pueden convertirse en un factor de riesgo de suicidio cuando están matizadas por situaciones de maltrato infantil y de abuso sexual, físico o psicológico (Pérez y Urquijo, 2013).

Los motivos que pueden desencadenar una crisis suicida infantil son variados y no específicos, pues también se presentan en otros niños que nunca intentarán atentar contra su vida. Entre los más frecuentes se encuentran:

1. Presenciar acontecimientos dolorosos como el divorcio de los padres, la muerte de seres queridos, de figuras significativas, el abandono, etc.
2. Problemas en las relaciones con los progenitores en los que predomine el maltrato físico, la negligencia, el abuso emocional y el abuso sexual.
3. Problemas escolares, sea por dificultades del aprendizaje o disciplinarios.
4. Llamadas de atención de carácter humillante por parte de padres, madres, tutores, maestros o cualquier otra figura significativa, sea en público o en privado.
5. Búsqueda de atención al no ser escuchadas las peticiones de ayuda mediante otras formas expresivas.

6. Para agredir a otros con los que se mantienen relaciones disfuncionales, generalmente las madres y los padres.
7. Para reunirse con un ser querido recientemente fallecido y que constituía el principal soporte emocional del niño o la niña.

En los adolescentes, la sintomatología ya mencionada, se hace más aguda, aparecen sentimientos de autodesprecio, impotencia, inhibición respecto al entorno e ideas de suicidio.

#### *Duelos en la adolescencia*

1. El duelo por el cuerpo infantil, aquel cuerpo que ya no tiene y que está siendo sustituido por uno que todavía no conoce y que le genera sentimientos encontrados de vergüenza y aceptación, lo que es claramente un signo de crecimiento.
2. El duelo por la personalidad infantil, que enfrenta al adolescente a pensar y ver la vida de forma distinta.
3. El duelo por los padres infantiles, que ya no son aquellos héroes o ídolos perfectos que uno miraba hacia arriba, sino que ahora se convierten en seres humanos con defectos, virtudes, aciertos y equivocaciones (Pérez y Urquijo, 2013).

En los últimos años, hemos visto un aumento considerable en la prevalencia de la depresión en todo el mundo y al mismo tiempo una disminución en la edad en que se inicia. Los trastornos depresivos afectan a personas de cualquier edad, condición económica o nivel educativo o cultural, y representan un costo importante para los individuos, la familia, el sistema de salud y la comunidad en general. Aunque existen múltiples estudios sobre la prevalencia, diagnóstico y tratamiento de la depresión en los adultos, hay pocos en la población infantil y adolescente. La importancia de profundizar en aspectos claves de la depresión mayor en niños y adolescentes se justifica por la magnitud del problema, tanto en el ámbito de la salud como en el social, y por la demanda generada por las diversas áreas del sistema de sanidad involucradas en el manejo de esta patología.

Cytryn en 1980 distingue tres corrientes de opinión sobre la nosología de la depresión infantil: 1) como una entidad clínica única que requiere un criterio diagnóstico distinto al usado para los adultos; 2) englobarla en los trastornos afectivos de los adultos y diagnosticarla con los mismos criterios de esta, aunque ligeramente modificados; 3) no

concederle la categoría de entidad diagnóstica válida. La más verosímil y mayormente aceptada es la visión de que la depresión infantil comparte la etiopatogenia con la depresión del adulto pero en sus manifestaciones se aparta a menudo de ella, tomando características propias, según corresponde a los distintos niveles de desarrollo (Guillén, Gordillo y Ruiz, 2013).

Los hallazgos muestran que existe una mayor probabilidad de padecer depresión entre las adolescentes que reportan la convivencia con una persona alcohólica. Por otra parte, la violencia intrafamiliar ocupa un lugar central para explicar esta patología en los adolescentes.

Entre depresión y satisfacción familiar en adolescentes estudiantes españoles se demostró que existe una asociación, para lo cual Salazar, Veytia y Márquez en el 2013 realizaron un estudio de tipo transversal donde participaron 448 estudiantes de 14 a 19 años de edad. Para medir la depresión, se utilizó el Cuestionario para el Diagnóstico de los Cuadros Depresivos de Calderón, y para satisfacción familiar la Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos de Barraca y López-Yarto. Se realizó un análisis de regresión logística múltiple para evaluar la asociación entre dichas variables, cuyos resultados indican que 12,9 % de los adolescentes sufría depresión y 24,8 % insatisfacción familiar, hallándose además una relación significativa entre ambas. Asimismo, los adolescentes que mostraron insatisfacción familiar tuvieron 2,38 más posibilidades de sufrir depresión.

Se ha documentado que la depresión en adolescentes se asocia con una mayor probabilidad de conducta violenta, particularmente en los varones, así como con el bajo rendimiento escolar y con el consumo de sustancias adictivas. Antes de la adolescencia, los niños y las niñas padecen depresión con la misma frecuencia aproximadamente.

Pero, en la adolescencia, las niñas tienen más probabilidades de padecer depresión que los niños (Guillén, Gordillo y Ruiz, 2013). Es probable que los cambios biológicos y hormonales que ocurren durante la pubertad sean las causas del fuerte aumento en los índices de depresión que se observa entre las niñas adolescentes. Además, las investigaciones sugieren que las niñas tienen más probabilidades que los niños de continuar sintiéndose mal después de atravesar situaciones o eventos difíciles, lo que sugiere que son más propensas a padecer de depresión. En otro estudio se detectó que las niñas, más que los niños tienden a dudar de sí mismas y de su capacidad para solucionar conflictos y a

considerar que sus problemas no tienen solución. Las niñas que presentan estas tendencias también tienen más probabilidades de tener síntomas depresivos. También se demostró que en comparación con los niños, las niñas tienden a necesitar un mayor grado de aprobación y de éxito para sentirse seguras (Guillén, Gordillo y Ruiz, 2013).

Un estudio llevado a cabo por Serrano y Flores en el 2009 tuvo como objetivo determinar la relación entre el estrés, características personológicas, el afrontamiento de los problemas y la ideación suicida en adolescentes mexicanos. Participaron 370 sujetos: hombres y mujeres seleccionados probabilísticamente de escuelas secundarias y preparatorias. Se aplicaron las escalas de estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida adaptadas por González-Forteza.

Los resultados indican que a mayor estrés con la pareja, mayor ideación suicida en los hombres. En las mujeres, la ideación suicida se asoció con un mayor estrés social y con la pareja. Asimismo, se encontró correlación moderada, significativa y positiva entre los factores de las escalas de afrontamiento y la ideación suicida.

La tasa de suicidio en la adolescencia ha aumentado de forma espectacular desde 1960. El suicidio entre las adolescentes ha aumentado de dos a tres veces. Los factores que pueden haber contribuido a este aumento son el mayor número de trastornos depresivos entre los jóvenes (la depresión grave es la característica más prevalente en el adolescente suicida), el aumento de la tasa de divorcios, la disolución del núcleo familiar y la disponibilidad de armas de fuego (Pfeffer y Smith, 2010).

La hostilidad, la agresividad y la agresión también se relacionan con el suicidio. El suicidio en los adolescentes, al igual que en otras poblaciones, suele darse junto a la hostilidad, no solo hacia uno mismo, sino también hacia los demás. En muchos casos se ha observado una correlación entre la tendencia al suicidio y la conducta agresiva en adolescentes cuando los padres presentan el abuso de sustancias como factor de riesgo.

#### *Trastornos de ansiedad en la adolescencia*

- *Trastorno de ansiedad fóbica (CIE-10)*

La ansiedad fóbica se pone en marcha en situaciones bien definidas o frente a objetos que no son en sí mismos generalmente peligrosos, estas se evitan de un modo específico o si acaso son afrontadas con temor. La preocupación del enfermo se centra en síntomas

aislados como sensación de desvanecimiento, frecuentemente el miedo a morir, a perder el control, a volverse loco. La ansiedad no se alivia por saber que otras personas no consideran dicha situación como peligrosa o amenazante. La ansiedad fóbica suele empeorar con un episodio depresivo recurrente.

- *Agorafobia (CIE-10)*

Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede ser difícil o embarazoso, o bien donde pueda ser imposible encontrar ayuda en el caso de que se presente un ataque de pánico. Tiende a ser hereditario (etiopatogenia).

Pautas para el diagnóstico:

- Los síntomas psicológicos vegetativos son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo las ideas delirantes u obsesivas.
- Esta ansiedad se limita en al menos dos de las siguientes situaciones (o predominan): multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar solo.
- La evitación de la situación fóbica ha sido una característica deseada.

Cuadro clínico:

- Palpitaciones.
- Miedo a morir, a perder el control, a volverse loco.
  - *Fobias sociales*

Suelen comenzar en la adolescencia, giran en torno al miedo de ser enjuiciados por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño «a diferencia de las multitudes» y llegan a evitar situaciones sociales. Miedo intenso de llegar a sentirse humillado en situaciones sociales, especialmente de actuar de manera que se coloque uno en una situación vergonzosa frente a las demás personas. Tienen idea de que los demás son más competentes en público de lo que ellos son. La fobia social más común es el miedo de hablar en público, puede parecer vergonzoso el rubor, siente que todos lo están mirando, miedo a estar con personas que no sean las más allegadas a él. Esto se acompaña de baja estimación de sí mismo y miedo a las críticas. Las conductas de evitación pueden ser intensas y en casos extremos pueden llegar a un aislamiento social casi absoluto.

Pautas para el diagnóstico (se deben cumplir todas las condiciones):

- Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no como otros síntomas secundarios, como por ejemplo: ideas delirantes u obsesivas.
- Se limita o predomina en situaciones sociales completas y de deterioro.
- Es muy llamativa la evitación de estas situaciones fóbicas.

Etiología:

Frecuentemente hereditaria y puede estar acompañada de depresión o de alcoholismo.

- *Fobias específicas*

Miedos intensos o irracionales a ciertas cosas o situaciones tales como la proximidad de animales determinados, truenos, alturas. Existen cuatro subtipos:

1. Ambiental.
2. Animal.
3. Sangre, inyección, daño.
4. Situacional.

Aunque la situación desencadenante sea muy específica y concreta, su presencia puede provocar pánico. Suelen presentarse por primera vez en la infancia o en la vida adulta y persistir determinada década. El comienzo es repentino y en la adolescencia son más persistentes que en la niñez. Sus causas son desconocidas.

Pautas para el diagnóstico (se deben cumplir todas las condiciones):

- Los síntomas psicológicos o vegetativos son manifestaciones primarias de la ansiedad a otros síntomas como por ejemplo: ideas delirantes u obsesivas.
- Se limita a la presentación de objetos o situaciones específicas.
- Estas situaciones son evitadas lo más posible.

Incluye:

- Zoofobia.
- Fobia a los exámenes.
- Acrofobia.
- Fobia simple.

- *Trastorno de pánico (ansiedad prosística episódica)*

Presencia de crisis recurrentes de ansiedad graves (no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares, son por tanto imprevisibles). Aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo, náuseas o problemas estomacales, hormigueo o entumecimiento, estremecimiento o temblores, terror, sensación de falta de control o de estarse volviendo loco, temor a morir, transpiración, puede durar de dos a diez minutos. Algunos raramente pueden durar una hora o más. El comienzo es generalmente en la adolescencia, tiende a ser hereditario (etiopatogenia).

Pautas para el diagnóstico:

- Si existen elementos de fobia tienen preferencia.
- El trastorno de pánico es el diagnóstico principal solo en ausencia de cualquiera de las fobias de la f-40.
- Debe presentar para diagnóstico definitivo varios ataques de ansiedad al menos durante un mes y con las siguientes características:
  - Con circunstancias donde no hay peligro objetivo.
  - No deben presentarse solos en situaciones conocidas o predecibles
  - En el periodo entre las crisis el individuo debe estar además relativamente libre de ansiedad, aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.

Incluye:

- Ataque de pánico, estados de pánico.
- Diagnóstico diferencial.
- Crisis de pánico que se presentan en los trastornos fóbicos.

Las crisis de pánico pueden ser secundarias a un trastorno depresivo, en especial en varones. No debe ser el diagnóstico principal si se cumplen las pautas del trastorno depresivo.

- *Trastorno de ansiedad generalizada (CIE-10)*

Ansiedad generalizada y persistente que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental. Se trata de una angustia libre latente.

Síntomas:

Sentirse constantemente nervioso con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas.

No pueden relajarse, ni deshacerse de sus inquietudes. Dificultades en el sueño, dolores de cabeza, irritabilidad, transpiración o exceso de calor. Sensación de tener un nudo en la garganta.

Pautas para el diagnóstico:

- Debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días, al menos durante varias semanas. Deben estar presentes rasgos de:
  - Aprensión.
  - Tensión muscular.
  - Hiperactividad vegetativa.
- *Trastorno mixto ansioso-depresivo (CIE-10)*

Están presentes síntomas de ansiedad y depresión pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado.

Cuadro clínico:

Síntomas depresivos que cumplen los criterios de depresión mayor y que se acompañan de síntomas de ansiedad generalizada o somatización, síntomas ansiosos, problemas del sueño, taquicardia, palpitaciones, inquietud, mareos, sensación de miedo, molestia digestiva, problemas de tensión muscular.

Pautas para el diagnóstico:

Debe usarse cuando están presentes síntomas de ansiedad y depresión, pero ninguno de ellos predominan claramente ni tienen la intensidad suficiente para justificar un diagnóstico por separado. La ansiedad acompañada de depresión de intensidad más leve, hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de *trastornos de ansiedad* o de *ansiedad fóbica*. Cuando ambas series de síntomas estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual, deben recogerse ambos trastornos y no debe usarse esta categoría. Si por reacciones prácticas solo puede darse un diagnóstico, se prioriza el de depresión.

Etiopatogenia:

- Las modificaciones sobre los sistemas de neurotransmisores. La causa de la depresión puede ser genética, ambiental o una combinación de ambas.
- No se sabe si a largo plazo puede existir una depresión o ansiedad como causa.

- *Trastorno obsesivo-compulsivo*

Presencia de pensamientos obsesivos y actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo de una forma estereotipada. Las imágenes preocupantes se llaman obsesiones y los rituales que se celebran para tratar de prevenirla se llaman impulsos. No son placenteros ni dan lugar a actividades útiles por sí mismos.

La relación entre rumiaciones obsesivas y depresión es particularmente íntima y se elegirá el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo solo cuando las rumiaciones aparecen o persisten en ausencia de un trastorno depresivo.

- Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)

La mayoría de los actos compulsivos se relacionan con la limpieza en particular: el lavado de las manos con comprobaciones repetidas para asegurarse de que se ha evitado una situación potencialmente peligrosa, o relacionados con la pulcritud y el orden. En la conducta manifiesta subyace por lo general un miedo a ser objeto o motivo de un peligro y el ritual es un intento ineficaz o simbólico de conjurar ese peligro. Los rituales compulsivos pueden ocupar muchas horas de cada día y suelen acompañarse a veces de una marcada incapacidad de decisión y de un enlentecimiento. En conjunto son tan frecuentes en un sexo como en el otro, pero el lavado de manos es el ritual más frecuente en las mujeres y el enlentecimiento sin repeticiones es más común en los varones.

Los rituales están menos íntimamente relacionados con la depresión que los pensamientos obsesivos y responden con mayor facilidad a las terapéuticas de modificación del comportamiento.

- Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos

La mayoría de los enfermos con un trastorno obsesivo-compulsivo presentan tanto pensamientos obsesivos como compulsiones. Esta subcategoría debe ser usada cuando ambos son igualmente intensos, como es frecuente aunque es útil especificar solo cuando uno de ellos destaca con claridad, ya que pensamientos y actos pueden responder a tratamientos diferentes.

- *Trastornos disociativos (de conversión)*

El rasgo común que comparten los trastornos de este grupo es la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia

identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales. Normalmente hay un considerable grado de control consciente sobre qué recuerdos y qué sensaciones pueden ser seleccionados por la atención inmediata y qué movimientos hay que llevar a cabo. Se acepta que en los trastornos disociativos esta capacidad para ejercer un control consciente y selectivo se ha perdido en un grado que puede variar de día en día o de hora en hora. Por lo general es muy difícil averiguar hasta qué punto parte de los déficits funcionales están bajo un control voluntario.

Estos trastornos habían sido clasificados previamente como diferentes tipos de «histeria de conversión» pero ahora parece lo más conveniente evitar el término «histeria» en la medida de lo posible, debido a que tiene muchos significados distintos. Se supone que los trastornos disociativos descritos aquí tienen un origen psicógeno y tienen una estrecha relación temporal con acontecimientos traumáticos, problemas insolubles o insoportables, o relaciones interpersonales alteradas. Por lo tanto, suele ser posible hacer interpretaciones o presunciones acerca de los métodos a los que recurre el enfermo para manejar el estrés intolerable, pero los conceptos que se derivan de teorías psicológicas, tales como «motivación inconsciente» y «ganancias secundarias» no se incluyen entre las pautas para el diagnóstico.

El término «conversión» se utiliza ampliamente para alguno de estos trastornos, e implica que sentimientos no satisfactorios originados por los problemas y conflictos que el enfermo no puede resolver, se transformen de alguna manera en síntomas.

Suele referirse que el comienzo y la terminación de los estados disociativos son repentinos, pero rara vez pueden ser presenciados, excepto durante interacciones artificiales o procedimientos tales como la hipnosis o la abreacción. La transformación o la desaparición de un estado disociativo puede limitarse al tiempo que duren estas intervenciones. Todos los tipos de estados disociativos tienden a remitir al cabo de unas pocas semanas o meses, en especial si su comienzo tuvo relación con un acontecimiento biográfico traumático. Pueden presentarse estados más crónicos (que a veces van surgiendo de un modo más lentamente progresivo), en particular parálisis y anestias, si el comienzo está relacionado con problemas insolubles o dificultades personales. Los estados disociativos que han persistido más de uno o dos años antes de recibir atención psiquiátrica suelen ser resistentes a los tratamientos.

Los enfermos con trastornos disociativos presentan a veces una negación llamativa de problemas o dificultades personales que son obvios para los demás y cualquier problema reconocido como tal, se atribuye a los síntomas disociativos.

La despersonalización y la desrealización no se incluyen aquí, puesto que en estos síndromes solo se afectan aspectos limitados de la identidad personal y no suelen acompañarse de déficits funcionales de la sensibilidad, de memoria o de la motilidad.

Pautas para el diagnóstico:

Para un diagnóstico seguro de cualquiera de los trastornos disociativos deben cumplirse las tres condiciones siguientes:

- Presencia de las características clínicas ya especificadas en los trastornos aislados;.
- Ausencia después de las exploraciones clínicas complementarias de un trastorno somático que pudiera explicar los síntomas.
- Evidencia de una génesis psicógena, en la forma de una clara relación temporal con acontecimientos biográficos estresantes y problemas o relaciones personales alterados (aunque sean negados por el enfermo).

A veces, incluso a pesar de sólidas sospechas, es difícil llegar a un convencimiento pleno de la génesis psicológica de los síntomas. En presencia de trastornos conocidos del sistema nervioso central o periférico, el diagnóstico de trastorno disociativo debe hacerse con mucha precaución. Si faltan datos para reconocer una génesis psicológica, el diagnóstico debe quedar como provisional y se debe perseverar en la investigación de posibles factores psicológicos y somáticos.

Incluye:

- Histeria.
- Histeria de conversión.
- Reacción de conversión.
- Psicosis histérica.

Excluye:

- Simulación (consciente) (Z76.5)
- Amnesia disociativa

La característica principal de este trastorno es la pérdida de memoria en general para hechos recientes importantes, no debida a un trastorno mental orgánico y demasiado intensa

como para ser explicada por un olvido ordinario o por cansancio. La amnesia se centra habitualmente alrededor de acontecimientos traumáticos, tales como accidentes o duelos inesperados y suele ser parcial y selectiva. La extensión y alcance de la amnesia varía a menudo de día en día y según quien explore al enfermo, pero hay un núcleo común persistente que no puede ser recordado en estado de vigilia. La amnesia completa y generalizada es rara y por lo general forma parte de una fuga y si es así, debe ser clasificada como tal.

Los estados afectivos que acompañan a una amnesia psicógena son muy variados, pero es rara una depresión grave. Pueden presentarse perplejidad, angustia y diversos grados de un comportamiento de búsqueda de atención, pero a veces es sorprendente una tranquila aceptación del trastorno. Los adultos jóvenes son los más frecuentemente afectados, siendo ejemplos extremos los casos de varones sometidos al estrés del combate. Los estados psicógenos disociativos son raros en las edades avanzadas. Puede presentarse también un vagabundeo limitado sin propósito, pero dado que suele acompañarse de un abandono del aseo personal, rara vez dura más de uno o dos días.

Pautas para el diagnóstico:

- La presencia de amnesia, parcial o completa, para hechos recientes de naturaleza traumática o estresante (los cuales a veces solo pueden ponerse de manifiesto a través de información de terceros).
- La ausencia de un trastorno orgánico cerebral, intoxicación o fatiga excesiva.
  - *Trastorno de personalidad múltiple*

Este trastorno es raro, y no hay acuerdo sobre hasta qué punto es iatrogénico o propio de una cultura específica. El hecho esencial es la existencia aparente de dos o más personalidades distintas en el mismo individuo, y el que cada vez se manifiesta solo una de ellas. Cada personalidad es completa, con sus propios recuerdos, comportamiento y preferencias, que pueden ser muy diferentes a los de la personalidad premórbida única.

En la forma común de dos personalidades, una personalidad domina pero nunca una tiene acceso a los recuerdos de la otra y casi siempre cada una ignora la existencia de la otra. Los cambios de una personalidad a la otra en la primera ocasión son súbitos, y están estrechamente relacionados con acontecimientos traumáticos. Los cambios siguientes se

limitan a menudo a acontecimientos dramáticos o estresantes o se presentan durante las sesiones con un terapeuta que utiliza relajación, hipnosis o abreacción.

La tasa de suicidio en la adolescencia ha aumentado de forma espectacular desde 1960, y en varones adolescentes (blancos y no blancos) casi se ha triplicado entre 1960 y 1980. El suicidio entre las adolescentes ha aumentado de dos a tres veces. Los factores que pueden haber contribuido a este aumento son el mayor número de trastornos depresivos entre los jóvenes (la depresión grave es la característica más prevalente en el adolescente suicida), el aumento de la tasa de divorcios, la disolución del núcleo familiar y la disponibilidad de armas de fuego (Pfeffer, 1988).

Los varones tienen un riesgo superior a las mujeres, al igual que los blancos respecto al resto de las razas, en relación con el suicidio *consumado*. En un gran estudio con grupo control que utilizaba una metodología de autopsia psicológica se han identificado otros riesgos notables, derivados de problemas escolares, antecedentes familiares de conducta suicida, mala comunicación paterno-filial y acontecimientos vitales estresantes (Gould y cols., 1996).

La exposición al suicidio también puede ser un factor importante. En determinados individuos, la experiencia del suicidio de un miembro de su familia o de un amigo parece convertir este acto en más «permisible». Este fenómeno puede condicionar los suicidios «en grupo» que se observan en la juventud, aunque este punto sigue siendo controvertido. Brent y cols. (1996), en un estudio controlado de seguimiento de tres años, refirieron que el suicidio no provoca un aumento del riesgo de conducta suicida entre los amigos y conocidos, sino que tiene un efecto relativamente prolongado en el aumento de la incidencia de depresión, ansiedad y trastorno por estrés postraumático. Aunque existen factores ambientales y socioculturales implicados, la importancia de la psicopatología del suicidio en la juventud no puede sobreestimarse. En el adolescente, los diagnósticos principales son la depresión y el trastorno disocial, en especial con conductas antisociales.

La hostilidad, la agresividad y la agresión también se correlacionan con el suicidio. El suicidio en los adolescentes, al igual que en otras poblaciones, suele darse junto a la hostilidad, no solo hacia uno mismo, sino también hacia los demás. En muchos casos se ha observado una correlación entre la tendencia al suicidio y la conducta agresiva en adolescentes cuando los padres presentan abuso de sustancias.

## **2.2 Depresión, ansiedad y suicidio en el adulto y la vejez**

Las mujeres están más expuestas a sufrir este estado de ánimo, tienden responder a la adversidad encerrándose en sí mismas y autoculpándose. Por el contrario, los varones tienden a negar la adversidad y a dedicarse de lleno a diversas actividades (Citalán, 2011). En las mujeres las estadísticas muestran que padecen más depresión que los hombres, esto se debe a que existen diferencias biológicas entre ambos.

Los cambios hormonales, tales como el estrógeno y la progesterona parecen tener un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres. Los cambios en los niveles hormonales se producen durante una serie de acontecimientos que están asociados con la depresión, en particular los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el mantenimiento del hogar y un empleo. Asimismo, ciertos sucesos traumáticos como violaciones y otras formas de abuso sexual pueden contribuir a la incidencia creciente de la depresión en mujeres. Los científicos están examinando muchas causas que podrían explicar el aumento en el riesgo de padecer depresión que tienen las mujeres y muchos factores que pueden contribuir a que esto sea así. Es probable que los factores genéticos, biológicos, químicos, hormonales, ambientales, psicológicos y sociales se unan para contribuir a la depresión.

Si una mujer tiene antecedentes familiares de depresión, puede tener un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Pero esta no es una regla que siempre se aplica. La depresión puede ocurrir en mujeres sin antecedentes familiares de depresión y es posible que ciertas mujeres de familias con antecedentes de depresión no la padezcan. Las investigaciones genéticas indican que es posible que el riesgo de padecer depresión implique la combinación de múltiples genes con factores ambientales o con otros factores (Citalán, 2011).

Las mujeres son especialmente vulnerables a la depresión después de dar a luz, cuando los cambios hormonales y físicos y la nueva responsabilidad de cuidar al recién nacido pueden resultar muy pesados. Muchas madres primerizas padecen un breve episodio de cambios leves en el estado de ánimo que se conocen como «tristeza posparto», pero algunas sufren depresión posparto, una enfermedad más grave que requiere de tratamiento activo y de apoyo emocional para la madre primeriza. En un estudio se demostró que las mujeres en etapa posparto tienen un riesgo mayor de padecer varios trastornos mentales, incluso

depresión, durante muchos meses después de dar a luz (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2011).

Los cambios hormonales aumentan durante la transición entre la premenopausia y la menopausia. Aunque algunas mujeres pueden entrar en la menopausia sin problemas de estado de ánimo, otras tienen mayor riesgo de padecer depresión. Esto parece ocurrir incluso entre las mujeres que no tienen antecedentes de depresión. Pero, la depresión es menos común en las mujeres durante el período posterior a la menopausia (Citalán, 2011).

Un episodio depresivo se presenta generalmente después de eventos estresantes de la vida como un trauma, la pérdida de un ser querido, una relación difícil o una situación estresante. Demasiado trabajo y responsabilidades de la casa, el cuidado de hijos y de padres ancianos, el abuso y la pobreza también pueden provocar un episodio depresivo. Las evidencias indican que las mujeres responden de distinta manera que los hombres ante estos eventos, por lo que son más propensas a la depresión.

En los hombres existe menos probabilidad de sufrir depresiones, y a la vez son más reacios para admitir que tienen depresión. Por lo tanto, el diagnóstico puede ser más difícil de hacer. La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer.

Un estudio reciente indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón) en ambos sexos. Sin embargo, solo el hombre tiene una tasa alta de muerte debida a enfermedades coronarias que se dan junto con un trastorno depresivo. El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión. No es raro que la depresión en los hombres se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, presenta más resistencia a buscar ayuda (Citalán, 2011).

Existe una serie de situaciones estresantes asociadas a la depresión en otro gran grupo poblacional amplio. A continuación podemos apreciar un resumen de las más relevantes.

Situaciones estresantes asociadas a la depresión en la edad avanzada o vejez según Espada, Morales y Orgilés (2012):

- Mayor frecuencia de situaciones aversivas o factores sociales adversos.
- Enfermedad física, incapacidad funcional, severidad del dolor; escasa o nula percepción del control sobre el dolor y la salud física.
- Viudez y pérdida de familiares y/o amigos o una enfermedad grave en las personas del círculo íntimo.
- Problemas con el sueño y problemas en las ejecuciones cognitivas.
- Déficit de recursos económicos, admisión de necesidad de ayuda económica.
- Falta de apoyo social, vivir solo o pasar el día solo, falta de un confidente íntimo; falta de apoyo familiar e/o institucional.
- Incapacidad para mantener las actividades principales de su vida: pérdida de sus habilidades para el trabajo, para mantenerse físicamente activo, con el resultado de la privación de las situaciones reforzantes unidas a estos sucesos (práctica laboral, aficiones, deportes, etc.).
- Ser cuidador primario de un familiar enfermo (por ejemplo, demencia).
- Problemas con amigos o con la persona querida.

Se experimenta una menor frecuencia de sucesos agradables junto a una menor capacidad de disfrute y de obtención de refuerzo con ellos y mayor aversión ante sucesos estresantes.

- Percepción negativa de salud e incapacidad física. Pensamientos automáticos, actitudes disfuncionales y distorsiones cognitivas con referencia a: actitudes distorsionadas sobre las implicaciones de la edad, prejuicios sobre las normas relacionadas con la edad y creencias relacionadas con la vejez.
- Distorsiones cognitivas frecuentes: sobregeneralización, inferencia arbitraria y abstracción selectiva.
- Actitudes distorsionadas sobre las implicaciones de la jubilación: creencias equivocadas sobre la propia capacidad para implicarse en diferentes actividades, visión negativa de sus propias capacidades después de la jubilación, creencias disfuncionales sobre las expectativas de los otros.
- Distorsiones cognitivas típicas: sobregeneralización, inferencia arbitraria, pensamiento dicotómico y descalificación de lo positivo.

- Actitudes distorsionadas con respecto a las relaciones familiares: creencias acerca de las expectativas y obligaciones de la familia, especialmente con respecto a los niños.
- Atribuciones desadaptativas e inadecuadas de su enfermedad, etiquetaciones subjetivas erróneas y depresivas de sus síntomas físicos.
- Incremento de la autoatención negativa debido a la soledad y a los problemas físicos, sociales o económicos.

Diferencias de los síntomas depresivos de personas mayores con otros adultos:

- Mayor número de quejas somáticas relacionadas con dolores.
- Mayor presencia de síntomas de hipocondría.
- Menor frecuencia de sentimientos de culpa y menos cogniciones depresivas.
- Menos humor deprimido. Menos cambio de apetito y menos pérdida de peso.
- La pérdida de autoestima es un síntoma más importante en la edad avanzada en relación con el control personal.
- Las quejas de falta de memoria correlacionan más con la depresión que la propia falta de memoria.
- El letargo es mayor.
- La habilidad para cuidarse a sí mismos, la independencia funcional, es más importante en la edad avanzada que en la vida adulta.
- La disforia prevalece menos que los otros síntomas.
- Los sentimientos de ser críticos con los otros son más importantes entre las personas mayores.
- Mayor número de suicidios. Los síntomas depresivos de los que intentan o consiguen el suicidio no parecen graves.
- Siempre hay desesperanza, insomnio, tensión, agitación y sentimientos depresivos.
- La persistencia de los síntomas depresivos tiende a volverlos más estables y uniformes.
- Mayor cronificación.

Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. Cuando una persona mayor se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Con un tratamiento adecuado tendrá una vida placentera.

Cuando la persona de edad avanzada va al médico, puede describir solo síntomas físicos y ser reacio a hablar de sus sentimientos de desesperanza y tristeza. La persona puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo puede prolongarse por mucho tiempo.

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de salud mental. Los profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente. Los síntomas depresivos también pueden deberse a efectos secundarios de medicamentos que la persona está tomando, o debidos a una enfermedad física concomitante. Si se hace el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o psicoterapia ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria (Morgomin, 2012). En cuanto a la tasa de suicidios en esta etapa evolutiva aumenta en pacientes mayores de 65 años de edad. En un estudio transversal realizado con pacientes de edad avanzada en Estados Unidos, aproximadamente el 3,7 % presentaba depresión primaria, de los cuales un 14 % se quejaba de un estado disfórico. La depresión puede pasar desapercibida en los ancianos debido a las características atípicas de esta población, incluyendo la depresión enmascarada (básicamente múltiples quejas somáticas o temores sin fundamento de padecer una enfermedad somática) y la seudodemencia (disminución ficticia de la capacidad cognitiva por un trastorno depresivo primario) (Morgomin, 2012).

Finalmente, es frecuente observar un comportamiento autodestructivo indirecto en los ancianos ingresados en instituciones cuando se niegan a tomar la medicación o rechazan la asistencia médica, se niegan a participar en las actividades y luchan contra sus cuidadores para hacerse con el control, se muestran hostiles, ansiosos y evitan situaciones. Estas conductas deberían alertar al clínico y a los cuidadores de la presencia de una depresión subyacente y de síntomas de ansiedad concomitantes (Morgomin, 2012).

Dado que la población de ancianos está aumentando —en Estados Unidos por ejemplo—, en el futuro será cada vez más importante la detección de estos trastornos subyacentes, la aplicación de un tratamiento intensivo y la atención de la tendencia al suicidio en las personas de edad avanzada.

## Conclusiones

- La alta incidencia de suicidio en las diferentes etapas de la vida.
- Los estados emocionales de ansiedad y depresión si no son bien diagnosticados y tratados precozmente por el terapeuta, pueden derivar en una conducta suicida en las diferentes etapas del ciclo vital del sujeto.
- Los factores de riesgo fundamentales, tanto en niños como en jóvenes y adultos mayores, coinciden con el inadecuado funcionamiento familiar, maltrato, violencia psicológica y física del medio familiar, antecedentes de patologías psiquiátricas tanto en familiares como en las víctimas (alcohólicos).
- Presencia de la conducta suicida en los progenitores y familiares más allegados, tanto en la niñez como en las diferentes etapas.
- Aunque no se ha demostrado que el suicidio esté determinado genéticamente, lo que se transmite es la predisposición genética, no para el suicidio, sino también para algunas enfermedades en las que estos síntomas son más frecuentes, la ansiedad y la depresión.

## Referencias bibliográficas

- Álvarez, Y. S., M. V., López, O. M., Mendoza, y G. H. Bravo (2010): «Relación entre satisfacción con el ambiente familiar y depresión en adolescentes»; *Salud y educación*, 20 (23-56-473).
- Andrews, G. (1996): «Comorbidity and the general neurotic syndrome», *British Journal of Psychiatry*, 168 (30): 76-84.
- APA (1995): *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*, Masson, Barcelona.
- Citalán, M. A. (2011): «Depresión en las diferentes etapas de la vida», *Ansiedad y personalidad*, 3 (124-430).
- Correa, M. L., L. C., Rojas, A. P. Gómez (2012): «Caracterización de algunos factores socio-psicológicos en adolescentes con intento suicida en el municipio Morón», *MEDICIEGO*, 2(18).
- Crumley, L.A. (2010): «Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders», *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1): 103-116.
- Díaz, Y. P., y V. M. G. Morales (2014): «Emotion regulation and its implications for the adolescent 's health», *Revista Cubana de Pediatría* (368-375).
- Endler, N.S. y N.L. Kocovski (2001): «State and trait anxiety revisited», *Journal of Anxiety Disorders*, 15 (3): 231-245.
- Espada, J. P., A., Morales, M. Orgilés (2012): «Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual», *Ansiedad y Estrés*, 18 (1134-7937).
- García, H. y N. Calvanese (2007): «Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal»; *Ciencia y Tecnología del Comportamiento*, 25 (21-29-06).

- Guillén, E. G., J. G., Montaña, e I. R. Fernández (2013): «¿Depresión o evolución?: revisión histórica y fenomenológica del concepto aplicado a la infancia y adolescencia», *Psicología Escolar y Educativa*, 5 (1): 49-58 .
- Holguín, J. A. M., Pérez, R. R., y E. A. Valdez (2012): «Suicidal attempts in high-school students and its relation with family», *Psicología y Salud*, 22 (1): 63-74.
- Matthews, G., D.H., Saklofske, P.T Jr, Costa, I.J., Deary, y *et al.* (1998): «Dimensional models of personality: A framework for systematic clinical assessment», *European Journal of Psychological Assessment*, 14 (1): 36-49.
- Morales, V. M. G., y L. F. H. Jiménez (2008): *La ansiedad clínica en escolares menores.*
- Morgomin, K.R. (2012): «Psychopathology and temperament in parents and offspring: Results of a family study», *Journal of Affective Disorders*, 51 (1): 63-74.
- Neurología, S. D. P. Y., & Adolescencia, d. L. I. Y. (2013): «Suicidio y depresión», *Revista chilena de psiquiatría y neurología de la infancia y adolescencia*, 24 (0718-3798).
- Páez, A. E., M. J., Jofré, y C. R. Azpiroz (2008): «Anxiety and depression in patients with chronic renal insufficiency undergoing dialysis treatment, *Comunicaciones Orales*, 26 (35-567-97).
- Pereira, M. G. S., y M. M. F. Galaz (2005): «Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes», *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán*, 21 (93-20-45).
- Perugi, G., C., Toni, A., Benedetti, B., Simonetti *et al.* (1998): «Delineating a putative phobic-anxious temperament in 126 panic-agoraphobic patients:

- Toward a rapprochement of European and US views», *Journal of Affective Disorders*, 47 (1-3), 11-23.
- Pérez, J. C. R., M. C., Osnaya, y R. R. Clatempa (2010): «Suicidal ideation in Mexican students: a model of multiple relation with variables of personal identification», *Psicología y Salud*, 14 (30-14-10).
- Pérez, M. V., y S. Urquijo (2013): «Depresión en adolescentes. Relaciones con el desempeño académico», *Psicología y Salud*, 23 (1): 141-148.
- Pfeffer, D., L.A. Smith (2010): «Structures of personality and their relevance to psychopathology», *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1): 18-31.
- Ramón, J. L. V. (2012): «Epidemiología y sociedad», *Revista Española de Epidemiología*, 2 (2-585-45).
- Rheume, J., R., Ladouceur, y M.H. Freeston (2000): «The prediction of obsessive-compulsive tendencies: does perfectionism play a significant role», *Personality and Individual Differences*, 28, (583-592).
- Rodríguez, M. G., R. C., León, y A. T. Rovella (2011): «Adaptación española de la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre: procesos cognitivos, ansiedad y depresión», *Gabinete Psicológico MEYLOG*, 23 (24-357).
- Sancho, A. M. R. y B. L. Pita (2005): *Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia*.
- Sanz, M. G., y M. A. B. Capellà (2012): «¿Mejora la ansiedad y depresión de los pacientes crónicos en diálisis con la realización de actividades recreativas durante las sesiones?», *Enfermedades Nefrológicas*, 1 (15).
- UNIDOS, D. D. S. Y. S. H. D. L. E. (2011): «Las mujeres y la depresión: descubriendo la esperanza», *NIH*, 21 (11-4779).