

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SUICIDIO EN ADOLESCENTES DEL ESTADO DE CHIAPAS

Merchant Prado, Roger Enrique^{1}; Lievano Moreno, Dulce Alondra²*

-
- 1 Psicólogo egresado de la UNICACH con Especialidad en Suicidología, creador y fundador de la Clínica E. M. A. de la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas.
 - 2 Psicóloga egresada de la UNICACH con especialidad en Suicidología creadora y fundadora de la Clínica E. M. A. de la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas. CRedit: Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES)

* Autor de correspondencia: roy_Merchant@hotmail.com

RESUMEN

Durante los últimos 3 años, en Chiapas se ha incrementado la presencia de conductas de riesgo en los Adolescentes, quienes, durante la Contingencia por COVID-19 y posterior al retorno a las aulas educativas manifestaron la presencia de síntomas de depresión, ansiedad y en muchos casos conductas suicidas. En este trabajo realizado a través del abordaje especializado en la Clínica de Emergencias Mentales para el Adolescente (Clínica E. M. A.), la cual se apertura en el año 2020 como un Proyecto ganador de mejora continua en el Instituto de Salud del Estado de Chiapas a través del financiamiento de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), se presentan los resultados obtenidos tras 2 años de intervención con Adolescentes en riesgo. Esta investigación se fundamenta en la información obtenida en trabajo de campo, aplicación de formularios y entrevistas.

Palabras clave: Depresión; Ansiedad; Suicidio; Adolescentes; Chiapas; Clínica.

PREVALENCE OF DEPRESSION, ANXIETY AND SUICIDE AMONG ADOLESCENTS IN THE STATE OF CHIAPAS

Merchant Prado, Roger Enrique^{1}; Lievano Moreno, Dulce Alondra²*

-
- 1 Psicólogo egresado de la UNICACH con Especialidad en Suicidología, creador y fundador de la Clínica E. M. A. de la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas.
 - 2 Psicóloga egresada de la UNICACH con especialidad en Suicidología creadora y fundadora de la Clínica E. M. A. de la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas. CRedit: Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES)

* Autor de correspondencia: wilbertgtzs@gmail.com

ABSTRACT

During the last 3 years, in Chiapas the presence of risk behaviors in Adolescents has increased, who, during the COVID-19 Contingency and after the return to the Educational Classrooms, manifested the presence of symptoms of depression, anxiety and in many suicidal behavior cases. In this work carried out through the specialized approach in the Mental Emergencies Clinic for Adolescents (E. M. A. Clinic) which opened in 2020 as a winning project of continuous improvement at the Chiapas State Health Institute through financing of the General Directorate of Quality and Health Education (DGCES), the results obtained after 2 years of intervention with Adolescents at risk are presented. This research is based on the information obtained in field work, application of forms and interviews.

Keywords: Depression, Anxiety suicide, adolescents, Chiapas, Clínica E. M. A.

INTRODUCCIÓN

El estado de Chiapas contaba con una población de 2.1 millones de personas de entre 0 y 17 años en 2021 (49.6 % mujeres y 50.4 % hombres); el mismo año Chiapas era el 5o estado con mayor población en dicho rango de edad, por lo que se considera uno de los estados con mayor presencia de población joven o adolescente, sin embargo, también es considerado el estado con menor acceso a la salud de este grupo etario. Es decir que el 36.5 % de la población de 0 a 17 años en Chiapas presentaba carencia por acceso a los servicios de salud en 2021; esto correspondía a 719 mil niñas, niños y adolescentes. Chiapas era la 2a entidad con mayor porcentaje de la población infantil y adolescente con carencia por acceso a los servicios de salud ^{1,2}.

Esto anterior visibiliza la importancia de promover la prevención en la población adolescente carente de acceso a la salud y muchas veces también a la educación.

Durante la etapa de la adolescencia, comprendida de los 10 a los 19 años de edad según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se presentan diversos cambios, tanto psicológicos, físicos como sociales que influyen directamente en el comportamiento y conducta de la o el adolescente ³. Entre los cambios psicológicos se presenta el primer reto al momento de construir o definir la identidad y consolidar la personalidad de la o el adolescente, quien inmerso en una estructura social, como puede ser, la familia, la escuela y los amigos se vuelve vulnerable antes factores de riesgo que pueden conducirlo a daños tanto físicos como emocionales. Es en esta etapa de la vida del ser humano el aparato mental o la psique se encuentra reorganizando las vivencias experimentadas durante la infancia, las cuales han podido ser vivenciadas como doloras o satisfactorias, por lo que influirán en la forma de desarrollarse de la o el adolescente ⁴.

Una de las acciones que más ponen el riesgo a un adolescente, es la normalización de las conductas manifestadas durante esta etapa de la vida, por considerarlas propias de la edad, por lo que cuando la o el adolescente se encuentra en riesgo es difícilmente observado por las personas cercanas a ellos o bien se tiende a invalidar sus acciones y emociones ⁴.

Las conductas de riesgo tienden a incrementarse durante la adolescencia, las cuales condicionan el peligro de presentar lesiones autoinflingidas en esta etapa. Dichas conductas pueden ser resultado de factores como la depresión y la ansiedad, las cuales se están incrementando de manera alarmante en el grupo etario de 12 a 19 años ⁴.

Por su parte la ansiedad puede ser producida tanto por estresores externos o situacionales, percibidos por el sujeto como peligrosos o amenazantes, como por estímulos internos como los pensamientos. Se conceptualiza a la ansiedad como: "...la respuesta, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos" ⁵.

La ansiedad interfiere tanto con el bienestar emocional como con el desempeño académico; entre mayor sea el nivel de ansiedad experimentado por una persona, más altas son las probabilidades de que sus respuestas fisiológicas, cognitivas o motoras interfieran con el desempeño que el individuo tenga al momento de realizar diversas actividades que requieran de procesos cognitivos superiores. En las actividades llevadas a cabo para el aprendizaje y el estudio se encuentran involucrados procesos cognitivos superiores (atención, concentración, memoria a corto y largo plazo, percepción, procesamiento de la información, entre otros); si los efectos de la

ansiedad perturban dichos procesos, entonces la adquisición de conocimientos y el aprendizaje se verán disminuidos.

Algunos estresores que se les presentan a los adolescentes y que les pueden provocar ansiedad son: el divorcio de los padres, la falta de comunicación familiar, relaciones de pareja conflictivas, el bullying en las escuelas, carencias económicas y presencia de enfermedades físicas o trastornos mentales.

Dentro de los trastornos mentales que más prevalecen en la población adolescente, según lo manifestado por los mismos, es la depresión.

La depresión es un problema que afecta cerca de 121 millones de personas de la población mundial. Sus características principales giran en torno a un cambio en el estado de ánimo, el sueño y en el funcionamiento en general (Moussavi 2007; World Health Organization 2000, citados por Moratos, Gold, Wang y Creawford) ⁶. Llega a afectar a personas de todos los sexos, edades y contextos (World Health Organization, 2001, citado por Moratos, et al.) ⁶.

En general la depresión es un estado de ánimo que se caracteriza por anhedonia, que es la incapacidad de disfrutar y de interesarse por las cosas, una disminución de la vitalidad, cansancio exagerado que aparece luego de realizar un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante dos semanas o más. También deben estar presentes al menos dos de los siguientes síntomas: disminución de atención y concentración, ideas de culpa y de inutilidad, pensamientos suicidas, autoagresiones, trastorno del sueño, pérdida o aumento del apetito, visión sombría del futuro, sentimientos de inferioridad y pérdida de autoconfianza (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Ginebra, 1992, citado por Espinosa, Caraveo, Zamora, Arronte, Krug, Olivares, Reyes, Tapia, García, Doubova y Peña) ⁷.

Los síntomas se agrupan en cuatro tipos

(afectivos, cognitivos, conductuales y físicos). Dentro de los síntomas afectivos se encuentran el humor bajo, desánimo y tristeza. Dentro de los síntomas cognitivos se presentan los pensamientos negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro. En los síntomas conductuales hay una disminución de la actividad social y conductas que solían ser habituales, también se presenta una lentitud al andar y al hablar, desgano o una agitación motora. Y por último, los síntomas físicos que pueden variar en cuanto a la disminución o incremento, pero estarían los relativos al sueño, apetito, falta de energía, etc. (Pérez Álvarez y García Monto) ⁸.

La depresión psicógena tiene su origen en conflictos psicológicos y surge a partir de una causa evidente por lo que se la considera reactiva. Presenta menos síntomas físicos que la de origen orgánico y surge como consecuencia de carencias en la infancia, eventos traumáticos, pérdidas significativas, abandono, padres emocionalmente distantes, atmósfera hogareña hostil y agresiva, abuso sexual y/o emocional, enfermedad física, estrés prolongado, etc ⁹.

En el caso de la depresión endógena u orgánica, tiene como origen un desorden fisiológico. Hay diferentes tipos de esta depresión, como ser la depresión mayor (originada por una disfunción bioquímica del cerebro, es hereditaria y contiene por tanto un elemento genético. Por lo que al explorar el árbol genealógico es común encontrar a familiares que hayan padecido depresión e incluso llegado al suicidio.

Hoy en día el suicidio no es visto como una acción al azar o carente de sentido; este se considera como una salida a un problema o crisis que, invariablemente, provocan sufrimiento. Según Molina y colaboradores ¹⁰, el suicidio se asocia a necesidades frustradas o insatisfechas, a sentimientos de desesperanza o indefensión, a conflictos ambivalentes entre supervivencia y estrés insoportable, a una percepción de escasas opciones, a una necesidad de huir. El suicida emite señales de aflicción.

Existen matices entre pensar en el suicidio y cometerlo. Algunas personas tienen ideas suicidas que nunca llevan a la práctica, otras hacen planes durante días, semanas o años antes de actuar; otras se quitan la vida aparentemente en forma impulsiva y sin premeditación.

En el mundo, se ha colocado como la segunda causa más frecuente de muerte entre los jóvenes y la cuarta en adultos, sin embargo; las conductas suicidas se pueden manifestar a cualquier edad. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud ¹¹, el suicidio se define como *“un acto con resultado fatal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseado”*. La conducta suicida es el conjunto de comportamientos relacionados con la intencionalidad de comunicar, actuar o ejecutar un acto autodestructivo que podría acabar con la propia vida, misma que implica un continuum que va desde pensamiento de muerte, ideación suicida, gestos suicidas, amancebas e intentos suicidas.

A escala mundial, más de 800 mil personas se quitan la vida, lo que equivale a que se ejecuta una muerte cada 40 segundos. Además, se tienen datos de que por cada persona que consigue suicidarse, al menos 20 lo intentaron y se ha calculado que menos de 10 por ciento de las personas que sobreviven a un intento de suicidio mueren en un intento posterior; esto, de acuerdo con datos proporcionados por la OMS y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2020 ¹².

Tanto las conductas suicidas como el suicidio dan como resultado una carga social y económica significativa para las personas, las familias y las sociedades, debido al uso de los servicios de salud, el impacto psicológico y social del comportamiento en el individuo y sus allegados y, ocasionalmente, la discapacidad a largo plazo debido a posibles lesiones. Borges y colaboradores ¹³, comentan que es fundamental

estudiar los intentos de suicidio debido a la carga psicológica que conllevan, las repercusiones y lesiones que pueden causar y por la estrecha relación que tienen con el suicidio consumado.

Cuando se presenta un suicidio las consecuencias repercuten seriamente en el entorno familiar, pues éste se enfrenta ante un duelo, muy traumatizante y prolongado; se generan sentimientos de culpabilidad que puede desencadenar patologías psiquiátricas y en el peor de los casos se ha registrado el aumento de riesgo de suicidio en varias generaciones.

Actualmente, el suicidio debe ser observado como uno de los problemas más alarmantes y complejos que enfrenta la humanidad, de ahí que su abordaje deba ser bajo un sistema coordinado, interdisciplinario e interinstitucional.

Debido a la problemática del suicidio a nivel mundial, en el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 los estados miembros de la OMS se comprometieron a trabajar para alcanzar la meta mundial de reducir las tasas nacionales de suicidios en 10 por ciento para 2020. El suicidio requiere una gran sensibilización, así como de una atención integral que incluya su prevención, atención y posvección. Debemos de hacer frente a esta conducta, dada su problemática y sus consecuencias que además de ser fatales repercuten fuertemente en la familia y en la sociedad en general ¹⁴.

En cuanto a la atención, la mayoría de las personas que cometen suicidio presentan un trastorno mental diagnosticable, pero no acuden con un profesional en salud mental, por lo cual su detección en el ámbito de salud, educativo o laboral es vital para su atención oportuna, para ello se requiere la elaboración de protocolos, guías donde se establezca una política pública para el diagnóstico de conductas suicidas y en su caso su tratamiento, rehabilitación y

reincorporación social. Para el caso de que se consume el suicidio, se requieren generar acciones y medidas posteriores para asistir y acompañar a las personas, familia o instituciones vinculadas a la persona que se privó la vida.

Es por eso, que, con base en lo descrito anteriormente, surgió la necesidad de implementar un espacio de emergencias psicológicas ante los crecientes casos de suicidio que se han registrado en los últimos tiempos en el estado de Chiapas, principalmente entre adolescentes, en quienes se observa mayor vulnerabilidad y falta de recursos de afrontamiento ante dicha problemática social. Así fue cómo surgió la Clínica de Emergencias Mentales para el Adolescentes (Clínica E. M. A.) es espacio especializado para la atención a adolescentes que presenten conductas de riesgo suicida; creado a través de la Convocatoria realizada por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) siendo acreedora del Premio Nacional a la Mejora continua 2020, dando lugar a la apertura del espacio especializado dentro del Hospital Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

METODOLOGÍA

Teniendo en cuenta que el interés es la detección de presencia de ansiedad, depresión y suicidio en los adolescentes, se realizó una investigación descriptiva mediante un estudio transversal.

La muestra de este estudio fueron 701 adolescentes del estado de Chiapas, de los cuales 406 fueron mujeres y 295 fueron hombres. Con edades comprendidas entre 10 y 19 años, concentrándose el 71 % entre los 15 y 19 años de edad. La muestra se obtuvo a través de las y los adolescentes que acudieron a la Clínica E. M. A. del Hospital Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, tras ser referidos por presentar conductas de riesgo.

Para la recolección de datos se utilizó un Formulario de Intervención en Crisis el cual mide la presencia de ansiedad, depresión y suicidio. Dicho formulario está compuesto por 15 reactivos tipo Likert, dividido en 3 grupos de 5 reactivos cada grupo, el primer grupo mide rasgos de ansiedad, el segundo grupo mide rasgos de depresión y el tercer grupo mide rasgos suicidas. Ante cada uno de los grupos él o la adolescente tiene que seleccionar con qué frecuencia presenta dichos síntomas, nunca, frecuentemente, en algunas ocasiones o todos los días; a mayor frecuencia, mayor será la presencia de ansiedad, depresión o suicidio.

Dicho formulario fue creado a través del análisis de la Escala de Depresión de Beck ¹⁵, en conjunto con los síntomas descritos por el DSM V- Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5ta edición para la Depresión y Ansiedad ¹⁶, así como lo descrito en el Libro Intervención en Crisis, Manual para la práctica e investigación de Karl a. Slaikeu donde se retomó el Perfil de la Personalidad CASIC (Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal, Cognoscitivo) como eje evaluador para determinar el área afectada del individuo ante la presencia significativa de ansiedad, depresión o riesgo suicida ¹⁷.

De igual manera se realizó entrevistas a todos los adolescentes evaluados por el formulario para que, mediante la valoración de los expertos en salud mental a través de una intervención psicoterapéutica, se reforzara lo evaluado mediante el Formulario de intervención en Crisis.

Antes de realizar la aplicación de formulario y entrevistas en psicoterapia se realizó la aplicación de un consentimiento informado, donde el adolescente y su tutor o padre de familia otorgaban su consentimiento para realizar la intervención, en dicho consentimiento especifica los derechos y responsabilidades de las y los adolescentes, así como de los padres o tutores al momento de

aceptar la intervención de los especialistas de la Clínica E. M. A.

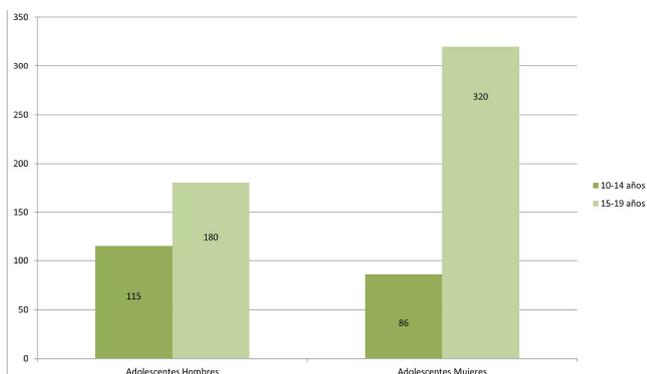
La aplicación del Formulario de Intervención en Crisis se llevó a cabo dentro del consultorio psicológico ubicado al interior de la Clínica E.MA., un espacio específico y confidencial donde únicamente se encontraba el o la adolescente y el psicólogo especialista. Se realizó la lectura de las instrucciones para realizar el formulario y se les pidió responder de manera honesta asegurándoles que sólo los especialistas sabrían de los resultados obtenidos. La captura de los datos se realizó mediante una plataforma digital de registro de pacientes de la Clínica E. M. A.

Las entrevistas se realizaron de manera individual dentro del consultorio psicológico de la Clínica E. M. A. donde se indago acerca de la historia de vida de los adolescentes, los factores de riesgo presentes en su contexto, así como las manifestaciones de ansiedad, depresión o conductas suicidas presentadas, su desarrollo y frecuencia.

RESULTADOS

La *Figura 1* muestra la composición de la muestra por sexo y edad.

Figura 1. Rangos de edad de las y los adolescentes valorados.

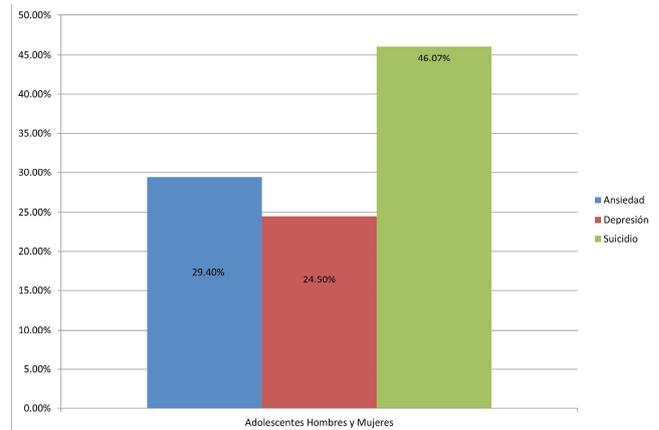


Fuente: Elaboración propia (2022).

De los 701 adolescentes a quienes se les aplicó el formulario de intervención en crisis el 29.4% presentó síntomas de ansiedad, el 24.5% manifestó la presencia de depresión y el 46.07% expresó mediante el formulario presentar

conductas de riesgo suicida (*Figura 2*).

Figura 2. Resultados de ansiedad, depresión y suicidio de las y los adolescentes.



Fuente: Elaboración propia (2022).

Por otra parte, fueron las adolescentes mujeres el grupo más amplio a quienes se les aplicó el formulario de intervención en crisis presentando que en su mayoría manifestaron conductas de riesgo suicida siendo 172 mujeres adolescentes con síntomas de suicidio, 121 mujeres adolescentes presentaron rasgos de ansiedad y 113 mujeres expusieron tener síntomas depresivos (*Tabla 1*).

En cuanto a los adolescentes hombres, 85 de ellos manifestaron síntomas de ansiedad, en 59 hombres adolescentes se detectó la presencia de depresión y en 151 hombres adolescentes se presentó conductas de riesgo suicida (*Tabla 1*).

Tabla 1. Resultados de ansiedad, depresión y suicidio por sexo (n= 701).

	Adolescentes	
	Hombres	Mujeres
Ansiedad	85	121
Depresión	59	113
Suicidio	151	172
Total	295	406

Fuente: Elaboración propia (2022)

Los datos obtenidos mediante el Formulario de Intervención en Crisis fueron corroborados

a través de las entrevistas psicológicas realizadas en el consultorio de manera individual con cada adolescente hombre y adolescente mujer; manifestaron que a raíz de la inactividad presentada de manera obligatoria por la contingencia por COVID-19 se incrementaron sus síntomas de ansiedad, depresión o conductas de riesgo suicida respectivamente. Siendo la presencia de insomnio, falta de apetito, dolores de cabeza, palpitaciones, sensaciones de falta de aire, cortes de vacilación y lesiones autoinflingidas por la ingesta de medicamentos, los síntomas que las y los adolescentes manifestaron presentar de manera frecuente.

Tanto en adolescentes hombres como adolescentes mujeres existe la presencia de mayor riesgo suicida derivado de síntomas constante ansiedad, esto estimulado por factores de riesgo presentes dentro del hogar tales como: violencia, adicciones y abandono por parte de los padres o cuidadores primarios.

A través de las entrevistas realizadas se detectó que 220 de las y los adolescentes refirieron haber experimentado en sus primeros años de vida, abuso sexual o violación lo que conllevó a presentar síntomas de ansiedad, depresión o riesgo suicida en la adolescencia, ya que en su mayoría siguen conviviendo con su agresor ya que fue un integrante de su misma familia; así también han vivenciado violencia entre sus padres de tipo psicológica y física. 215 de las y los adolescentes comentó que existe la presencia de consumo excesivo de alcohol dentro del hogar y otro tipo de adicciones a sustancias ilícitas. 143 de las y los adolescentes refirieron padecer situaciones de bullying dentro de su institución educativa, esto derivado de su nivel socioeconómico y aspectos físicos. 123 de las y los adolescentes expresó que la influencia de las redes sociales ha deteriorado su autoimagen, autoconcepto y

autovaloración, esto por los cánones de belleza que en dichas redes se establece (*Tabla 2*).

Tabla 2. Factores de riesgo según el sexo (n= 701).

Factores de riesgo	Adolescentes	
	Hombres	Mujeres
Adicciones	109	106
Violencia (física, psicológica y sexual)	73	147
Bullying	81	62
Redes Sociales.	32	91
Total	295	406

Fuente: Elaboración propia (2022)

CONCLUSIONES

La presencia de síntomas de ansiedad, depresión y conductas de riesgo suicida se encuentra manifestada en gran medida durante la adolescencia, impidiendo que estos se puedan desempeñar de manera satisfactoria en cualquier aspecto de su vida, ya sea en ámbitos familiares, sociales o escolares. Las y los adolescentes se refieren a estos padecimientos como incapacitantes, como sensaciones que ahogan y que no les permiten realizar las actividades que con anterioridad disfrutaban.

Pudimos percatarnos que un porcentaje elevado (46.07 %) de los adolescentes valorados han experimentado un riesgo suicida manifestado a través de ideas, pensamientos, intentos y en gran medida gestos suicidas, tal es el caso de los cortes de vacilación o cutting, que se refiere a los cortes que se realizan las y los adolescentes en las muñecas, pantorrillas y estómago, utilizando navajas de afeitar o agujas. Este acto no puede ser considerado como un intento suicida ya que el objetivo de quien lo practica no es quitarse la vida sino más bien es un acto de expresar un dolor emocional a través de un daño físico. Al momento de ser entrevistados las y los adolescentes que practican el cutting expresaron su deseo de aliviar su dolor emocional, el cual estaba

ocasionado por conflictos dentro de su hogar originados por el consumo de alcohol de uno o ambos padres y la violencia presentada dentro de su hogar.

Uno de los datos más relevantes que pudimos detectar a través de este estudio y que de manera impactante refleja una gran problemática social, es que el 31 % de las y los adolescentes valorados han experimentado una vivencia de abuso sexual o violación lo que origina la presencia de síntomas de ansiedad significativa a partir de los 10 años de edad, que es donde el o la adolescente cuenta con la madurez cognitiva que lo lleva a descubrir el daño físico y emocional que le fue provocado tras el abuso sexual o violación.

En este estudio podemos corroborar que son las adolescentes mujeres que con mayor frecuencia solicitan la atención especializada posterior a experimentar una crisis de ansiedad, un intento de suicidio o tras los síntomas de depresión, sin embargo son los adolescentes hombres quienes no acuden a la consulta por voluntad propia los que presentan síntomas más graves y crónicos, los cuales, por lo general, son llevados a la consulta especializada por sus padres al percatarse de los síntomas manifiestos.

De igual manera hemos notado que en cuanto a los suicidios consumados expuestos en nuestro estado son los hombres quienes lo realizan. Esto anterior presenta una estrecha relación con constructos sociales de género, donde se impide a los hombres expresar las emociones de dolor, tristeza o desesperanza y por lo consiguiente se ven limitados a pedir ayudar o solicitar una atención especializada.

Podemos visibilizar que tras periodos largos de inactividad la o el adolescente se vuelve más vulnerable a presentar crisis de angustia, las cuales cumplen con los criterios para determinar la presencia de ansiedad, verificada a través de los síntomas de: palpitaciones, sudoración, sensación de dificultad para

respirar, escalofríos, sensaciones de entumecimiento u hormigueo, inclusive llegan a experimentar desrealización o despersonalización, todos estos síntomas en más de una ocasión al día; tanto los adolescentes hombres como las adolescentes mujeres respondieron que la presencia de dichos síntomas se incrementó durante el confinamiento. El 28 % de los adolescentes hombres valorados y el 29 % de las adolescentes mujeres manifestaron haber presentado una crisis de angustia que posterior se convirtió en la presencia de ansiedad constante en su diario vivir.

En cuanto a la depresión persistente en esta etapa de la vida de las personas, son las adolescentes mujeres quienes manifestaron haber experimentado periodos de depresión muchas veces derivado de vivencias de abuso sexual o violación durante su infancia. El 27 % de las adolescentes evaluadas refirió que su agresor fue un integrante de su familia y que en la actualidad siguen conviviendo con él o ella puesto que nunca se lo había confesado a alguien por temor a ser ignorada o rechazada. Mientras que del 20 % de los adolescentes hombres que expresaron haber presentado síntomas de un trastorno del estado de ánimo, en este caso, depresión el 6 % se encontraba diagnosticado con depresión orgánica por lo que requirieron la atención de psiquiatría.

En conclusión podemos decir que existe una alta prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en las y los adolescentes evaluados, siendo aún más relevante las cifras altas de riesgo suicida que se observó tras la aplicación del formulario y las entrevistas, visibilizando la importancia de fomentar la prevención y promoción de la salud mental en esta etapa de la vida del ser humano, donde se encuentra expuesto a diversos factores de riesgo que ponen en peligro su vida, es por eso que los espacios especializados para su atención son de vital importancia.

REFERENCIAS

1. Indicadores. FICHA TÉCNICA: Infancia y adolescencia en Chiapas (Junio, 2022). [Online].; 2022 [cited 2022]. Available from: <https://blog.derechosinfancia.org.mx/2022/06/23/ficha-tecnica-infancia-y-adolescencia-en-chiapas-junio-2022/>.
2. Espinosa Díaz CI, González Cruz JL. La Infancia Cuenta en Chiapas 2021 - Ensayo sobre niñas, niños y adolescentes en Chiapas. México;; 2021.
3. Organización Mundial de la Salud. Programa de Orientación en Salud Adolescente para Proveedores de Salud. Programa. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente ; 2009.
4. Aragón B. LE, Contreras G. O, Trón A R. Ansiedad y pensamiento constructivo en estudiantes universitarios. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*. 2011; 3(1): p. 43-56.
5. Tobal J JM, Cano V AR. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Madrid: TEA Ediciones, S. A.; 1997.
6. Moratos A, Gold C, Wong X, Crawford M. Musicoterapia para la depresión. 2008..
7. Espinosa , Caraveo , Zamora , Arronte , Krug , Olivares , et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores México; 2007.
8. Pérez M, García J. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*. 2001.
9. Lemus M T. Depresión y suicidio. Herencia del mundo moderno; 2005.
10. Molina A, Madrigal E, Medina M, Ontiveros M. Guía Práctica para la Atención del Paciente con Conducta Suicida en Hospitales Generales; 2017.
11. Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Un imperativo global. [Online].; 2014.
12. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). [Online].; 2020.
13. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Pública de México*. 2012; 54(6): p. 595-606.
14. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.
15. Beck A T, Steer R A, Brown G K. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck..
16. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los Transtornos Mentales. DSM-5. 5th ed. México: Médica Panamericana; 2013.
17. Slaikeu K. Intervención en Crisis, Manual para la práctica e investigación México: El manual moderno; 1996. 🌐