



Centros de Integración Juvenil, A.C.

*Para vivir sin adicciones*

**Ansiedad y depresión**  
como **factores** de **riesgo**  
en el **inicio temprano**  
del **consumo** de **tabaco,**  
**alcohol y otras drogas**

## **DIRECTORIO**

**DR. ROBERTO TAPIA CONYER**

Presidente del Patronato Nacional

**SRA. KENA MORENO**

Fundadora de CIJ y Vicepresidenta Vitalicia del Patronato Nacional

**MTRA. CARMEN FERNÁNDEZ CÁCERES**

Directora General

**DR. RICARDO SÁNCHEZ HUESCA**

Director General Adjunto Normativo

**DR. ÁNGEL PRADO GARCÍA**

Director General Adjunto de Operación y Patronatos

**LIC. IVÁN RUBÉN RÉTIZ MÁRQUEZ**

Director General Adjunto Administrativo

### **Coordinación**

Lic. Miriam Carrillo López

Dra. Beatriz León Parra

Lic. Sandra Ortiz Ávila

### **Elaboración**

Lic. Miriam López Domínguez

Lic. Claudia Mejía Fernández

Lic. Martha Karina Vargas Pérez

### **Diseño Editorial**

Lic. Juan Manuel Orozco Alba



Centros de Integración Juvenil, A.C.

*Para vivir sin adicciones*

**Ansiedad y depresión**  
como **factores** de **riesgo**  
en el **inicio temprano**  
del **consumo** de **tabaco,**  
**alcohol** y **otras drogas**

D.R. © 2018 Centros de Integración Juvenil, A.C.  
Avenida San Jerónimo núm. 372  
Col. Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón  
01900, Ciudad de México  
[www.gob.mx/salud/cij](http://www.gob.mx/salud/cij)

# ÍNDICE DE CONTENIDO

	<i><b>Página</b></i>
<b>Presentación</b> .....	1
<b>Capítulo 1. Ansiedad y depresión. Marco referencial</b> .....	5
1.1 Trastornos mentales en la adolescencia: Ansiedad y depresión.....	5
1.2 Ansiedad y depresión: Panorama mundial y nacional.....	11
1.3 Ansiedad, depresión y consumo de drogas.....	17
<b>Capítulo 2. Factores de riesgo y protección asociados a los trastornos de ansiedad y depresión en la infancia y adolescencia</b> .....	23
2.1 Factores de riesgo asociados a los trastornos de ansiedad y depresión.....	24
2.2 Factores de protección ante los trastornos de ansiedad y depresión....	29
<b>Capítulo 3. Salud mental y el abordaje preventivo de la ansiedad y depresión en la infancia y adolescencia</b> .....	35
3.1 La salud mental en México.....	35
3.2 Enfoques teórico - metodológicos para el abordaje preventivo de la ansiedad y la depresión en la infancia y adolescencia.....	38
3.3 Mejores prácticas en el abordaje de la ansiedad y depresión.....	47
<b>Capítulo 4. Ansiedad y depresión como factores de riesgo en el inicio temprano del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Propuesta preventiva de Centros de Integración Juvenil</b> .....	59
A. Sensibilización: Atención oportuna de la ansiedad y depresión.....	61
B. Capacitación: Detección y canalización oportuna de riesgo, ideación e intento suicida en población juvenil.....	61

## **Página**

C. Orientación a padres de familia: Alerta temprana ante el suicidio.....	66
D. Prevención de la depresión y trastornos de ansiedad en jóvenes como factores de riesgo en el inicio temprano del consumo de alcohol tabaco y otras drogas.....	68
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>75</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>91</b>
1. Red de atención en la Ciudad de México.....	93
2. Sitios de interés.....	96
3. Programas basados en evidencia.....	104

*Nota sobre el lenguaje incluyente:* En este documento se ha respetado el uso del lenguaje incluyente y no sexista, atendiendo a las recomendaciones del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2009) y la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2016). El empleo del género gramatical masculino plural cuando se hace referencia a mujeres y hombres como un colectivo mixto, no tiene intención discriminatoria alguna; responde a la aplicación de la ley lingüística de la economía expresiva, prevista en la lengua española.

# ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

## ***Página***

Tabla 1.	Factores de riesgo asociados a la ansiedad en la adolescencia.....	7
Tabla 2.	Síntomas depresivos en la niñez y la adolescencia.....	9
Tabla 3.	Factores de riesgo asociados a la depresión en la adolescencia....	10
Gráfico 1:	Depresión y ansiedad en cifras.....	13
Tabla 4:	Prevalencia en porcentajes de trastorno mental alguna vez en la vida en jóvenes urbanos en México.....	14
Gráfico 2:	Ansiedad y depresión en México.....	15
Tabla 5:	Características de programas preventivos eficaces.....	45
Tabla 6:	Principales resultados de los estudios meta-analíticos y de revisiones cualitativas.....	50
Tabla 7:	Buenas prácticas en el diseño e implementación de programas para prevenir la depresión.....	51
Gráfico 3:	Esquema de intervención del programa preventivo de CIJ.....	60
Gráfico 4:	Algoritmo de detección temprana y derivación de ideación e intento suicida en jóvenes de 12 a 24 años.....	62
Tabla 8:	Lista de chequeo "Señales de alerta ante ideación e intento suicida".....	63
Tabla 9:	Preguntas para valoración del riesgo suicida.....	64
Tabla 10:	Capacitación en detección y derivación de la conducta suicida para profesionales de la salud y personal docente.....	65

**Página**

Tabla 11: "Alerta temprana ante el suicidio". Intervención para madres y padres de familia.....	67
Gráfico 5: Módulos de la intervención con adolescentes.....	68
Tabla 12: Módulo 1. Mentes saludables.....	70
Tabla 13: Módulo 2: Centinelas escolares. Prevención del suicidio entre pares.....	71

# PRESENTACIÓN

**E**n nuestra sociedad, las y los jóvenes constituyen un grupo focal de atención ante diversas problemáticas, entre las que destaca la salud mental. La Organización Mundial de la Salud señala que los trastornos de salud mental inician durante la infancia y la adolescencia, con consecuencias importantes para la salud en general y para el desarrollo personal y colectivo, debido a que se asocian con diversos problemas sanitarios y sociales, como el consumo de sustancias psicoactivas a edades tempranas, embarazo adolescente, abandono escolar y conductas antisociales o delictivas (OMS, 2018).

Este grupo poblacional también es, actualmente, el que refleja en gran medida el impacto de las condiciones de exclusión y vulnerabilidad social; exposición ante la violencia estructural, situación económica desfavorable, limitadas posibilidades de desarrollo educativo o de inserción laboral, escasa representatividad y participación en las decisiones políticas, entre otras.

También son el referente y objetivo de diferentes discursos que circunscriben modelos de juventud, no siempre correspondientes a sus realidades, no sólo por los obstáculos que suponen las condiciones sociales, sino por la inestabilidad de marcos socioculturales que permitan fortalecer su bienestar. Esto conlleva una dificultad para que identifiquen el valor que tienen como individuos y como colectivo.

Es necesario empoderar a las juventudes para que proyecten un plan de vida que les permita incidir positivamente en el desarrollo de sus metas y comunidades.

Tomando en cuenta que algunas enfermedades comienzan a manifestarse en la etapa adolescente y que inciden en fases posteriores de la vida, una determinante del bienestar social de la juventud es propiamente la salud, y de manera preponderante la salud mental se vuelve una necesidad de primer orden para que puedan afrontar diversos riesgos psicosociales. Entre los más importantes están las muertes prematuras, el suicidio, el consumo drogas, la violencia y la delincuencia. Según información difundida por la OMS, muchos problemas de salud mental tienden a aparecer al final de la infancia o al comienzo de la adolescencia y señalan, con base en estudios recientes,

que los problemas de salud mental, particularmente la depresión, constituyen la principal causa de morbilidad en jóvenes (OMS, 2018).

En este contexto, la implementación de acciones que promuevan y fortalezcan la salud mental entre los jóvenes deberá considerar determinantes ambientales, sociales y materiales; además de reconocer y fortalecer las capacidades cognoscitivas y emocionales, y conocer las manifestaciones de un desequilibrio en la salud mental.

Centros de Integración Juvenil, A. C., reconoce la asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y algunos trastornos de salud mental como la ansiedad y la depresión, por lo que de manera permanente diseña intervenciones especializadas y herramientas para identificar, prevenir y atender oportunamente estas problemáticas.

En el presente documento se sistematiza información científica y algunas recomendaciones en torno a la relación del consumo de drogas con la ansiedad y la depresión en jóvenes.



# CAPÍTULO 1



# ANSIEDAD Y DEPRESIÓN. MARCO REFERENCIAL

## 1.1 TRASTORNOS MENTALES EN LA ADOLESCENCIA: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

La salud mental es primordial en el bienestar personal, familiar y social. El concepto de salud mental incluye autonomía, competencia y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. Se define como un “estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a sus comunidades” (OMS, 2004: 7).

La salud mental favorece todos los aspectos de la vida humana por sus valores sustanciales, insustanciales o intrínsecos presentes en el individuo, la sociedad y la cultura:

- Es esencial en la calidad de vida personal y colectiva.
- Es parte indivisible de la salud, contribuye a las funciones sociales y tiene un efecto sobre la productividad.

Existen factores biológicos, psicológicos y contextuales que afectan la salud mental, los cuales impactan a la sociedad en su totalidad, se integran de una manera dinámica y están en evolución constante:

- Factores biológicos: relacionados con las características genéticas y fisiológicas de los individuos.
- Factores psicológicos: consideran aspectos cognitivos, afectivos y relacionales.
- Factores contextuales: presentes en las relaciones de la persona con su entorno.

Los problemas de salud mental tienen efectos adversos en el desarrollo y el bienestar. En algunos casos se asocian con consumo de sustancias psicoactivas. Tanto los trastornos de

ansiedad como la depresión se caracterizan por afectar la esfera cognoscitiva, afectiva y social de quienes los padecen. Conocer sus características es fundamental para su prevención y atención.

## **ANSIEDAD**

La ansiedad es una respuesta fisiológica y natural que se define como un estado afectivo displacentero que se acompaña por cambios físicos y mentales que se presentan como una reacción para adaptarse ante un evento que causa estrés. La ansiedad puede ser *normal* o *adaptativa*, en cuanto que ésta da paso a conductas de seguridad y protección que permiten la solución de problemas; o puede ser *desadaptativa* si ocurre aun sin un estímulo presente, o su duración e intensidad se prolongan y generan deterioro en la funcionalidad o adaptación (Raffo y Pérez, 2009).

La ansiedad como respuesta tiene dos componentes; el primero es el *fisiológico* y se refiere a la actividad del sistema nervioso que prepara al individuo para responder ante una situación amenazante con una conducta "lucha o huida". Esta respuesta incluye el incremento en la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardiaca y la irrigación a los músculos que permiten a la persona reaccionar rápidamente en caso de ser necesario. El segundo componente es el *cognoscitivo*, y se refiere a la atención selectiva y enfocada a discernir amenazas y formas de protegerse a uno mismo, especialmente mediante el escape.

Una sobre activación de esta respuesta natural puede generar algún trastorno de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad son un grupo de padecimientos que se caracterizan por la presencia de preocupación, tensión o temor excesivo que ocasionan malestar y un deterioro clínicamente significativo en la funcionalidad y adaptación de una persona. Los trastornos de ansiedad son los más comunes durante la infancia y la adolescencia; pueden considerarse un "marcador de riesgo" para desarrollar un *Trastorno Depresivo* durante la adolescencia, entre más temprana sea su aparición (Kendall, Safford, Flannery-Schroeder y Webb, 2004; Kessler et al., 2015).

Entre los principales trastornos de ansiedad se encuentran:

- Trastornos de pánico.
- Agorafobia sin trastorno de pánico.
- Fobia social.
- Fobia específica.
- Trastorno de ansiedad generalizado.
- Trastorno de estrés postraumático.

Su origen es multifactorial porque existen factores genéticos, familiares y sociales que pueden llevar a la generación de estos trastornos. No obstante, son los factores relacionados con características cognoscitivas y conductuales los que más se han identificado como precursores sólidos y, al mismo tiempo, susceptibles de ser modificados mediante la prevención y el tratamiento, tal como se muestra en la tabla 1 y se revisará en el capítulo 2.

<b>Tabla 1. Factores de riesgo asociados a la ansiedad en la adolescencia</b>	
Genéticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reactividad fisiológica</li> <li>– Baja inhibición al estímulo</li> </ul>
Individuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sesgo atencional a estímulos amenazantes</li> <li>– Sensibilidad a los elementos fisiológicos de la ansiedad</li> <li>– Regulación emocional pobre</li> <li>– Habilidades de afrontamiento dirigidas principalmente a la emoción</li> <li>– Poco desarrollo de habilidades de resolución de problemas</li> </ul>
Familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Trastorno de ansiedad por parte de alguno de los padres</li> <li>– Apego inseguro (ansiedad de separación)</li> <li>– Sobre protección o sobre control por parte de los padres</li> <li>– Rechazo de los padres</li> <li>– Falta de apoyo emocional</li> <li>– Afectación del proceso de "Servir y devolver"</li> </ul>
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Relaciones problemáticas con pares</li> <li>– Victimización por parte de los pares</li> <li>– Baja aceptación por parte de los pares</li> <li>– Eventos negativos o traumáticos de vida               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pobreza y precariedad económica</li> <li>– Exposición a la violencia</li> </ul> </li> </ul>

*Fuente: Graczyk, Connolly y Corapci, 2005.*

Los efectos de los trastornos de ansiedad en el bienestar de niñas, niños y adolescentes afectan su funcionamiento social, emocional y académico. La carencia de habilidades sociales y de afrontamiento reduce las interacciones, la autoestima y los

logros académicos. Existen investigaciones que apuntan que la presencia de síntomas (no trastornos) de ansiedad no está directamente relacionada con dejar la escuela y el bajo éxito académico (Benjet, Borges, Méndez, Fleiz y Medina-Mora, M. E. 2011). No obstante, si se dejaran sin detección y tratamiento, los trastornos de ansiedad en la adolescencia generalmente se expresan en oportunidades de desarrollo reducidas, como la dificultad de incorporarse a la educación media superior o superior debido al ausentismo y bajas calificaciones. Se aumenta también el riesgo de padecer depresión (Kendall, Saffor, Flannery y Webb 2004) y abusar de sustancias psicoactivas en la adultez (Neil y Christensen, 2009).

## **DEPRESIÓN**

La depresión comúnmente se confunde con la sensación de experimentar una tristeza profunda, y aunque el ánimo bajo es parte de los síntomas, no se limita a esto; también se puede experimentar desinterés por las actividades que comúnmente generaban placer, variación fuerte en el peso (aumento o pérdida), dificultades en el sueño (hipersomnias o insomnio) y falta de energía (fatiga o cansancio crónico). La depresión también se caracteriza por pensamientos recurrentes relacionados con culpa excesiva o sentimientos de inutilidad, y en los casos más graves, ideas de muerte, ideación suicida, intento suicida y suicidio. Aunque algunos de estos síntomas son comunes y pueden presentarse en casi todas las personas, la depresión irrumpe las actividades diarias y genera un sentimiento intenso de desesperanza, es decir, que las cosas no van a mejorar por más que se intente, lo que refuerza los pensamientos negativos y éstos, a su vez, el estado afectivo. Los síntomas deben suceder por al menos dos semanas de manera continua, deben representar un cambio respecto al funcionamiento previo y provocar deterioro social, escolar, laboral o de otras áreas importantes de la vida (Belló et al., 2005).

Los adolescentes pueden presentar síntomas y signos que requieren de la evaluación más acuciosa de un profesional de la salud mental, pues algunas conductas esperables en la adolescencia pueden traslaparse con las manifestaciones de la depresión. Sentirse triste o decaído, tener un mal estado de ánimo o melancolía ocasional no significa estar deprimido. Estos sentimientos pueden presentarse en edades tempranas con niños de 10 años en promedio. Pero cuando el estado depresivo se presenta

durante un lapso superior a semanas o meses y limita la capacidad para funcionar normalmente, se trata de síntomas inequívocos de un episodio depresivo.

Algunas diferencias entre la manifestación de la depresión en la niñez y durante la adolescencia se muestran en la Tabla 2. No obstante, cuando esta situación se debe a los efectos fisiológicos directos de una droga, a una enfermedad médica o a un duelo después de la pérdida reciente de un ser querido (últimos dos meses), no debe considerarse depresión (Benjet et al., 2004).

<b>Tabla 2. Síntomas depresivos en la niñez y la adolescencia</b>	
<b>Niñez</b>	<b>Adolescencia</b>
Más síntomas de ansiedad y quejas somáticas	Se asemeja más a la depresión en la adultez
Pérdida de habilidades aprendidas	Menos síntomas físicos, pero más problemas de conductas
Expresar la irritación mediante "berrinches"	Abusar de sustancias o conductas de riesgo como delincuencia y agresión
Dificultad para dormir y baja de energía	Dificultad para dormir y menor apetito
Dificultades evidentes en la escuela	Autolesiones y pensamientos suicidas

*Fuente: Castro, 2008.*

Estos síntomas pueden presentarse con distintas variables de tiempo, intensidad y de las circunstancias en las que suceden. Por eso, existen distintos tipos de cuadros depresivos. Los más frecuentes durante la adolescencia son:

- Episodio depresivo (depresión unipolar).
- Trastorno de depresión mayor.
- Trastorno depresivo persistente (distimia).

Su origen, al igual que en los trastornos de ansiedad, es multifactorial; existen factores genéticos, neurobiológicos, personales y sociales predisponentes para presentar este trastorno. Por ejemplo, la teoría cognoscitiva de la depresión de Beck considera que las experiencias tempranas llevan a la depresión vía las creencias disfuncionales acerca de uno mismo, el mundo y el futuro, mientras que la teoría de la desesperanza aprendida afirma que la depresión es resultado de la ausencia percibida de control sobre los resultados de las situaciones. Los factores de riesgo identificados por la investigación se muestran en la Tabla 3. En el capítulo 2 se brinda más información al respecto.

**Tabla 3. Factores de riesgo asociados a la depresión en la adolescencia**

<b>Genéticos</b>	<b>Individuales</b>	<b>Familiares</b>	<b>Sociales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Historia familiar de depresión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ser mujer</li> <li>– Baja autoestima e imagen corporal negativa</li> <li>– Estilo cognitivo negativo y rígido</li> <li>– Habilidades de afrontamiento predominante-mente emocionales</li> <li>– Trastorno de ansiedad durante la niñez</li> <li>– Abuso sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Recibir tempranamente responsabilidades adultas</li> <li>– Padres con alguna enfermedad mental</li> <li>– Trastorno de ansiedad en alguno de los padres</li> <li>– Ruptura familiar o ausencia parental</li> <li>– Escaso apoyo familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Precariedad económica</li> <li>– Escaso apoyo social</li> <li>– Bajo aprovechamiento o abandono escolar</li> <li>– Relaciones problemáticas con pares</li> <li>– Exposición a la violencia</li> <li>– Aislamiento social</li> <li>– Eventos negativos o traumáticos de vida</li> </ul>

*Fuente: Benjet, Borges, Medina-Mora et al., 2009; Gladstone, Beardslee, y O'Connor, 2011.*

Padecer un episodio de depresión durante la adolescencia tiene consecuencias a largo plazo en diversos ámbitos de la vida, más allá de la salud (Benjet, et al., 2004), debido a que es una etapa de desarrollo que se caracteriza por cambios significativos

como la formación académica, el inicio de la vida profesional u ocupacional, el comienzo de la vida sexual y la elección de pareja. La depresión afecta el desarrollo del individuo, provocando bajo rendimiento escolar, aislamiento social, baja autoestima, desesperanza, tristeza frecuente, dificultad para concentrarse, desórdenes alimenticios y en los ciclos de sueño-vigilia. En los adolescentes, el trastorno depresivo mayor es la principal causa del comportamiento suicida. El problema de estos trastornos es que más del 70 por ciento de los niños y adolescentes no reciben un diagnóstico ni tratamiento adecuados, lo cual genera consecuencias para la salud y el bienestar integral. Por lo tanto, la detección temprana y el tratamiento oportuno deben constituirse como una línea de atención de primer orden (Acosta-Hernández et al., 2011).

## **1.2 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN: PANORAMA MUNDIAL Y NACIONAL**

Los trastornos mentales más comunes hacen referencia a dos categorías de diagnóstico principalmente: los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, los cuales, constituyen una importante carga económica y social, debido a su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, así como por la discapacidad que producen. Según datos de la OMS, entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad aumentó cerca de 50 por ciento, de 416 millones a 615 millones. Alrededor del 10 por ciento de la población mundial está afectada. (OMS, 2016).

A nivel mundial, los trastornos mentales y neurológicos representan el 14 por ciento de la carga mundial de enfermedades. Cerca del 30 por ciento de la carga total de enfermedades no transmisibles se debe a este padecimiento y casi tres cuartas partes corresponden a los países con ingresos bajos y medios bajos (OMS, 2011). Una de cada cuatro familias tiene por lo menos un integrante que padece un trastorno mental; las personas afectadas son víctimas de violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación (OMS, 2004).

La ansiedad afecta los procesos del pensamiento y del aprendizaje. Tiende a producir confusión y distorsiones de la percepción, alude a un estado de agitación e inquietud caracterizado por la combinación entre síntomas cognoscitivos y fisiológicos. Se estima que entre el 13.6 por ciento y el 28.8 por ciento de la población padecerá un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (Heinze, y Camacho, 2010:7).

En el 2015, la proporción de la población mundial con trastornos de ansiedad fue de 3.6 por ciento (264 millones) siendo más comunes en las mujeres que en los hombres (4.6 por ciento en contraste con 2.6 por ciento). Según datos de la Organización Panamericana de la Salud “en la Región de las Américas, se estima que hasta 7.7 por ciento de la población femenina sufre trastornos de ansiedad” (OPS, 2017:10).

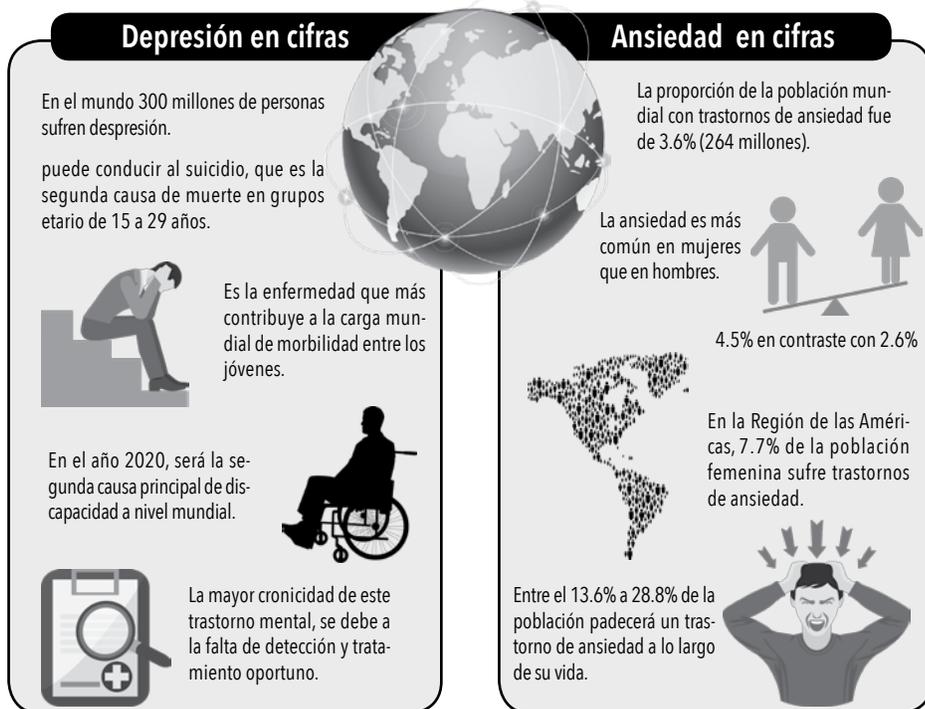
La depresión es otro trastorno mental común y es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. “En el año 2015, el número total de personas con depresión a escala mundial superaba los 300 millones (4.4 por ciento de la población mundial), más de 80 por ciento de esta carga de enfermedad no mortal ocurrió en países de ingresos bajos y medianos. Es el principal factor que contribuye a la discapacidad mundial” (OPS, 2017: 5).

Se calcula que el 20 por ciento de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento. La depresión es la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre jóvenes de 15 a 19 años de edad, mientras que el suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años. Aproximadamente, la mitad de los trastornos mentales comienzan antes de los 14 años de edad y el 70 por ciento previo a los 24. La frecuencia de trastornos mentales entre esta población ha aumentado en los últimos 30 años (UNICEF, 2011).

Este padecimiento afecta sustancialmente la capacidad de las personas en los diferentes contextos en que transcurre su vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio, que es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años; anualmente provoca la defunción de cerca de 800,000 personas (OMS, 2018). La gran mayoría de jóvenes que padecen depresión no reciben tratamiento para su primer episodio, lo cual aumenta la probabilidad de tener otro y de presentar mayor número de episodios en su vida. La mayor cronicidad de la depresión con inicio temprano se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno.

Para el año 2020, “la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. En los países desarrollados, ocupará el tercer lugar en días de discapacidad y en los países en desarrollo el primer lugar” (OMS, 2006: 9).

## Gráfico 1: Depresión y ansiedad en cifras



Fuente: Elaboración propia.

En México, la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2003) realizada con población urbana de 18 a 65 años de edad registró que una de cada cuatro personas (23.7 por ciento) tiene una historia de trastornos mentales. En población total, las fobias específicas fueron el trastorno mental más común (7.1 por ciento alguna vez en la vida), seguido de los trastornos de conducta (6.1 por ciento), dependencia al alcohol (5.9 por ciento), fobia social (4.7 por ciento) y el episodio depresivo mayor (3.3 por ciento). Uno de cada cinco individuos presenta al menos un trastorno mental en un momento de su vida (Medina-Mora et al., 2003).

Conforme a la Encuesta Mundial de Salud Mental (2005) se llevó cabo en el Valle de México, los trastornos afectivos y de ansiedad presentan una proporción de un hombre por cada dos mujeres.

Por su parte, la Encuesta de Salud Mental en Adolescentes en México (Benjet, Borges, Blanco et al., 2009), destaca que alrededor de la mitad de los adolescentes (51.3 por ciento) cumplieron criterios para algún trastorno mental alguna vez en la vida (Tabla 4). Las fobias, tanto específica como social son los trastornos más frecuentes: 27.9 por ciento de los adolescentes notificaron haber experimentado alguna fobia específica y 14.3 por ciento, alguna fobia social. Si se excluyen estos dos trastornos fóbicos, alrededor de un tercio de los jóvenes (36 por ciento) han presentado algún tipo de trastorno.

Los trastornos de ansiedad son las enfermedades mentales más comunes; les siguen los trastornos de impulsividad, los afectivos y los trastornos por uso de sustancias.

**Tabla 4: Prevalencia en porcentajes de trastorno mental alguna vez en la vida en jóvenes urbanos en México**

Depresión mayor	7.8
Cualquier trastorno afectivo	<b>10.7</b>
Fobia social	14.3
Fobia específica	27.9
Trastorno de ansiedad por separación	8.5
Cualquier trastorno de ansiedad	<b>40.6</b>
Anorexia	0.5
Bulimia	1.0
Trastorno explosivo intermitente	10.9
Trastornos oposicionista desafiante	8.4
Trastorno disocial	4.1
Déficit de atención con hiperactividad	2.4
Cualquier trastorno de impulsividad	<b>20.0</b>
Abuso de alcohol	3.8
Abuso de drogas	1.6
Cualquier trastorno por uso de sustancias	<b>4.8</b>

*Fuente: Encuesta de Salud Mental en Adolescentes, 2003.*

La Encuesta Nacional de los Hogares realizada en 2015 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía recabó información acerca del estado de salud mental de las personas de 7 años de edad y más. En términos generales, el 27.7 por ciento presentó sentimientos de depresión; este porcentaje se incrementó conforme aumentó la edad. Siendo el grupo de 65 años y más, el que presentó mayor proporción de personas con sentimientos de depresión, con el 42.9 por ciento; en contraste con los niños y adolescentes de 7 a 14 años (11 por ciento).

Los resultados estiman que de 95.1 millones de personas de 12 años de edad y más, 28.4 millones (29.9 por ciento) han sentido depresión, siendo las mujeres (34.3 por ciento) quienes más la padecen en comparación con los hombres (25.1 por ciento). Con relación a la frecuencia, el 65.5 por ciento la presentaron algunas veces al año, seguido del 24 por ciento quienes la padecen semanal o mensualmente.

## Gráfico 2: Ansiedad y depresión en México

Una de cada cuatro personas tiene una historia de trastornos mentales.



Uno de cada cinco individuos presenta un trastorno mental en un momento de su vida.



28.4 millones de personas han sentido depresión, las mujeres son quienes más la padecen.

Los trastornos de ansiedad son las enfermedades mentales más comunes.



Los trastorno afectivos y de ansiedad tienen una proporción de un hombre por cada dos mujeres.



En personas de 7 años y más un 27.7% presenta sentimientos de depresión; este porcentaje se incrementa con la edad.

Fuente: Elaboración propia.

Ante este panorama, en México el Programa de Acción Específico Salud Mental (PAE) 2013-2018, enfatiza la prevención de los trastornos mentales, con los siguientes objetivos:

- Desarrollar acciones de protección y promoción de la salud mental, así como detección oportuna.
- Fortalecer la cobertura de los servicios de salud mental.
- Promover la mejora de atención en los servicios de salud mental.
- Incidir en la protección de los Derechos Humanos de las y los usuarios de los servicios de salud mental.

Para reducir la carga a la salud, social y económica de los trastornos mentales, es necesario otorgar mayor atención a la prevención, a la promoción de la salud mental y a la toma de decisiones con una base comunitaria, a fin de fomentar el mayor nivel posible de salud entre la población sin estigmatización ni discriminación.

La reorientación del presupuesto a servicios de base comunitaria, con integración de la salud mental en la atención sanitaria general y en los programas de salud permitiría que muchas más personas accedieran a intervenciones más costo-efectivas.

El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 surge como una iniciativa implementada por la OMS para superar la brecha en salud mental y alcanzar la equidad a través de la cobertura sanitaria universal. Con un alcance mundial se abordan estrategias de promoción y prevención, con independencia de la magnitud de los recursos de cada país, sus principales objetivos son:

- Reforzar un liderazgo y gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental.
- Proporcionar, en el ámbito comunitario, servicios de asistencia social y de salud mental integrados y con capacidad de respuesta.
- Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental.
- Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

Para el cumplimiento de estos objetivos se requieren políticas públicas y estrategias integrales dirigidas a la promoción de la salud mental y a la prevención de trastornos mentales, además de implementar marcos de vigilancia para analizar y evaluar las tendencias (factores de riesgo y determinantes sociales); así como el diseño de

intervenciones basadas en un marco de equidad, calidad y eficacia que promuevan alternativas dirigidas principalmente a las poblaciones de mayor vulnerabilidad social.

### **1.3 ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CONSUMO DE DROGAS**

De acuerdo con el último Informe Mundial de Drogas de 2018, los datos generales sobre el consumo refieren que “unos 275 millones de personas en todo el mundo, es decir, aproximadamente el 5.6% de la población mundial de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, consumió drogas en al menos una ocasión en 2016. Unos 31 millones de personas que consumen drogas padecen trastornos derivados de ello, lo que significa que ese consumo es perjudicial hasta el punto de que podrían necesitar tratamiento” (UNODC, 2018:1).

Uno de los temas relevantes en materia de adicciones es la comorbilidad entre los trastornos mentales y los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. En los últimos años, esta asociación ha ido adquiriendo mayor evidencia científica, además de un gran costo sanitario y social.

La presencia de un trastorno mental es uno de los factores de riesgo para presentar un trastorno por consumo de sustancias. Los estudios epidemiológicos han mostrado que los trastornos mentales usualmente preceden a los del abuso de sustancias, señalando que: 1) entre el principio de la patología mental y el de un trastorno por uso de sustancias hay un intervalo, en promedio, de 5 años; 2) la aparición de trastornos psiquiátricos predice que se inicie el abuso de drogas y, 3) las personas cuyos trastornos mentales ocurren durante la infancia y la adolescencia tienen mayor riesgo de consumir sustancias psicoactivas (Caraveo y Colmenares, 2002).

Los trastornos mentales asociados al consumo de sustancias inician a edades tempranas del desarrollo y se manifiestan a través de diversos síntomas, incluyendo la adicción u otros padecimientos mentales. La morbilidad por abuso/dependencia de sustancias es mayor al 30 por ciento en los trastornos por ansiedad y depresión. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2003) señalan que en su mayoría, los trastornos psiquiátricos anteceden el consumo de sustancias. Esto se observó mayormente en los trastornos de ansiedad, seguidos de los trastornos afectivos.

Los trastornos mentales pueden conducir al consumo de drogas en el caso de personas que sufren de ansiedad o depresión para aliviar sus síntomas; quienes padecen estos trastornos comienzan a abusar de las sustancias psicoactivas para “disminuir sus sentimientos de angustia”.

En comparación con los hombres, las mujeres con problemas por consumo de drogas presentan tasas más elevadas de síntomas psiquiátricos o trastornos de ansiedad, depresión, trastornos limítrofes de la personalidad y trastornos de la alimentación. En México, los trastornos por consumo de sustancias (TCS) junto con otros trastornos psiquiátricos (OTP) se ubican entre las principales causas de morbilidad y carga de enfermedad.

Para explicar este fenómeno, se ha observado que, al agrupar los factores de riesgo y sus manifestaciones por co-ocurrencia, emergen dos trayectorias distintivas que llevan al consumo de drogas, la *trayectoria de problemas de conductas externalizadas (TPCE)* que se caracteriza por la expresión de los factores de riesgo mediante problemas de conducta como la agresividad y la impulsividad; y la *trayectoria de problemas de conductas internalizadas (TPCI)*, caracterizada por la expresión de problemas de conducta internos, como la ansiedad y la depresión (Leyton y Stewart, 2013). Entre estas dos trayectorias, se ha observado que aquellos individuos con mayor presencia de *TPCE* parecen ser más responsivos a la estimulación de las drogas en el sistema de recompensa, mientras que aquellos con *TPCI* parecen intentar controlar su sistema hipersensible de miedo-ansiedad mediante el consumo de drogas.

La trayectoria de *TPCI* se manifiesta a edades tempranas como una tendencia a experimentar miedo, ansiedad y depresión; estos desórdenes son observados frecuentemente en personas con problemas de uso de sustancias, siendo la depresión el más prevalente; entre el 20 y el 50 por ciento de personas con abuso de alcohol u otras drogas las presentan (Colder et al., 2013) A diferencia de los *TPCE*, los síntomas de las conductas internalizadas generalmente representan menos problema para los padres y maestros, por lo que es poco común que se realicen esfuerzos serios para modificarlos (Tandon, Cardeli y Luby, 2009). Esto incrementa la dificultad de detectarlos. Además, los mismos infantes y jóvenes a menudo tienen dificultad para poder describir y expresar sus propios estados emocionales.

La co-ocurrencia entre síntomas depresivos y/o ansiosos puede explicarse entendiéndolo al consumo de sustancias como:

- Una estrategia de afrontamiento; mediante el uso de drogas, la persona puede manejar los estados emocionales displacenteros (Holahan et al., 2001).
- Los factores de riesgo en la vida de la persona resultan significativos tanto para los problemas internalizados y el consumo de drogas (Fergusson, Boden y Horwood, 2011).
- La relación es bidireccional: el abuso de drogas y los TPCI se influyen mutuamente, creando un ciclo en el que la persona empeora mentalmente (Fergusson, Boden y Horwood, 2011).

La presencia de las *TPCE* y *TPCI* no es bidimensional; pueden experimentarse ambos tipos de síntomas teniendo efectos en el consumo de sustancias. Por ejemplo, se ha registrado que el consumo de alcohol a la edad de 12 años es un predictor para presentar síntomas internalizados y externalizados a la edad de 15 años, tanto en hombres como en mujeres (Jun, Sacco, Bright y Camlin, 2015), esta relación presenta diferencias en cuanto al género; las mujeres muestran mayor asociación entre los PCI y el beber a los 12 años, mientras que los hombres muestran mayor asociación entre PCE y el beber a los 18 años, así como mayor asociación entre este tipo de problemas y el consumo de cannabis (Farmer et al., 2015). Los PCI representan un factor de riesgo significativo para el consumo de drogas en mujeres: se ha observado que el uso de cannabis y alcohol durante la adolescencia aumentaba la probabilidad de padecer problemas internalizados más severos durante la adultez en ellas (Miettunen et al., 2014).

En este sentido, la *patología dual* es un tema prioritario de salud mental pública, debido a que se deteriora la calidad de vida y el funcionamiento biopsicosocial de la persona, al presentar mayores tasas de gravedad de la adicción y de la sintomatología psiquiátrica comórbida; ideación, conducta suicida y suicidio consumado; recaídas en quienes buscan la abstinencia, problemas de índole social, laboral, escolar, financiero y familiar (Marín y Medina, 2015).

La *patología dual* implica la presencia de un trastorno adictivo y otro trastorno mental, se identifican tres tipos (Tenorio y Sierra, 2000):

a) *Trastorno psiquiátrico primario y trastorno por uso de sustancias secundario (Hipótesis de la automedicación):*

Sitúa al consumo de drogas como resultado de un trastorno psicopatológico. Se identifican varios subgrupos de pacientes:

- La conducta de consumo puede considerarse una automedicación para el trastorno psiquiátrico.

- El consumo de sustancias puede constituir un mecanismo de afrontamiento para el enfermo psiquiátrico.
- Los síntomas de un trastorno psiquiátrico pueden convertirse en factores de riesgo para el desarrollo de una dependencia de sustancias.

*b) Trastorno por uso de sustancias primario con síntomas psiquiátricos secundarios.*

Los trastornos psiquiátricos surgen como consecuencia del consumo de sustancias. Las secuelas psicopatológicas se presentan en tres contextos diferentes, según se asocien con:

- Manifestaciones agudas de la intoxicación por las sustancias.
- Manifestaciones agudas de la abstinencia a las sustancias.
- Manifestaciones tras el uso prolongado de sustancias.

*c) Dualidad primaria: Trastorno psiquiátrico primario y trastorno por uso de sustancias primario*

Ambos trastornos son independientes y no se relacionan inicialmente, aunque pueden interactuar potenciándose entre ellos.

El historial familiar es muy variable y pueden encontrarse antecedentes de todo tipo: ambos trastornos, uno sólo o ninguno. Cuando una persona tiene problemas con una sustancia psicoactiva es habitual que presente un trastorno adicional (Casas, 1994). Los trastornos duales más frecuentes son la depresión y los trastornos de ansiedad.

Bajo este contexto, podemos destacar que los procesos de ansiedad tienen estrecha relación con el uso y abuso de sustancias, ya que en las personas jóvenes que consumen alcohol, tabaco y otras drogas se identifican altos niveles de ansiedad y dificultades en su capacidad de afrontamiento (no poseen habilidades de respuestas alternativas al consumo). Por otra parte, cuando los individuos se encuentran en procesos de deshabituación del consumo de sustancias también se identifican cuadros agudos de ansiedad que se manifiestan a través de emociones negativas, con alta activación fisiológica, elevado malestar emocional e inquietud motora.

Las personas que presentan trastornos mentales evolucionan desde el uso y abuso de sustancias a la dependencia o adicción. El abordaje terapéutico de la patología dual, ya sea farmacológico, psicológico o ambos, debe tener en cuenta todos los trastornos de forma simultánea a fin de elegir la mejor opción para cada individuo.



# CAPÍTULO 2



# FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

**E**n los últimos años, muchas investigaciones han dirigido sus esfuerzos al estudio de la depresión y la ansiedad, no sólo por sus altos índices de prevalencia, sino con el objetivo de señalar los factores predisponentes y establecer acciones preventivas (Alonso et al., 2004; Beuke, Fischer, y McDowall, 2003; Brown, Campbell, Lehman, Grishman, y Mancill, 2001; Michaud, Murria, y Bloom, 2001; Dowrick et al., 1998; citados en Agudelo, Casadiegos y Sánchez, 2008).

En este sentido, se han realizado múltiples estudios centrados específicamente en el análisis de factores como la edad, las influencias psicosociales, el procesamiento cognitivo, y/o las características individuales de la personalidad; con el objetivo de determinar el inicio o mantenimiento de la ansiedad y la depresión (Agudelo, Spielberger, y Buela-Casal, 2005; Calvete, 2005; Kohn et al., 2005; Nettle, 2004; Spielberger y Reheiser, 2003; Robins y Luten, 1991; citados en Agudelo et al., 2008).

En este capítulo se describen los resultados de diversos estudios que buscan determinar cuáles son los factores de riesgo y de protección asociados a la depresión y ansiedad, principalmente con población joven, con el propósito de identificar elementos clave para desarrollar intervenciones preventivas ante estas problemáticas.

## 2.1 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida marcada por grandes cambios biológicos, cognitivos y sociales, los cuales son determinantes en la consolidación de la personalidad y el sentido de identidad en el individuo.

Los adolescentes son emocionalmente lábiles debido a las constantes alteraciones a nivel fisiológico que experimentan, de manera que son mayormente vulnerables a presentar depresión o ansiedad relacionadas con el proceso de maduración por el cual están transitando. No obstante, este es el periodo de desarrollo más importante para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludables, que pueden disminuir el riesgo de desarrollar trastornos clínicos durante esta etapa y posteriormente en la edad adulta.

Para efectos del contenido del presente apartado, es importante puntualizar, que se entiende como riesgo a la probabilidad de que ocurra un suceso durante un periodo de tiempo; y como factor de riesgo, a las características o atributos asociados con el aumento de la probabilidad de que la salud, la calidad de vida o la vida misma se vean comprometidas, sin implicar una relación causa-efecto ni la dirección de la misma.

### **ANSIEDAD**

La ansiedad, posee gran relevancia clínica debido a los considerables efectos que ejercen sus manifestaciones sobre otras áreas, tales como los procesos cognitivos, las respuestas conductuales y las alteraciones al funcionamiento general del individuo; es por ello, que reconocer los elementos que favorecen su presencia puede evitar su evolución a un trastorno psiquiátrico con mayores consecuencias psicosociales.

Algunos de los factores de riesgo reconocidos con una mayor asociación en el desarrollo de la ansiedad, y los cuales igualmente pueden presentarse desde edades tempranas o propiamente en la adolescencia, son:

### **TEMPERAMENTO**

Particularmente la inhibición conductual, definida por una fuerte tendencia a la introversión, retraimiento, evitación social, inquietud, malestar social e incluso miedo ante personas, objetos y/o situaciones desconocidas, inciertas o cambiantes; es conside-

rada como el principal factor reportado (Hudson y Dodd, 2012; Pahl, Barrett y Gullo, 2012; Essex et al., 2010; Chronis-Tuscano et al., 2009; Hirshfeld-Becker et al., 2007; Kagan, Reznick y Snidman, 1987).

### ***PSICOPATOLOGÍA FAMILIAR***

Hijos de padres que han presentado algún trastorno de ansiedad, tienen mayor riesgo (Hudson et al., 2011; Muris et al., 2011; Bögels y Brechman-Toussaint, 2006).

### ***RELACIÓN CON LOS PADRES***

Un estilo de crianza autoritario (Ramírez, 2002), problemas de comunicación (Field, Diego y Sanders, 2001), escasa expresión afectiva, pobre aceptación y un bajo nivel de afinidad por parte de los padres hacia los hijos, generan una mayor probabilidad de desarrollar una relación de apego inseguro-ambivalente, el cual posibilita el desarrollo de ansiedad (Pinto-Cortez et al., 2017; Camps-Pons, Castillo-Garayoa y Cifre, 2014; Oliva, 2011; Brumariu y Kerns, 2010).

Modelos parentales ansiosos (principalmente en la madre), es decir, con una tendencia a demostrar pensamientos ansiosos, sentimientos o comportamientos evitativos y estrés frente a los hijos (Pahl, Barrett y Gullo, 2012; Fisak y Grills-Taquechel, 2007; Bögels y Brechman-Toussaint, 2006; Bayer, Sanson y Hemphill, 2006), provocan que ellos repliquen dicha respuesta ante situaciones similares.

Relaciones de discordia y agresión entre los padres, limitada armonía marital, desacuerdo en la crianza de los hijos y divorcio (Gómez-Ortiz, Martín, Ortega-Ruiz, 2017; Grych et al., 2000).

### ***DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS***

Ser mujer debido a factores hormonales [aunque no está totalmente claro] y mayor involucramiento emocional con otras personas (McLean et al., 2011; Kinrys y Wygant, 2005; Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000).

Miembros de grupos minoritarios pobres, particularmente inmigrantes, considerando los problemas para adaptarse a una nueva cultura, alienación, pérdida de redes de apoyo e incertidumbre ante la situación actual (Orozco, 2013; Vilar y Eibenschutz, 2007; Navarro y Rodríguez, 2003; Tizón, 1989).

## **CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS**

La pobreza, la economía insuficiente y un estatus socioeconómico bajo son señalados como factores involucrados en la aparición de la ansiedad (Bøe et al., 2014; Ochi et al., 2014; Gallo y Matthews 1999 y Wilkinson 1999 en Bradley y Corwyn, 2002).

## **EDUCACIÓN**

Bajo nivel educativo, problemas académicos, conflictos con el profesor o con los compañeros de clase, ambiente escolar inadecuado, preocupaciones acerca del desempeño y las competencias académicas (Londoño et al., 2010; Rapport et al., 2001).

## **OTROS FACTORES**

Algunos estudios han encontrado una relación bidireccional/ comorbilidad con depresión (Kim-Cohen et al., 2003; Wittchen et al., 2000), déficit de habilidades sociales, distorsiones cognitivas y un sistema de creencias desadaptativo (Bornas y Tortella, 1998 y Echeburúa, 1993 en Sierra, Zubeidat y Fernández, 2006) y una pobre percepción de autoeficacia (Quintero, Pérez y Correa, 2009).

Son diversos los factores que podrían explicar la aparición de los trastornos mentales desde edades tempranas y aunque el espectro de factores asociados a la ansiedad y depresión es bastante amplio, la atención de las intervenciones preventivas debería centrarse en la detección temprana de dichos factores involucrados y en la atención oportuna de los síntomas iniciales.

## **DEPRESIÓN**

La importancia por atender problemas depresivos en el adolescente radica en las consecuencias, tales como bajo rendimiento o deserción escolar, limitado acceso laboral y económico, consumo o abuso de tabaco, alcohol y otras drogas, prácticas sexuales de riesgo que pueden derivar en embarazos no intencionados o enfermedades de transmisión sexual, suicidio, entre otras; que lo posicionan en serias condiciones de vulnerabilidad psicológica, emocional y social.

A continuación se presentan los factores de riesgo asociados con la depresión reportados por la literatura como aquellos con mayor influencia para su desarrollo, los cuales se pueden presentar desde edades tempranas o propiamente en la adolescencia:

### **DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Ser mujer, debido a la tendencia por recibir y ofrecer mayor soporte emocional e involucrarse en los problemas de otros (Maughan et al., 2014; De La O-Vizcarra et al., 2009).

Residir en un medio suburbano o rural o encontrarse en una situación de migración (De La O-Vizcarra et al., 2009; Vilar y Eibenschutz, 2007; Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004; Lewinsohn et al., 2000).

### **EDUCACIÓN**

Bajos niveles de satisfacción escolar a nivel individual (Keegan, 2002) así como nivel educativo del padre y madre con un grado escolar perteneciente al nivel primaria (De La O-Vizcarra et al., 2009).

### **CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS**

Ingresos familiares precarios y ocupación de los padres en el sector productivo primario (De La O-Vizcarra et al., 2009); pobreza, altos índices de desempleo e incertidumbre laboral y pocas expectativas ocupacionales (Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004; Keegan, 2002).

### **VIOLENCIA**

Elevados índices de violencia social (Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004). En el ámbito escolar, estar involucrado en actos de bullying, ya sea como acosador o como acosado (Saluja et al., 2004; Kaltiala-Heino et al., 1999).

En el ámbito familiar, la presencia de enojos constantes entre los miembros y de peleas que incluyen golpes, así como castigos severos infligidos por parte de los padres (De La O-Vizcarra et al., 2009; McCloskey y Lichter, 2003).

### **ADICCIONES**

En el ámbito familiar, el tabaquismo, consumo de alcohol y uso de otras drogas por parte del padre, la madre o ambos. De manera individual, el consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia y el consumo experimental de otras drogas tales como,

inhalables, marihuana y cocaína (De La O-Vizcarra et al., 2009; Saluja et al., 2004) e igualmente la falta de disponibilidad o acceso al tratamiento para las adicciones (Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004) favorecen este estado emocional.

### ***DETERIORADA IMAGEN/ CONCEPTO PERSONAL***

No estar conforme con la apariencia física, ser ridiculizado por la imagen o tener algún sobrenombre relacionado con ésta (De La O-Vizcarra et al., 2009).

### ***ANTECEDENTES DEPRESIVOS***

Individuos con historias de depresión en la infancia presentan un alto porcentaje de continuidad o recurrencia en la adolescencia o la adultez así como aquellos con un proceso familiar hereditario (Maughan et al., 2014; Lewinsohn et al., 2000).

### ***RELACIÓN CON LOS PADRES***

Considerada una variable de gran peso en el desarrollo de síntomas depresivos en niños y adolescentes, pues la evidencia señala que quienes tienen un vínculo pobre con sus padres son más vulnerables a presentar este tipo de síntomas cuando se enfrentan a sucesos vitales adversos (Kraaij et al., 2003).

Los cambios en la estructura familiar como la separación conyugal de los padres y la relación que se mantiene con el padre del sexo opuesto también se ha asociado significativamente con la depresión adolescente (Gilman et al., 2003; Videon, 2002).

### ***OTROS FACTORES***

Una relación bidireccional con la presencia de ansiedad (Kim-Cohen et al., 2003), maltrato y abuso psicológico, físico, sexual o negligencia (Chapman et al., 2004; McHolm, MacMillan y Jamieson, 2003; Kaplan et al., 1998), soledad (Carvajal-Carrascal y Caro-Castillo, 2009; Heinrich y Gullone, 2006), aislamiento interpersonal, falta de amigos cercanos y dificultades para relacionarse con el grupo de pares (Saluja et al., 2004; Johnson et al., 2002; Field, Diego y Sanders, 2001) y escasas o nulas actividades extraescolares o con la comunidad (Keegan, 2002), también contribuyen de manera importante.

Es de suma importancia señalar que a mayor número de **factores de riesgo** hay una mayor **vulnerabilidad emocional** del adolescente, lo cual refiere que las **respuestas depresiva o ansiosa** corresponden a las limitaciones del medio social que impactan la **calidad de vida y no a un trastorno mental**, como lo referirían los criterios diagnósticos psiquiátricos.

Como se muestra, existen diversos factores de riesgo en la infancia y en la adolescencia que corresponden al ámbito individual, familiar, social y ambiental, que han sido asociados a la presencia de depresión y ansiedad, pero la relación causal entre estos fenómenos descritos aún no es determinante.

Sin embargo, identificar factores de riesgo oportunamente, permite el diseño y la implementación de programas preventivos dirigidos al abordaje y fortalecimiento de recursos que habiliten a los adolescentes para afrontarlos de manera efectiva; de tal manera que sea posible evitar su evolución a trastornos psiquiátricos, evitando con ello las serias consecuencias psicosociales derivadas de éstos.

## **2.2 FACTORES DE PROTECCIÓN ANTE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

Un factor de protección es el atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de ocurrencia de un fenómeno problemático (Clayton, 1992). Otra definición señala, que son las características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, ayudan a mantener la salud o a recuperarla y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo asociados a conductas problemáticas, ayudando en la reducción de la vulnerabilidad (Donas, 2001). La comprensión e identificación de estos factores es fundamental para el desarrollo de intervenciones preventivas o programas de promoción de la salud y específicamente dirigidos a la atención de la ansiedad y depresión.

Donovan y Spence (2000), señalan que los efectos de los trastornos de ansiedad en el bienestar de niños, niñas y adolescentes están asociados con dificultades en el funcionamiento social, emocional y académico; anticipando la aparición y desarrollo de alteraciones y trastornos en la edad adulta, destacando que hasta un 75 por ciento de los trastornos de ansiedad en adultos inicia en la infancia y/o adolescencia (Aznar, 2014).

En niños, niñas y adolescentes, la depresión también se ha asociado con problemas psicológicos y sociales, incrementando el riesgo de conductas violentas, consumo de sustancias y suicidio tanto en esta etapa como en la adultez (Posada, 2010; en Hoyos, Lemos y Torres, 2012). Los síntomas depresivos en la adolescencia se han relacionado con un mayor riesgo de presentar un trastorno psiquiátrico posterior (Hammen, 2001), especialmente depresión o uso de sustancias.

Tortella et al. (2004) señalan que en el ámbito de la prevención de las alteraciones psicopatológicas en la infancia y la adolescencia, los trastornos externalizantes como las conductas disruptivas, comportamiento antisocial, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno negativista desafiante, son los que han recibido mayor atención (Greenberg, Domitrovich y Bumbarger, 2001; Peters y McMahon, 1996), mientras que han sido mucho menores los esfuerzos preventivos dirigidos a los trastornos internalizados, como los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

Ante este panorama, el abordaje dirigido a la atención de los factores asociados es fundamental para avanzar hacia una cultura de protección a la salud mental. Las investigaciones que se suman a este propósito señalan la importancia de iniciar acciones para promover en la población desde edades tempranas educación sobre la ansiedad, entrenamiento en técnicas de control de la activación fisiológica, detección y sustitución de pensamientos automáticos negativos, autorreforzamiento abierto y encubierto y entrenamiento en solución de problemas (Essau, Conradt, Sasagawa y Ollendick, 2011).

Otros estudios señalan a la cohesión familiar, entendida como la intensidad de los lazos afectivos entre los miembros de una familia expresados generalmente en actitudes de apoyo mutuo, realización de actividades en conjunto y afecto recíproco, es un factor altamente protector (Morla, 2006; en Hollos, Lemos y Torres, 2012).

Así mismo, actitudes positivas entre los adolescentes y sus familias como la expresión de sentimientos, comunicación con los padres y el grupo familiar primario, red de apoyo o círculo social amplio, actividades deportivas, culturales, buen nivel académico, percepción positiva de sí mismo, adecuadas relaciones con maestros o figuras de autoridad, favorecen el fortalecimiento personal, incidiendo positivamente en la forma de proyectarse y relacionarse con el mundo exterior, potenciando las capacidades y habilidades personales como forma de protección frente a la aparición

de enfermedades mentales, entre ellas, los trastornos de ansiedad y la depresión (Rosenfarb, 2001).

Respecto a los estilos paternos de crianza, se ha reportado que un estilo cálido y con autoridad por parte de los padres permite que el niño sea consciente de sus comportamientos sin sentirse amenazado por la falta de afecto de sus cuidadores, lo que se asocia con un ajuste positivo en la adolescencia (McKinney, 2008; Bugental, 2006, en Hollos, Lemops y Torres, 2012).

Adicionalmente, el desarrollo de habilidades y competencias para resolver problemas cotidianos, relaciones positivas con compañeros y profesores, así como el afrontamiento eficaz de las transiciones y eventos de la vida (Duna, et al., 2005; Overbeek, et al., 2003; Friis, et al., 2002; Edwards, et al., 2001; D'Zurilla y Sheedy, 1991; Rubio y Lubin, 1986; en Balanza, Morales y Guerrero, 2009) se destacan como variables que disminuyen el estrés y el riesgo de sufrir un trastorno psicológico.

Por otra parte, la reducción de la sensibilidad a la ansiedad podría contribuir a disminuir la probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad u otros trastornos psicopatológicos. La sensibilidad a la ansiedad se refiere al miedo a los síntomas de ansiedad asociado a las creencias de que estas manifestaciones pueden tener consecuencias negativas para uno mismo (Reiss et al., 2001; Silverman y Weems, 1999; Reiss, 1991; en Tortella et al, 2014). La sensibilidad a la ansiedad es significativamente más elevada en personas con trastornos de ansiedad que en controles normales. En niños y jóvenes se relaciona positivamente con la presencia de miedos (Sandín, Chorot, Valiente y Santed, 2002) y en la edad adulta con trastorno de pánico, preocupación excesiva y depresión (Reiss, Silverman y Weems, 2001). La identificación temprana de personas con elevada sensibilidad a la ansiedad puede ser una estrategia oportuna para seleccionar a adolescentes y jóvenes susceptibles de intervención preventiva.

Los estudios también señalan que los programas de prevención efectivos aplicados en niños y adolescentes se caracterizan por su relativamente larga duración y la implicación de otras personas en la intervención, principalmente a padres, tutores y personal docente (Aznar 2014).





# CAPÍTULO 3



# SALUD MENTAL Y EL ABORDAJE PREVENTIVO DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

## 3.1 LA SALUD MENTAL EN MÉXICO

El concepto de salud mental ha evolucionado a lo largo del tiempo; comenzó por definir la ausencia de trastornos mentales hasta significar un estado de bienestar que la persona experimenta como resultado de su adecuado funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales (OMS, 2004). Para su abordaje (prevención, detección, tratamiento y rehabilitación) son necesarias acciones con una visión integral de la persona, sin dejar de lado su contexto.

En nuestro país se vive una transición epidemiológica polarizada, cuyos rasgos más notorios son la reducción de enfermedades infecto-contagiosas y el incremento de padecimientos crónico-degenerativos, categoría en la que se encuentran los trastornos mentales, los cuales constituyen actualmente, un importante problema de salud pública.

Datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2003) señalan que existe un escaso uso de los servicios por parte de quienes padecen trastornos mentales: una de cada cinco personas con algún trastorno depresivo recibió atención y sólo una de cada diez con algún trastorno de ansiedad fue atendida, cincuenta por ciento de las personas que buscó atención especializada recibió un tratamiento adecuado. "En el caso de la depresión, se tuvo un incremento del 39 por ciento en la demanda de atención; por tipo de población, derechohabientes del IMSS reportan un incremento del 51 por ciento, en comparación con población no asegurada" (Arredondo et al., 2018: 5). Una limitada oferta de servicios de atención conlleva a bajos resultados, recaídas que podrían evitarse y escasas acciones de rehabilitación.

Para reducir la carga de la enfermedad mental y cerrar la brecha en el tratamiento, uno de los primeros pasos consiste en identificar la infraestructura disponible y la asignación de los recursos de atención. En nuestro país, las entidades federativas presentan marcadas diferencias en cuanto a sus instalaciones, asignación presupuestal, recursos humanos e investigación.

En México, los servicios especializados de atención a la salud mental se caracterizan por una reducción significativa de recursos; "cerca del 2 por ciento del presupuesto del sector salud se destina a la salud mental, en contraste con el 10 por ciento recomendado por la Organización Mundial de la Salud" (Heinze et al., 2012: 83). La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) señaló que el gasto público total en salud en México es bajo: menos del 3.2 por ciento de su producto interno bruto es dirigido a financiar la atención de salud.

Con relación a la infraestructura, durante el 2001, según datos de la Secretaría de Salud (2001) el total de unidades médicas reportadas a nivel nacional fue de 11,551 de las cuales, únicamente el 3.6 por ciento corresponde al segundo nivel, constituido por hospitales generales, de especialidad y psiquiátricos. Respecto a los profesionales de la salud mental, el país cuenta con una tasa nacional de 3.68 psiquiatras por cada 100,000 habitantes. La Ciudad de México, Jalisco y Nuevo León concentran más del 60 por ciento de los psiquiatras a nivel nacional, por otra parte, nueve Estados de la República Mexicana (Tlaxcala, Zacatecas, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Veracruz, Estado de México, Quintana Roo y Oaxaca), tienen una tasa de 0.94 psiquiatras por cada 100,000 habitantes, 20 veces menos que la tasa de la Ciudad México (Heinze, Chapa y Carmona, 2016).

A nivel nacional se cuenta con servicios de salud mental en el segundo nivel de atención y con institutos especializados, sin embargo, la ubicación geográfica de la infraestructura y la distribución desigual de profesionales en la materia limitan el acceso de la población. Adicionalmente, el informe de evaluación del sistema de salud mental en México elaborado por la Organización Mundial de la Salud (2011), destaca:

- El país carece de un programa nacional de salud mental específico para la niñez, lo que obstaculiza la detección y atención tempranas de los trastornos; tampoco existe un programa destinado a los problemas mentales para personas adultas mayores.
- Los servicios que existen están concentrados en las grandes urbes, lo cual dificulta el acceso a las poblaciones rurales e indígenas que suelen vivir en regiones distantes a estas ciudades.

- Existe escasa coordinación entre el sector salud y otros sectores; por ejemplo, sólo el veinte por ciento de asociaciones civiles interactúa de forma regular con servicios de salud mental y un porcentaje similar ha participado alguna vez en la formulación e implementación de políticas, planes o normativas relacionadas con este tema. Adicionalmente, son insuficientes los programas destinados a que las personas con discapacidad mental puedan contar con un trabajo remunerado.

Para empezar a revertir dicha problemática, se instituyó el Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018 (Secretaría de Salud, 2013), cuyas líneas de acción buscan fortalecer la cobertura de los servicios de atención, favorecer la prevención e instituir enlaces y sistemas de referencia.

El cambio de paradigma para la atención de la salud mental debe considerar la subjetividad de las personas, los determinantes sociales de la salud y las redes comunitarias. Lo anterior supone adoptar una concepción de salud mental basada en la socialización del conocimiento científico y en la participación ciudadana tendente a fortalecer el desarrollo psicofisiológico y mejorar la calidad de vida individual y colectiva.

Asimismo, es necesario contar con un marco institucional comprometido con el desarrollo humano, que integre los siguientes componentes (OMS, 2011):

- *Registro y vigilancia epidemiológica.* Los sistemas de información de salud mental permiten registrar, monitorear, analizar, difundir y utilizar datos sobre las necesidades de salud mental de la población a fin de facilitar la toma de decisiones que mejoren la calidad de la atención.
- *Capacitación de personal.* Los profesionales de los diversos niveles de atención a la salud deben contar con una formación y actualización permanentes sobre los trastornos mentales para proporcionar atención oportuna y acorde a las necesidades de cada paciente.
- *Fortalecimiento de los programas de promoción y prevención en salud mental.* Estos programas deberán dirigirse principalmente a los grupos en mayor riesgo con el objeto de reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de los trastornos mentales, además de reducir el impacto que ejerce la enfermedad en la persona, su familia y la sociedad.

- *Articulación de redes comunitarias de salud mental.* La red es el medio más efectivo para lograr una estructura sólida, armónica, participativa, integral y humanitaria orientada al bienestar psicosocial de las personas. Resulta necesario establecer vínculos más sólidos entre el sector salud y las asociaciones de usuarios de los servicios y familiares, de tal manera que puedan tener una participación más proactiva en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de salud mental.

Actualmente, se estima que el cincuenta por ciento de los trastornos de salud mental inicia en personas menores de 14 años, por lo que las estrategias de prevención y promoción de la salud mental deben dirigirse a los diversos grupos de población de acuerdo con las etapas del desarrollo, debido a que en cada una se presentan patologías con características específicas que demandan acciones particulares (Katz, Lazcano y Madrigal, 2017).

La salud mental debería ser una prioridad en los sistemas de salud, por ser una condición fundamental en el desarrollo humano, el bienestar psicosocial y la calidad de vida.

Es de suma importancia realizar acciones que incidan sobre los factores de riesgo y refuercen los factores de protección desde las primeras etapas de vida; mientras mayor influencia exista sobre los recursos protectores, mayor será el efecto preventivo.

Niñas, niños y adolescentes requieren intervenciones tempranas en materia de salud mental, con un enfoque psicosocial para evitar el desarrollo de trastornos y sus complicaciones, bajo la premisa básica del respeto pleno a sus derechos humanos.

### **3.2 ENFOQUES TEÓRICO - METODOLÓGICOS PARA EL ABORDAJE PREVENTIVO DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

Se ha identificado una variedad de factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en el surgimiento de la ansiedad y de la depresión, y en su recurrencia en diferentes etapas de la vida que pueden remontarse incluso a edades tempranas.

En el presente capítulo se refiere el peso de la prevención en la incidencia de los factores de riesgo y protección para el desarrollo de la ansiedad y la depresión. Se pre-

sentan también algunas prácticas efectivas basadas en evidencia, especialmente con población infantil y adolescente, para anticiparse a estos padecimientos, destacando el impacto de la labor preventiva sobre dichos estados afectivos.

Desde hace más de dos décadas se han intensificado los esfuerzos por desarrollar intervenciones preventivas efectivas (Sutton, 2009), dado que las limitaciones que actualmente persisten respecto al acceso al diagnóstico y tratamiento adecuados subrayan esta necesidad en beneficio del bienestar de la población.

La identificación de factores de riesgo específicos de estos desórdenes tales como antecedentes depresivos, pautas inadecuadas de crianza, violencia y abuso, sucesos vitales adversos e intimidación de compañeros y de los factores de protección, por ejemplo, auto reforzamiento, auto control, entrenamiento en solución de problemas y apoyo social; evidencian que la prevención de la ansiedad y depresión debe contener múltiples acciones, lo cual implica el desarrollo de intervenciones acordes a cada nivel de riesgo-protección: universales, selectiva e indicadas.

Las intervenciones preventivas *universales* apuntan al fortalecimiento de los factores de protección en poblaciones generales (asintomáticas) e incluyen el desarrollo de habilidades sociales y solución de problemas en niños y adolescentes (OMS, 2004; Mrazek y Haggerty, 1994).

Las intervenciones *selectivas* están dirigidas a grupos de la población que tienen un riesgo para desarrollar trastornos de ansiedad o trastornos depresivos (Stockings et al., 2016; Mrazek y Haggerty, 1994) y pueden o no incluir a otras personas cercanas como madres/ padres de familia y educadores; su planteamiento contempla la exposición gradual y el aprendizaje de algunas habilidades básicas de naturaleza cognitivo-conductual para controlar tales respuestas y afrontar situaciones difíciles (OMS, 2004).

Las intervenciones *indicadas* tienen como población objetivo a aquellas personas que ya han desarrollado signos, síntomas o marcadores biológicos ansiosos o depresivos clínicamente significativos pero que aún no cumplen los criterios diagnósticos para un trastorno (OMS, 2004; Mrazek y Haggerty, 1994). Su éxito se otorga a razón de tres objetivos: 1) controlar los síntomas de manera que no trasciendan hacia el desarrollo de un trastorno; 2) disminuir la sintomatología y, 3) reducir la incidencia de nuevos episodios (Vázquez et al., 2014). Están centradas en erradicar estilos de pensamiento

negativo, reforzar el pensamiento positivo y mejorar las habilidades de comunicación y solución de problemas (OMS, 2004).

Cabe destacar que independientemente del tipo de prevención bajo la cual se adscribe un programa, se identifican principalmente dos tipos de intervenciones preventivas: psicológicas y psicoeducativas. Las intervenciones psicológicas implican la enseñanza de habilidades para reducir la ansiedad o depresión y las intervenciones psicoeducativas refieren a aquellas donde se proporcionó información sobre el trastorno en cuestión, su tratamiento y pronóstico, además de herramientas para su manejo (Merry et al., 2004). La evidencia apunta que el abordaje más reportado en las intervenciones psicológicas es la terapia cognitivo conductual, mientras que la psicoeducación cuenta con su propio procedimiento (Sánchez-Hernández, Méndez y Garber, 2014; Cuijpers et al., 2011; 2009; Patel et al., 2007).

A continuación, se describen ampliamente cada uno de estos abordajes.

### ***TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL***

La terapia cognitivo- conductual plantea que existen patrones de pensamiento irracionales o conceptualmente erróneos (distorsiones cognitivas) que ejercen un efecto adverso sobre las emociones y conductas; lo anterior derivado de la respuesta a un estímulo, la cual fue mediada por significados o evaluaciones producidas por factores tales como la predisposición genética y los aprendizajes de vida que componen la estructura cognitiva del individuo.

En ese sentido, dicho abordaje permite al niño o al adolescente examinar distorsiones cognitivas y modificar estructuras (incluyendo significados o evaluaciones), para lograr modificaciones también en las respuestas generadas; es decir, permite una reestructuración cognitiva.

La evidencia señala que la terapia cognitivo conductual ha demostrado ser un tratamiento psicológico efectivo en el abordaje de múltiples problemáticas de salud, particularmente en la ansiedad y la depresión con estos grupos etarios (Castillo, Ledo y Ramos, 2012; David-Ferdon y Kaslow, 2008; Clabby, 2006; Orgilés et al., 2003; Hollon, Thase y Markowitz, 2002; Bailey, 2001; Curry, 2001); incluso se sugiere que posee importantes resultados respecto a la funcionalidad y la calidad de vida (Suveg et al., 2009).

Específicamente en personas con ansiedad, la terapia cognitivo conductual es efectiva para abordar el sesgo negativo (caracterizado por recordar en mayor medida información amenazante), debido a que facilita el trabajo conjunto del terapeuta y la persona involucrada para identificar las creencias disfuncionales y los pensamientos automáticos que crean interpretaciones negativas y porque favorece la búsqueda de alternativas racionales para ambos (Scott, 2014).

Cabe señalar que la aplicación de la terapia cognitivo conductual requiere de adaptaciones particulares dependiendo del contenido y duración de la terapia, así como del nivel de desarrollo cognitivo y emocional de los niños o adolescentes; lo anterior, debido a las variaciones en la metacognición que pudieran existir (Castillo, Ledo y Ramos, 2012).

### **PSICOEDUCACIÓN**

Educar en lo referente a las enfermedades tiene como objetivo proporcionar a la persona afectada, los conocimientos y las habilidades necesarias para asumir un papel activo que potencie el autocuidado, favorezca el manejo de los síntomas de su enfermedad y le permita adquirir un compromiso en la colaboración de su tratamiento con el profesional de la salud.

La psicoeducación tiene sus orígenes en la década de 1980's y su aplicación pertenece al campo de la salud mental. Inicialmente dedicada al abordaje de enfermedades mentales severas como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, en la actualidad no se limita su implementación a trastornos psicóticos.

Debido a la flexibilidad de su diseño, la psicoeducación facilita su incorporación a intervenciones individuales o grupales, donde no únicamente la persona involucrada sino también familiares, mejoran su comprensión acerca de la salud mental y el diagnóstico específico (incluyendo posibles causas y síntomas), tratamiento (considerando los factores de riesgo y efectos secundarios), pronóstico y cómo pueden mantenerse en un buen estado afectivo (Collishaw et al., 2016; Colom, 2011; Smith, Jones y Simpson, 2010; Fristad et al., 2009).

Una de las principales consideraciones para el abordaje psicoeducativo consiste en considerar al proceso salud-enfermedad desde tres dimensiones: biológica, simbólica y social. La dimensión biológica corresponde a los aspectos descriptivos y de

interpretación de la enfermedad; la dimensión simbólica enmarca la manera en cómo la persona concibe y experimenta la enfermedad, incluyendo aspectos individuales, interpersonales y culturales; finalmente la dimensión social contiene los significados sociales, políticos, económicos e institucionales asociados con la enfermedad (Kleinman, 2000 en Builes y Bedoya, 2006). Además de posibilitar información y herramientas para el manejo de la enfermedad, se propicia que a partir de la narración se construyan nuevos significados acerca de la enfermedad, lo cual influye no únicamente en la comprensión de ésta sino también en la solicitud de ayuda en situaciones complejas (Colom, 2004).

En personas con síntomas depresivos, la psicoeducación es reconocida como una parte del abordaje, pues ha probado su eficacia y efectividad con efectos duraderos en la disminución de las recaídas, mejoría en la evolución de los episodios, disminución en la carga psicossocial para la familia y reducción de los costes sanitarios (Bevan et al., 2018; Aragonès et al., 2013; Tursi et al., 2013; Colom, 2011; Donker et al., 2009).

En población infantil (8 a 12 años) la psicoeducación ha mostrado reducción en los síntomas depresivos (Fristad et al., 2009); mientras que con adolescentes, no únicamente impacta en la comprensión de la depresión, pues igualmente influye en la actitud, cambio conductual, funcionalidad social y comunicación/ soporte familiar (Bevan et al., 2018).

En personas que presentan ansiedad, la psicoeducación brinda el soporte y la comunicación requeridos, pues el diálogo es necesario puesto que impacta en la adaptación y facilita las preguntas y respuestas respecto a la enfermedad (Scott, 2014).

Entre las ventajas de las intervenciones psicoeducativas destaca que son menos costosas, más fáciles de administrar y potencialmente más accesibles que las intervenciones farmacológicas y psicológicas convencionales. Además, existe evidencia en revisiones sistemáticas que afirma la efectividad de las intervenciones psicoeducativas (Merry et al., 2004; Cuijpers, 1997) en el tratamiento y la prevención de los trastornos mentales (Donker et al., 2009).

En el área preventiva, la psicoeducación también permite la disminución del estigma social e internalizado, hacia la enfermedad mental, pues incide en los tres aspectos esenciales de éste: conocimiento (ignorancia o información errónea), actitudes (prejuicio) y comportamiento (discriminación); es decir, la psicoeducación permite el entendimiento de la enfermedad [en este caso ansiedad y depresión], clarificando que se encuentran involucrados aspectos biológicos, psicológicos y sociales en su desarrollo, y generando

un cambio conductual que beneficia el trato hacia sí mismo y hacia las personas con enfermedad mental (Taghva et al., 2017; Griffiths et al., 2014; Corrigan y Rao, 2012a; Corrigan et al., 2012b; 2001).

Como se ha dado cuenta hasta el momento, bajo estos marcos teórico- metodológicos, se ha tenido éxito en la reducción de la sintomatología y la incidencia de la ansiedad y depresión (Cuijpers et al., 2011; 2009; Balle y Tortella-Feliu, 2010; Brunwasser, Gillham y Kim, 2009; Horowitz y Garber, 2006; Clarke et al., 2001), aunque en algunos casos los efectos alcanzados son diferentes para ansiedad y para depresión pues esta última se ve más favorecida (Werner-Seidler et al., 2017). Al respecto vale la pena señalar que la ansiedad frecuentemente precede a la depresión, lo que apunta al potencial de los programas basados en evidencia para la prevención de la ansiedad, especialmente para niños y adolescentes, como una estrategia indirecta para reducir el riesgo de depresión; o por lo menos así lo confirmó un estudio controlado que señaló una reducción significativa de los síntomas depresivos en niños que presentaban un alto nivel de ansiedad antes del inicio de la intervención (Lowry-Webster, Barrett y Dadds, 2001).

Además otros estudios muestran resultados contradictorios al señalar el tiempo en el que se mantienen los efectos a largo plazo; a razón de lo cual se ha sugerido realizar sesiones de seguimiento en aras de favorecer la medición de dicho aspecto (Merry et al., 2009; Martínez, Rojas y Fritsch, 2008; Sutton, 2007).

No obstante, son cada vez más quienes deciden optar por la prevención, es por ello que países desarrollados se han dado a la tarea de investigar diferentes contextos de aplicación para las estrategias preventivas, siendo el sistema escolar el principal considerado para ello debido a las ventajas tanto prácticas como evolutivas que ofrece; sin embargo, algunos meta-análisis de estos programas han encontrado resultados significativos en el corto plazo pero con tamaños de efecto pequeños a moderados (Merry et al., 2009; Martínez, Rojas y Fritsch, 2008; Horowitz y Garber, 2006), aunque un meta-análisis (Jané-Llopis et al., 2003) que buscaba predictores de eficacia en programas preventivos para la depresión, encontró tamaños de efecto mayores en aquellos con más de ocho sesiones y 60 a 90 minutos de duración impartidos por un profesional de la salud, sin importar la distribución de las sesiones; asimismo, en los programas que involucran un componente para aumentar las competencias y en programas que incluyen tres o más diferentes tipos de métodos.

En este orden de ideas, resulta importante mencionar las características de algunos programas que poseen mayor eficacia en el campo preventivo para el abordaje de la ansiedad y la depresión, dados sus resultados y el número de ocasiones en los que han sido objeto de estudio.

- *Resourceful Adolescent Program (RAP)*: Implementado con muestras poblacionales universales, tiene tres componentes que promueven factores protectores individuales (RAP-A [for adolescents]), familiares (RAP-F ó RAP-P [for families/ for parents]) y escolares (RAP-T [for teachers]). El RAP- A trabaja con adolescentes de 12 a 15 años de edad y el foco de las intervenciones son reestructuración cognitiva, resolución de problemas, manejo del estrés y acceso a red de apoyo (Brunwasser y Garber, 2016; Martínez, Rojas y Fritsch, 2008; Shochet et al., 2001).
- *Penn Resiliency Program (PRP)*: Con un enfoque cognitivo conductual, este programa ha sido implementado con muestras poblacionales universales, selectivas e indicadas de 10 a 14 años de edad. Apuesta al desarrollo de la resiliencia, bienestar y optimismo (Brunwasser y Garber, 2016; Vázquez et al., 2014; Martínez, Rojas y Fritsch, 2008; Gillham et al., 1990).
- *Coping With Depression (CWD) / Coping with Stress Course (CwSC)*: Con una intervención psicoeducativa y cognitivo conductual, se ha usado en muestras universales, indicadas y selectivas + indicadas de 13 a 18 años de edad. Incluye componentes tales como información, habilidades cognitivas, habilidades sociales, actividades placenteras y técnicas de relajación (Brunwasser y Garber, 2016; Vázquez et al., 2014; Martínez, Rojas y Fritsch, 2008; Clarke et al., 1995; Lewinsohn y Clarke, 1984).
- *Problem Solving for Life (PSFL)*: Implementado con muestras universales, indicadas o universales + indicadas de 12 a 14 años de edad; integra un componente de reestructuración cognitiva y uno de entrenamiento en habilidades en resolución de problemas (Brunwasser y Garber, 2016; Sánchez-Hernández, Méndez y Garber, 2014; Martínez, Rojas y Fritsch, 2008; Spence, Sheffield y Donovan, 2003).
- *FRIENDS for Life*: Desde un marco cognitivo conductual, ha sido implementado con muestras poblacionales universales, selectivas e indicadas de 4 a 16 años de edad. Se enfoca en construir la fortaleza emocional, habilidades para solución de problemas y autoconfianza (Brunwasser y Garber, 2016; OMS, 2004; Barrett, Sonderegger y Xenos, 2003).

La Tabla 5 contiene un resumen con las principales características de estos programas preventivos.

<b>Tabla 5: Características de programas preventivos eficaces</b>					
<b>Programa</b>	<b>Autores</b>	<b>Población</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Procedimientos</b>	<b>Sesiones</b>
Resourceful Adolescent Program – Adolescents (RAP-A)	Shochet, Dadds, Whitefield, Harnett y Osgarby (2001)	Adolescentes 12-15 años	Refutar pensamientos desadaptados -Enfrentar adecuadamente los problemas -Promover armonía con padres y compañeros -Evitar conflictos con padres y compañeros	Restructuración cognitiva -Resolución de problemas -Habilidades de comunicación -Habilidades sociales	11 sesiones de 40-50 minutos
Peen Resiliency Program (PRP)	Gillham, Jaycox, Reivich, Seligman y Silver (1990)	Niños y Adolescentes 8-15 años	Sustituir pesimismo por optimismo -Potenciar toma de decisiones estratégicas -Desarrollar habilidades sociales	-Entrenamiento atribucional -Resolución de problemas -Habilidades sociales	12 sesiones de 9 minutos
Coping with Strees course (CWSC)	Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber, Lewinsohn y Seeley (1995)	Adolescentes 13-17 años	-Refutar pensamientos desadaptados -Afrontar estados de ánimo negativos -Alcanzar acuerdos con padres y compañeros -Vencer la pasividad -Desarrollar habilidades sociales	Restructuración cognitiva -Relajación -Resolución de conflictos -Actividades agradables -Habilidades sociales	15 sesiones de 45 minutos

Problem Solving for Life (PSFL)	Spence, Sheffield y Donovan (2003)	Adolescentes 13-15 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Refutar pensamientos desadaptados</li> <li>-Enfrentar adecuadamente los problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reestructuración cognitiva</li> <li>-Resolución de problemas</li> </ul>	8 sesiones de 45-50 minutos
FRIENDS for Life	Barrett, Sondegger y Xenos (2003)	Niños y Adolescentes 4 a 16 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover las emociones positivas, la gratitud, la inteligencia emocional y la resiliencia</li> <li>- Favorecer un estado de felicidad</li> <li>- Alcanzar resultados positivos con la familia, entorno, escuela y medio ambiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habilidades sociales</li> <li>- Concentración</li> <li>- Confianza</li> <li>- Relajación</li> <li>- Regulación emocional</li> </ul>	5 sesiones de 120 a 150 minutos

Fuente: Sánchez-Hernández, Méndez y Garber, 2014; FRIENDS Programs, 2018.

Con la revisión realizada hasta el momento se destaca que para el abordaje preventivo de la ansiedad y la depresión en la infancia y adolescencia, se requiere disponer de diversas teorías y metodologías que logren disminuir el impacto de los factores de riesgo y potenciar los factores de protección. Asimismo, que las intervenciones universales, selectivas e indicadas han mostrado ser una vía efectiva para la prevención de estos estados afectivos; no obstante, la evidencia ha señalado más óptimas a las intervenciones selectivas e indicadas, siendo éstas últimas a las que más se ha apostado dados sus resultados no únicamente en la prevención sino en la disminución de dichas sintomatologías y sus consecuencias asociadas (Sánchez-Hernández, Méndez y Garber, 2014; Horowitz y Garber, 2006).

En esta línea del discurso, es importante comentar que los programas de entrenamiento de habilidades han demostrado ser efectivos en la reducción de los síntomas de depresión y ansiedad, así como en la mejora de las habilidades sociales

y emocionales (afrentamiento, regulación emocional y pensamiento adaptativo), relaciones interpersonales (soporte social e integración social) autopercepciones (autoestima, autoeficacia, resiliencia y satisfacción de vida), comportamientos académicos y el rendimiento (Conley, Durlak y Kirsch, 2015); aunque cabe mencionar que las intervenciones aquí planteadas no son las únicas que han demostrado buenos resultados a este respecto, pues un ejemplo de ello es el meta-análisis realizado por Sin y Lyubomirsky (2009) donde se hace referencia a las estrategias empleadas por la Psicología Positiva (actividades intencionales dirigidas a cultivar sentimientos positivos, conductas positivas o cogniciones positivas), las cuales impactan de manera favorable mejorando estas sintomatologías y el bienestar en general; creando así otra opción válida.

También es importante apuntar que la evidencia muestra que las intervenciones en la etapa preescolar tienen un alto impacto debido a que se posee una mayor susceptibilidad a las influencias ambientales (Urzúa et al., 2010; Chorpita, Albano y Barlow, 1996); en este sentido, incidir de manera preventiva a estas edades es lo más óptimo para obtener mejores resultados en la prevención de la ansiedad y depresión.

Finalmente, conviene destacar la importancia de desarrollar y evaluar intervenciones preventivas eficaces, que sigan un modelo de prevención e incluyan un desarrollo más detallado de las estrategias de intervención empleadas, metodologías y reporte de resultados, para futuras referencias según convenga.

### **3.3 MEJORES PRÁCTICAS EN EL ABORDAJE DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

En los meta-análisis realizados por diversos autores (Sánchez-Hernández, Méndez y Garber; 2014; Tait y Michail, 2014; Deady et al, 2017; Rasing et al 2013; Kösters et al, 2012; Martínez, Rojas y Fritsch, 2008; Leiva et al, 2015; Gijzen et al 2018; Sin y Lyubomirsky, 2009; Tortella, 2004), se describen las más relevantes prácticas de los principales programas de prevención de la depresión en niños y adolescentes, analizando las conclusiones derivadas de las más recientes revisiones cualitativas y cuantitativas, se detallan las características de las intervenciones que han

conseguido mayores efectos, algunas limitaciones en los estudios y se proponen sugerencias para futuras investigaciones e intervenciones, enfatizando la importancia de invertir en programas preventivos, tanto por sus beneficios en el bienestar de la población como por el ahorro económico que ofrecen:

- Las intervenciones de prevención del suicidio basadas en la atención médica dirigidas a los médicos generales son fundamentales ya que la identificación y el manejo clínico mejorado de las personas en riesgo reducirán la morbilidad y la mortalidad. Se requieren estrategias nacionales que destaquen la importancia de identificación temprana, evaluación y manejo de riesgos en las personas jóvenes alentando la participación y especialización de los médicos de primer nivel en el cuidado de la salud mental.
- Las intervenciones preventivas a distancia muestran efectos pequeños pero positivos de la prevención de la ansiedad y la depresión. Sin embargo, hay evidencia inadecuada sobre el efecto a medio y largo plazo de tales intervenciones, y de manera importante, en la reducción de la incidencia de trastornos mentales comunes.
- Dado que la prevalencia de depresión y ansiedad y sus altas tasas de recurrencia, hay una necesidad de una evaluación efectiva, tratamiento y prevención. Las escuelas tienen un papel fundamental en la identificación de niños y adolescentes con elevados síntomas depresivos y de ansiedad.
- Es fundamental la implementación de programas dirigidos a los adolescentes con alto riesgo, principalmente en el caso de que ambos padres presenten niveles elevados de depresión o ansiedad.
- Las intervenciones con mejores resultados son multimodales, e incluyen componentes para el reconocimiento de emociones, herramientas para examinar las relaciones entre un evento, las creencias, las consecuencias emocionales y el comportamiento, así como presentar opciones para reemplazar las creencias pesimistas con creencias optimistas; también incluyen estrategias para organizar y estructurar tareas para el logro de objetivos y habilidades para resolver problemas, solicitar ayuda y planear el futuro. Se recomienda incluir en las intervenciones preventivas estrategias para identificar los signos de la ansiedad en el cuerpo, así como alternativas de relajación.

- Al diseñar un programa de intervención es importante considerar la edad de los participantes, teniendo en cuenta las diferencias en el estilo de pensamiento, el cual se desarrolla desde el pensamiento concreto hacia uno hipotético-deductivo, así como considerando las diferencias en los intereses, grado de relación con los pares y los padres, entre otros.
- Aunque no se reportan evaluaciones o datos que muestren claras evidencias de que la incorporación de los padres y docentes en la prevención sumen a la eficacia de las intervenciones, desde un punto de vista sistémico es claramente razonable incluirlos. Es necesario no perder de vista la dificultad encontrada en algunos estudios para acceder a estas poblaciones, principalmente a los padres o cuidadores, por lo que se deberían buscar estrategias activas que tomen en cuenta la esta realidad local, con instancias o mecanismos existentes, como, por ejemplo, asociaciones de padres de familia.
- Los resultados alertan respecto a que el impacto de una intervención preventiva en salud mental escolar, aun en población adolescente, dependería no sólo de la aplicación de un buen diseño y de una buena fidelidad en su ejecución, sino también del compromiso y participación de los adultos significativos para estos, al asistir a las sesiones propuestas en esta estrategia preventiva.
- Las intervenciones preventivas breves (6 sesiones en promedio) realizadas en el contexto escolar y centradas exclusivamente en la persona podrían tener un efecto significativo, aunque moderado, para la modificación de variables que predicen la aparición futura de trastornos de ansiedad. Los programas con estas características, podrían facilitar la extensión de las intervenciones preventivas en las escuelas, especialmente en aquellas que muestran sus reservas ante programas de mayor duración y en los que deba implicarse muy directamente el entorno escolar y familiar.

En la Tabla 6 se sintetizan los principales resultados y conclusiones de las revisiones sistemáticas o meta-analíticas actuales.

**Tabla 6: Principales resultados de los estudios meta-analíticos y de revisiones cualitativas**

<b>Autores (año)</b>	<b>Autores</b>	<b>Población</b>
Horowitz y Garber (2006)	30	<ul style="list-style-type: none"> <li>– La prevención dirigida es más efectiva que la universal al finalizar el programa.</li> <li>– La prevención dirigida es más efectiva que la universal en el seguimiento.</li> <li>– El tamaño del efecto de la prevención dirigida tiende a ser entre bajo y moderado, tanto al finalizar el programa como en el seguimiento. En las intervenciones universales el promedio del tamaño del efecto no llegó a la significación práctica.</li> </ul>
Stice et al. (2009)	47	<ul style="list-style-type: none"> <li>– El promedio de los tamaños del efecto de los síntomas depresivos de pretest al posttest y del pretest al seguimiento fueron de magnitud baja.</li> <li>– Los efectos más grandes surgieron de los programas dirigidos (selectivos e indicados) destinados a participantes de alto riesgo, muestras con más mujeres, muestras con adolescentes mayores, programas con una duración más corta y que incluían actividades para casa e impartidos por profesionales (versus maestros).</li> </ul>
Merry et al. (2011)	53	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Se halló una reducción significativa del riesgo de tener un trastorno depresivo tras la intervención y en los seguimientos a los 3, 9 y 12 meses. No hubo evidencia de la eficacia continuada a los 24 meses pero sí evidencia limitada de la eficacia a los 36 meses.</li> <li>– No se halló evidencia de la eficacia (en los pocos estudios hallados) al comparar las intervenciones con los controles de atención placebo.</li> <li>– Los autores concluyen que la persistencia de los resultados sugiere un efecto real producido por las intervenciones preventivas y no un efecto placebo y que, por tanto, hay suficiente evidencia para afirmar que los programas de prevención de la depresión, dirigidos y universales, pueden prevenir la aparición de los trastornos depresivos.</li> </ul>
<b>Revisiones cualitativas</b>		
<b>Autores (año)</b>	<b>Conclusiones principales</b>	
Gladstone (2009)	Los programas preventivos con más éxito se caracterizan por derivar de los programas de tratamiento basados en la evidencia para la depresión juvenil (técnicas cognitivo-conductuales y/o enfoques interpersonales), estructurados y descritos en manuales, en los que los monitores han sido cuidadosamente entrenados mediante protocolos y han evaluado la fidelidad de la intervención	

Sutton (2007)	Las intervenciones preventivas siempre han mostrado efectos bajos pero significativos en la prevención a corto plazo de la depresión. Sin embargo, el mantenimiento de los efectos de la intervención de forma más prolongada durante el seguimiento de entre 6 meses a 3 años no se ha demostrado de forma consistente. Señala que en varios estudios aparecen problemas metodológicos importantes que deben de tenerse en cuenta.
---------------	---

*Fuente: Sánchez-Hernández, Méndez y Garber, 2014.*

Después de la revisión cualitativa y cuantitativa de un considerable número de intervenciones preventivas para la depresión, Sánchez-Hernández, Méndez y Garber (2014), indican importantes consideraciones que pueden apoyar el desarrollo de intervenciones más eficaces, sobre a todo a mediano y largo plazo, las cuales deberían ser elementos a considerar en la labor de los profesionales de la salud en la prevención de la ansiedad y la depresión. Las principales aportaciones se enlistan en la Tabla 7:

<b>Tabla 7: Buenas prácticas en el diseño e implementación de programas para prevenir la depresión</b>	
<b>Buenas prácticas</b>	<b>Elementos a considerar</b>
Habilitación en detección temprana a médicos generales	<p>El 45 por ciento de quienes completan el suicidio, contactan a su médico general en lugar de un profesional de salud mental en el mes anterior a su muerte; sin embargo, los factores de riesgo o las señales de alerta temprana de suicidio no se detectan y no son tratados por médicos generales (Tait y Michail, 2014).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Una alternativa efectiva para prevenir el suicidio son las intervenciones educativas dirigidas a los médicos generales para aumentar la identificación de factores de riesgo, incluyendo la depresión, así como el manejo clínico adecuado y oportuno de jóvenes en riesgo reducirán la morbilidad y la mortalidad.</li> <li>– Este tipo de intervenciones se caracterizan por mejorar las habilidades clínicas necesarias para evaluar y gestionar los factores de riesgo de suicidio, incluido el tratamiento de trastornos de salud mental como la depresión (Tait y Michail, 2014).</li> </ul>

<p>Programas de prevención universal adecuadamente evaluados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sobre los programas de prevención universal, la evidencia señala la necesidad de continuar investigando la eficacia de las intervenciones en esta modalidad, resaltando la necesidad de trabajar con tamaños muestrales adecuados para encontrar diferencias estadísticamente significativas (Cuijpers, 2003; Gillham et al., 2008; Pattison y Lynd-Stevenson, 2001; Sutton, 2007).</li> <li>– A nivel epidemiológico, un pequeño cambio en la media de los síntomas depresivos de la población puede hacer más para mejorar el bienestar y reducir la prevalencia del trastorno que sólo las intervenciones de tratamiento o preventivas dirigidas a grupos de riesgo (Huppert, 2009; citado en Sánchez-Hernández, Méndez y Garber, 2014).</li> </ul>
<p>Intervenciones dirigidas a poblaciones específicas previamente delimitadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Las prevenciones dirigidas (selectivas e indicadas) han demostrado mayor eficacia que las universales, tanto en el postest como en las evaluaciones de seguimiento (Horowitz y Garber, 2006; Stice et al., 2009).</li> <li>– Se recomienda realizar un adecuado reclutamiento de los participantes considerando factores de riesgo específicos como criterios de inclusión (Clarke et al., 2001).</li> <li>– Realizar entrevistas diagnósticas para excluir a aquellos participantes que presenten un trastorno psicológico (Seligman et al., 2007; Stice et al., 2010; Young et al., 2006).</li> </ul>
<p>Evaluación de elementos positivos de las intervenciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– En la evaluación de resultados de las intervenciones preventivas, el interés se centra en la valoración de la depresión principalmente con instrumentos sensibles a la presencia de elementos negativos como tristeza, culpa, falta de relaciones sociales, etc., sin embargo, se requiere prestar mayor atención a los elementos positivos como el placer, disfrute, alegría, bienestar, entre otros, ya que las evaluaciones al respecto aún son mínimas (Vázquez, Nieto, Hernangómez y Hervás, 2005; Vázquez, Hernangómez, Nieto y Hervás, 2006).</li> </ul>

<p>Evaluación de las variables más efectivas de las intervenciones multicomponentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Debido a que la depresión es un problema complejo, por lo que los programas multicomponentes son los que parecen ser los más efectivos.</li> <li>– Se requiere profundizar en el estudio de programas preventivos de orientación cognitivo conductual, para verificar qué componentes son los más efectivos (Garber, 2006).</li> <li>– Diversos autores sugieren estudiar la hipótesis de los mediadores, es decir, comprobar si las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento atribucional, habilidades de resolución de problemas, entre otras mejoran tras la aplicación del programa y comprobar que son éstas las responsables de las mejoras en la sintomatología depresiva (Horowitz y Garber, 2007).</li> <li>– En este campo también es interesante estudiar el efecto de los factores no específicos (Stice et al., 2010) y de las habilidades compensatorias aprendidas tras las intervenciones (Pattison y Lynd-Stevenson, 2001).</li> <li>– Se sugiere también el estudio de las variables moduladoras del efecto de las intervenciones preventivas, como género, clase social o etnia (Calvete et al., 2011; Gillham et al., 2006; Marchand, Ng, Rohde &amp; Stice, 2010; McLaughlin et al., 2010, citados en Sánchez-Hernández, Méndez &amp; Garber, 2014).</li> </ul>
<p>Diseño de intervenciones basadas en la psicología positiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Existe la necesidad de diseñar intervenciones que partan de un modelo teórico de la depresión más completo donde tengan cabida las emociones positivas, los factores protectores y otras variables procedentes de la psicología positiva (Vázquez, Nieto, Hernangómez y Hervás, 2005; Vázquez, Hernangómez, Nieto y Hervás, 2006) y en las aportaciones de nuevas terapias alternativas como el mindfulness (Miró, et al, 2011).</li> </ul>
<p>Evaluación de los monitores</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Realizar una adecuada evaluación de competencias de los monitores para impartir la intervención preventiva en cuestión (Gillham, Brunwasser y Freres, 2008).</li> </ul>
<p>Sesiones de refuerzo y seguimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Las revisiones meta-analíticas señala que las intervenciones preventivas siempre han mostrado efectos bajos pero significativos en la prevención a corto plazo de la depresión (Sutton, 2007); sin embargo, el mantenimiento de los efectos de la intervención de forma más prolongada durante el seguimiento de entre 6 meses a 3 años no se ha demostrado de forma consistente.</li> <li>– Las áreas particulares que requieren atención incluyen la implementación de sesiones de refuerzo así como evaluaciones de seguimiento como mínimo de un año (Gladstone, 2009; Horowitz y Garber, 2006; Stice et al., 2009).</li> </ul>

Uso de las TIC	<ul style="list-style-type: none"> <li>– La revisión de los programas de tratamiento y prevención de la ansiedad y depresión por Internet, en niños y adolescentes, señalan que las nuevas tecnologías pueden favorecer los objetivos de prevención de los trastornos psicológicos y la promoción del bienestar (Caleary y Christensen, 2010; Titov et al., 2012).</li> </ul>
Atención multidisciplinaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dado que la depresión es un problema complejo diferentes disciplinas se han acercado a su estudio desde su enfoque particular. Se ha demostrado que un estilo de vida saludable como mantener una adecuada alimentación (Sánchez-Villegas et al., 2011) o la práctica de ejercicio físico (Harvey, Hotopf, Overland y Mykletun, 2010) se relacionan con menor sintomatología depresiva. Por tanto la prevención de la depresión debería abordarse desde una perspectiva multidisciplinaria (Mcloughlin y Kubick, 2004).</li> </ul>
Ahorro económico	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Los estudios recientes señalan que las intervenciones de prevención de la depresión podrían ser una medida eficiente de ahorro sanitario (Mihalopoulos et al., 2011) por lo que es necesario invertir en este tipo de medidas.</li> </ul>
Perspectiva socio-cultural y trasversal	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Diversos autores (Spence et al., 2005; Weare, 2000) proclaman un enfoque holístico y social-estructural de las intervenciones universales que tenga en cuenta todos los agentes relacionados, y que sea parte del plan de estudios de la escuela.</li> <li>– Estos autores defienden que no es posible promocionar la salud cambiando sólo lo social y el entorno, o solo las mentes y emociones de las personas; es necesario trabajar con todos los aspectos (Weare, 2000).</li> <li>– También subrayan la necesidad de que las intervenciones de promoción de la salud mental, emocional y social deben aprenderse de forma regular a través de toda la vida de los alumnos, empezando desde primaria.</li> <li>– Se considera que si se quiere conseguir un alumnado saludable, al tiempo que prevenir problemas como la depresión, violencia, el uso de las drogas, etc., los esfuerzos resultarán más efectivos cuando el entrenamiento en habilidades sociales y emocionales se integra como un objetivo educativo más, implementado desde la primera infancia y desarrollado durante los distintos niveles educativos (Guil y Gil-Orlarte, 2007).</li> </ul>

*Elaboración propia con base en Sánchez-Hernández, Méndez y Garber, 2014.*

Como se ha expuesto, la ansiedad y la depresión se asocian con una variedad de consecuencias adversas y representan un grave problema para quienes las padecen y para los sistemas de atención a la salud. Ante este panorama, los programas de prevención son una alternativa fundamental para reducir la proporción de la carga asociada a tales condiciones tanto a nivel clínico como subclínico. Las intervenciones científicas garantizan efectos positivos no sólo en la reducción de síntomas, sino en el desarrollo de recursos de apoyo y fortalezas ante estados emocionales negativos intensos asociados con la ansiedad y la depresión.

No obstante, pese a los notables avances en el diseño y evaluación de metodologías preventivas en las últimas décadas, aun no se cuenta con evidencia suficiente para valorar los efectos a mediano y largo plazo en el impacto en la reducción de la incidencia de estos trastornos (Deady et al., 2017), lo que continúa siendo un área de oportunidad para la investigación en esta materia.

En salud mental, la ansiedad y la depresión son trastornos que afectan con mayor frecuencia a niñas, niños y adolescentes; repercuten y trascienden en el ámbito emocional, familiar, social y son determinantes en el desarrollo y expectativas sociales de esta población. Derivado de este escenario, las instituciones tienen el compromiso de ampliar la investigación y el diseño de intervenciones para prevenir y mejorar la salud mental de los jóvenes, con mayor equidad, calidad y eficacia.





# CAPÍTULO 4



# ANSIEDAD Y DEPRESIÓN COMO FACTORES DE RIESGO EN EL INICIO TEMPRANO DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS.

## PROPUESTA PREVENTIVA DE CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

La depresión afecta el crecimiento y desarrollo del individuo, en los adolescentes, el trastorno depresivo mayor es la principal causa del comportamiento suicida, el cual, se asocia frecuentemente con un trastorno psiquiátrico, muchas veces no reconocido o sin tratar: más del 90 por ciento de las y los adolescentes que mueren por suicidio sufrían un trastorno psiquiátrico asociado (del estado de ánimo y/o abuso de drogas) en el momento de su muerte (OMS, 2003).

Actualmente, la investigación científica, reconoce a la depresión y a los trastornos de ansiedad como dos afectaciones de la salud mental que aumentan el riesgo de presentar conducta suicida (Borges et al., 2010).

Para el año 2015 se colocó al suicidio como la segunda causa de defunción en el grupo de 15 a 29 años de edad (OMS, 2018) y se espera que su prevalencia aumente debido al incremento de factores de riesgo como la pobreza, la violencia y el abuso de drogas, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales (Cabra, Infante y Sossa, 2010).

Prevenir actos suicidas es posible a través de acciones que favorezcan la identificación de factores de riesgo, incluyendo la depresión, así como el manejo clínico adecuado y oportuno de niños y jóvenes en riesgo, ya que es precisamente durante las primeras décadas de la vida cuando comienzan la mayoría de los trastornos psiquiátricos (OMS, 2013).

Para sumarse al desarrollo de propuestas preventivas Centros de Integración Juvenil, A.C. a través de la Dirección de Prevención ha desarrollado una metodología integral, basada

en la evidencia científica disponible, que incluye acciones dirigidas a diferentes poblaciones con estrategias específicas para cada una de ellas, brindando herramientas básicas para detectar oportunamente señales de alerta en los adolescentes en sus principales contextos de desarrollo (escuela, familia y servicios de atención a la salud), así como proporcionar a los padres, madres y responsables de crianza información para promover la salud mental desde la familia. El principal componente se centra en la población adolescente, por medio de un dispositivo psicoeducativo que, a través de siete sesiones basadas en el desarrollo de habilidades principalmente cognitivas, se favorece en los adolescentes el afrontamiento de estados emocionales relacionados con la ansiedad y la depresión permitiéndoles centrarse en la solución de problemas como medida preventiva ante estos padecimientos, mientras practican la adopción de estilos de pensamiento y comportamientos que fortalezcan su salud mental. Las componentes y estrategias se ilustran en el siguiente gráfico y se describen a continuación:

**Gráfico 3: Esquema de intervención del programa preventivo de CIJ**

<b>Ansiedad y depresión como factores de riesgo ante el suicidio y consumo de drogas.</b>		
<i>Estrategia</i>	<i>Población</i>	<i>Objetivos</i>
<b>A.</b> Sensibilización: "Atención oportuna de la ansiedad y depresión"	Profesionales de la salud Docentes Madres y padres	Analizar la importancia de detectar y atender oportunamente la ansiedad y depresión por su estrecha relación con el suicidio y el consumo de sustancias
<b>B.</b> Capacitación: "Detección y canalización oportuna de riesgo, ideación e intento suicida"	Profesionales de la salud	Detectar y canalizar de manera oportuna las señales tempranas de riesgo ante la ideación o intento suicida en jóvenes de 12 a 24 años de edad.
	Personal Docente	
<b>C.</b> Orientación: "Alerta temprana ante el suicidio"	Madres y padres de familia	Favorecer la adquisición de recursos protectores ante riesgos asociados a la ideación e intento suicida en el contexto familiar.
<b>D.</b> Prevención de la depresión y trastornos de ansiedad en jóvenes como factores de riesgo en el inicio temprano del consumo de alcohol tabaco y otras drogas.		
Módulo 1: Desarrollo de habilidades ante la ansiedad y depresión: "Mentes saludables"	Adolescentes	Reforzar recursos psicológicos para el manejo de estados emocionales asociados al desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión.
Módulo 2: Detección temprana y consejería breve entre pares: "Centinelas escolares"	Promotores de salud (adolescentes estratégicos)	Fortalecer habilidades entre pares para detectar señales de alerta, ofrecer apoyo y canalizar a personal especializado a quienes presentan comportamientos de riesgo ante ideación e intento suicida.

Componentes

## **A. SENSIBILIZACIÓN: ATENCIÓN OPORTUNA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

La intervención inicia a través de un dispositivo de trabajo grupal breve dirigido a las poblaciones más cercanas al grupo de adolescentes (personal docente, madres, padres y profesionales de la salud), principalmente en el contexto escolar e instancias de atención a la salud. En este espacio se promueve el análisis en torno a la relación entre la ansiedad y depresión con el suicidio y el consumo de sustancias, destacando la necesidad de la detección temprana, la atención oportuna y la promoción de la salud mental desde edades tempranas. La sensibilización se realiza en una sesión de 60 minutos antes de incorporar cualquier otro componente de intervención.

## **B. CAPACITACIÓN: DETECCIÓN Y CANALIZACIÓN OPORTUNA DE RIESGO, IDEACIÓN E INTENTO SUICIDA EN POBLACIÓN JUVENIL**

A través de la estrategia se busca detectar y canalizar de manera oportuna las señales tempranas de riesgo ante la ideación o intento suicida en jóvenes de 12 a 24 años de edad, así como habilitar a profesionales de la salud, docentes y otras personas estratégicas de la comunidad, mediante un curso de capacitación para esta tarea (CIJ, 2015).

La intervención considera la actuación de los profesionales de la salud de Centros de Integración Juvenil, A.C. para que al operar cualquier proceso preventivo con este grupo poblacional, realicen la identificación temprana del riesgo suicida, ante la presencia de:

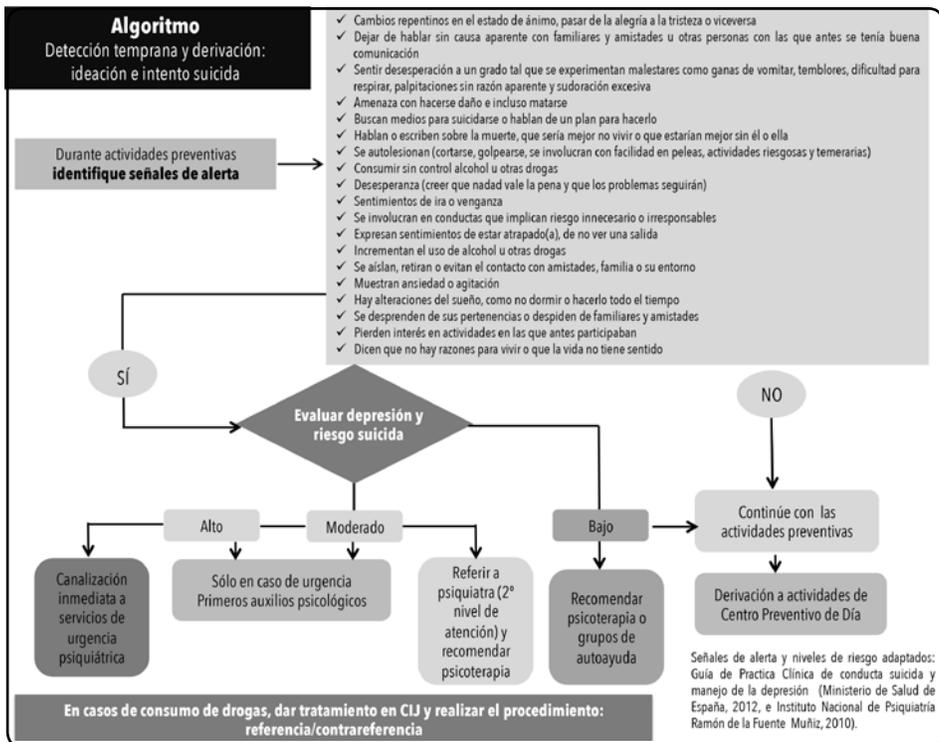
- *Sintomatología depresiva*: Trastornos depresivos, consumo de alcohol u otras drogas para "aliviar u olvidar" los problemas; desesperanza, impulsividad, entre otros.
- *Factores de estrés asociados*: Ruptura de relaciones significativas, embarazo no deseado, exposición a intentos o casos de suicidio, entre otros.
- Solicitud de servicios preventivos por parte de la escuela o la familia, problemas emocionales o de conducta, asuntos legales.

La identificación de señales de alerta se realiza mediante la observación directa de comportamientos de riesgo, con el apoyo de listas de chequeo (ver Tabla 8), reporte

de señales depresivas, autolesiones o ideación/intento suicida por referencia de amistades, familiares, docentes, etc. Ante cualquier señal de alerta (incluso una sola) se realiza una evaluación integral de riesgo suicida.

En caso de detectar alguna señal de alerta o conducta de riesgo, al finalizar la actividad preventiva, se invita a la persona para conversar unos minutos en privado, en donde se realiza una breve entrevista para valorar el riesgo suicida a través de dos preguntas; cuando se detecta alto riesgo (ver Tabla 9), se procede a una evaluación más exhaustiva y se realiza la referencia al servicio de psiquiatría disponible. Algunos de los recursos de apoyo para realizar la detección y canalización se presentan en el Gráfico 4.

### Gráfico 4: Algoritmo de detección temprana y derivación de ideación e intento suicida en jóvenes de 12 a 24 años.



Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2010.

**Tabla 8: Lista de chequeo “Señales de alerta ante ideación e intento suicida”**

- Cambios repentinos en el estado de ánimo, pasar de la alegría a la tristeza o viceversa.
- Dejar de hablar sin causa aparente con familiares y amistades u otras personas con las que antes se tenía buena comunicación.
- Sentir desesperación a un grado tal que se experimentan malestares como ganas de vomitar, temblores, dificultad para respirar, palpitaciones sin razón aparente y sudoración excesiva.
- Amenazan con hacerse daño e incluso con matarse.
- Buscan medios para suicidarse o hablan de un plan para hacerlo.
- Hablan o escriben sobre la muerte, que sería mejor no vivir o que estarían mejor sin él o ella.
- Se autolesionan (cortarse, golpearse, se involucran con facilidad en peleas, actividades riesgosas y temerarias).
- Consumir sin control alcohol u otras drogas.
- Desesperanza (creer que nada vale la pena y que los problemas seguirán).
- Sentimientos de ira o venganza.
- Se involucran en conductas que implican riesgo innecesario o irresponsables.
- Expresan sentimientos de estar atrapado(a), de no ver una salida.
- Incrementan el uso de alcohol u otras drogas.
- Se aíslan, retiran o evitan el contacto con amistades, familia o su entorno.
- Muestran ansiedad o agitación.
- Hay alteraciones del sueño, como no dormir o dormir todo el tiempo.
- Se desprenden de sus pertenencias o se despiden de familiares y amistades.
- Pierden interés en actividades en las que antes participaban.
- Dicen que no hay razones para vivir o que la vida no tiene sentido.

*Fuente: Caraveo, 2007; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012.*

**Tabla 9: Preguntas para valoración del riesgo suicida**

<p>Comenzar interrogando con preguntas sobre los deseos de la persona por mantenerse con vida.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Alguna vez has sentido que la vida no vale la pena?</li><li>• ¿Alguna vez has deseado continuar dormido y no despertar nunca más?</li></ul> <p>Continuar con preguntas específicas sobre pensamientos de muerte, hacerse daño y suicidio.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• En los últimos días ¿has pensado frecuentemente en la muerte?</li><li>• La situación ha llegado a tal punto, ¿Qué has llegado a pensar en lastimarte?</li><li>• ¿Has llegado a pensar en la forma en cómo lo realizarías?</li><li>• ¿Cuentas con _____ para realizar lo planeado?</li><li>• ¿Te has despedido de tus seres queridos?</li><li>• ¿Has realizado alguna despedida o a quien repartir tus bienes?</li></ul>	<p>La evaluación del riesgo suicida compromete una entrevista empática y comprensiva de la vida de la persona. Es importante recalcar que las personas NO DESEAN PRESENTAR las ideas suicidas, y que frecuentemente evitan centrar la atención en dichos pensamientos. En ocasiones es tan persistente este síntoma que puede llegar a desear la muerte como una solución a su problema.</p> <p>Con frecuencia la persona puede estar confundida ante la presencia de pensamientos de autolesión, y no necesariamente las expresa durante la entrevista, por lo que hay que indagar propositivamente sobre la ideación realizando las preguntas propuestas.</p>
---	---

*Fuente: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2010.*

Además de la capacitación en materia de detección temprana a los profesionales de la salud, la intervención integra un taller psicoeducativo de tres sesiones para capacitar a profesionales de la salud de otras instancias, así como para personal docente, en detección de señales de alerta y estrategias para su derivación a instituciones especializadas. Los contenidos y objetivos específicos del taller se agrupan en diez ejes temáticos que se describen en la Tabla 10.

**Tabla 10: Capacitación en detección y derivación de la conducta suicida para profesionales de la salud y personal docente**

<b>Temas</b>	<b>Subtemas</b>	<b>Objetivo</b>
1. Prevención del suicidio: Conceptos básicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ¿Qué es la violencia autoinfligida?</li> <li>– Ideación, comunicación y conducta suicida</li> </ul>	<p>Analizar las características del suicidio en la población juvenil y su relación con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.</p>
2. Por qué es importante mi participación en la atención de la violencia autoinfligida	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mi rol en la promoción de la salud mental de la población usuaria de los servicios institucionales de CIJ</li> </ul>	
3. Factores psicosociales asociados a la conducta suicida	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Individuales</li> <li>– Familiares</li> <li>– Sociales</li> <li>– Relación del suicidio con el uso de drogas</li> </ul>	
4. Detección temprana	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Señales de alerta</li> <li>– Listas de chequeo</li> <li>– Observación directa</li> <li>– Referencia de terceros</li> </ul>	<p>Revisar estrategias de detección temprana del riesgo suicida</p>
5. Evaluación de la depresión	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Procedimiento</li> <li>– Qué hacer y qué no hacer</li> </ul>	
6. Evaluación del riesgo suicida	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Procedimiento de evaluación</li> </ul>	
7. Intervención en crisis	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Primeros auxilios psicológicos</li> <li>– Consejo breve</li> <li>– Acuerdo de no violencia</li> </ul>	<p>Habilitar en la atención y canalización de casos con crisis emocional y en el manejo del síndrome de desgaste por empatía</p>
8. Red de atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sistemas de atención a la salud mental en México</li> <li>– Elementos de un directorio</li> </ul>	

9. Canalización oportuna	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Empleo del directorio en la canalización</li> <li>– Opciones para canalizar</li> <li>– Seguimiento</li> </ul>	<p>Habilitar en la atención y canalización de casos con crisis emocional y en el manejo del síndrome de desgaste por empatía</p>
10. Desgaste profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Síndrome de desgaste emocional por empatía</li> <li>– Debriefing</li> <li>– Estrategias para manejar la tensión y el estrés</li> </ul>	

Estos ejes temáticos se abordan en un dispositivo grupal dinámico, a través de fichas conceptuales y viñetas con análisis de casos, que se enriquecen con la experiencia de los participantes.

### **C. ORIENTACIÓN A PADRES DE FAMILIA: ALERTA TEMPRANA ANTE EL SUICIDIO**

La intervención integra el componente dirigido a madres y padres de familia, el cual, aborda la importancia del contexto familiar en el sano desarrollo mental y emocional de las personas así como el manejo positivo de conflictos para enfrentar los distintos estresores y situaciones de riesgo a los que están sometidos los jóvenes en su vida cotidiana (CIJ, 2016).

Se opera mediante un taller psicoeducativo de cuatro sesiones en las que se abordan temas de salud mental, depresión, ideación y conducta suicida, y consumo de sustancias psicoactivas; se promueve la identificación de factores de riesgo en el contexto familiar a través de la puesta en práctica de estrategias para facilitar la comunicación con los hijos y la resolución de conflictos de forma respetuosa y constructiva. Los ejes temáticos se presentan en la Tabla 11.

**Tabla 11: "Alerta temprana ante el suicidio". Intervención para madres y padres de familia**

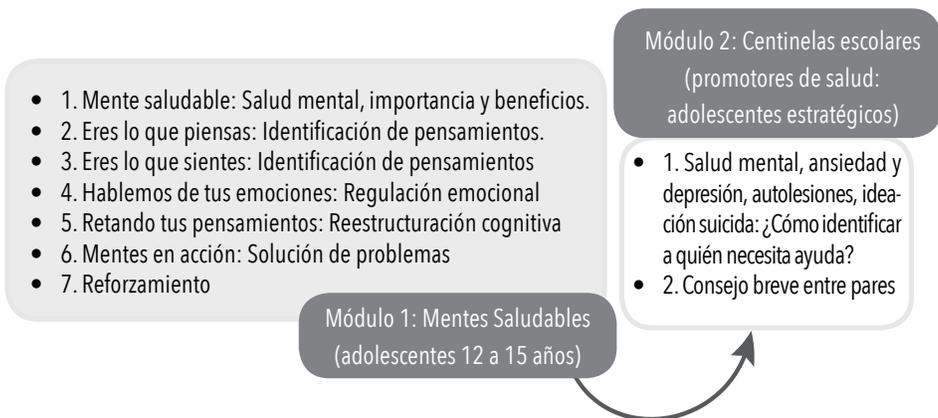
<b>Temas</b>	<b>Subtemas</b>	<b>Objetivo</b>
1. Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Salud y salud mental en la familia</li> <li>– Adolescencia</li> <li>– Mitos y realidades sobre la salud mental</li> </ul>	Sensibilizar a los participantes sobre la importancia de la salud mental y estrategias de cuidado en las familias.
2. ¿Qué es un trastorno mental?	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Definición: trastorno mental</li> <li>– Identificación de trastornos mentales</li> <li>– Empatía adolescente y "normalidad"</li> </ul>	
3. ¿Reaccionar o responder?	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Contactos para la atención de la salud mental</li> </ul>	
4. ¿Cómo reaccionamos ante los trastornos mentales?	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reacciones y respuestas ante el uso de drogas</li> <li>– Cambios emocionales en la adolescencia</li> </ul>	Fomentar la identificación oportuna de señales de alerta relacionadas con el suicidio.
5. ¿Qué es la depresión?	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Definiendo la depresión</li> <li>– Señales de depresión</li> <li>– Depresión y consumo de drogas</li> </ul>	
6. ¿Qué es el suicidio?	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Definiciones y representaciones sobre el suicidio</li> <li>– Situación en México</li> </ul>	
7. Factores de riesgo y señales de alerta ante el suicidio	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Factores de riesgo asociados al suicidio</li> <li>– Señales de alerta ante el suicidio</li> </ul>	
8. Comunicación con los hijos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– El estado emocional de mi hijo y nuestra comunicación</li> </ul>	
9. Factores protectores	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Definición</li> <li>– Identificar los factores de protección familiares</li> </ul>	Enseñar y fortalecer habilidades parentales como factores protectores ante situaciones de estrés psicológico, ideación e intento suicida.
10. Estrategias de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ¿Qué es la Comunicación?</li> <li>– Comunicación empática</li> </ul>	
11. Obstáculos y facilitadores de la comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ejercicio de comunicación con mi hijo</li> <li>– Facilitadores y obstáculos de la comunicación</li> </ul>	
12. Cómo mejorar la comunicación con los hijos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Desarrollo cerebral</li> <li>– Educación emocional por género</li> </ul>	

13. Problemas y conflictos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Definición de problema</li> <li>– Definición de conflicto</li> </ul>	<p>Reflexionar con los padres sobre la importancia de las habilidades para la solución de problemas y la autonomía de sus hijos, y revisar estrategias para fortalecerlas en la familia.</p>
14. Pasos para la solución de un problema	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Importancia de la solución de problemas</li> <li>– Parar para pensar</li> <li>– Pasos para resolver problemas</li> <li>– Práctica de solución de problemas</li> </ul>	
15. Estilos para solucionar conflictos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estilos de solución de conflictos.</li> </ul>	
16. Autonomía de los jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> <li>– El papel de la familia en la autonomía</li> </ul>	

## **D. PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN JÓVENES COMO FACTORES DE RIESGO EN EL INICIO TEMPRANO DEL CONSUMO DE ALCOHOL TABACO Y OTRAS DROGAS.**

El componente principal de toda la intervención es un taller para adolescentes que se desarrolla a través de dos módulos, los cuales incorporan la evidencia acerca de las características de los programas más eficaces para la prevención de los trastornos de ansiedad y depresión, incluyendo las mejores prácticas para desarrollar los contenidos y estructura del programa (Ver Gráfico 5).

### **Gráfico 5: Módulos de la intervención con adolescentes**



Cada uno de los módulos se desarrolla en el entorno escolar una vez que el personal docente y los padres de familia de los adolescentes participantes han sido sensibilizados por medio de los componentes anteriores para potenciar la integralidad de la intervención.

El módulo 1: **Mentes saludables** está dirigido a **adolescentes de 12 a 15 años**, busca el fortalecimiento de recursos psicológicos para el manejo de emociones relacionadas con la depresión y la ansiedad a través de sesiones interactivas que favorecen el cuidado de la salud mental de los participantes. Los elementos que lo conforman están fundamentados en el abordaje cognitivo-conductual, enfoque que ha sido probado como efectivo para prevenir y atender la sintomatología depresiva y ansiosa como se señala en el capítulo 3 de este libro. El taller no solo busca incidir en la prevención de la sintomatología depresiva y ansiosa, sino también pretende mejorar aspectos para valorar y proteger la salud mental fortaleciendo las habilidades para la solución de problemas.

Este módulo inicia con la aplicación de dos instrumentos diseñados ex profeso para la evaluación de necesidades en la escuela. El primero está diseñado para evaluar la sensibilidad al tema de la salud mental existente en la comunidad escolar y el tipo de atención que se ha dado a las problemáticas de salud mental más comunes en adolescentes (Benjet et al, 2009):

- Depresión
- Suicidio
- Ansiedad
- Autolesión
- Uso excesivo de alcohol o drogas
- Conducta antisocial
- Impulsividad
- Fobia social

El instrumento también indaga la accesibilidad a servicios de salud mental cercanos al centro educativo. El cuestionario debe ser respondido por tres o más miembros de la población estratégica presentes en la escuela o dentro de la comunidad, como pueden ser el personal docente, prefectos, consejero escolar, personal administrativo, equipo médico o trabajador social.

El segundo instrumento está diseñado para ser respondido por la población adolescente (12 a 15 años). Consta de 15 preguntas, que evalúan indicadores individuales relevantes para la prevención de los trastornos de ansiedad y depresión:

- Identificación y manejo de emociones
- Identificación y manejo de pensamientos

- Solución de problemas
- Reestructuración cognitiva
- Estilo explicativo negativo
- Estilo explicativo positivo

Una vez que se identifican las necesidades de atención prioritarias, se inicia con el desarrollo del taller psicoeducativo, el cual se integra por 7 sesiones con el objetivo de reforzar recursos psicológicos para el manejo de estados emocionales asociados al desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión.

Los objetivos y temas correspondientes al Módulo 1 se presentan en la Tabla 12.

**Tabla 12: Módulo 1. Mentes saludables**

<b>Temas</b>	<b>Subtemas</b>	<b>Objetivo</b>
1. Mentes saludables	– Salud mental, importancia, riesgos y recursos protectores	Brindar elementos que motiven la reflexión sobre la importancia y el cuidado de la salud mental.
2. Eres lo que piensas	– Mentalidad fija y mentalidad en crecimiento – Relación pensamiento-emoción – Reestructuración cognoscitiva	Favorecer la identificación de estilos de pensamiento precursores de estados emocionales nocivos.
3. Eres lo que sientes	– Identificación y manejo de las emociones	
4. Hablemos de tus emociones	– Relación de las emociones con los pensamientos – Técnicas de relajación	
5. Retando tus pensamientos	– Practicando la reestructuración cognoscitiva – Auto-recompensa – Solución de problemas	Fortalecer estrategias para el análisis de pensamientos, solución de problemas y de auto-recompensa.
6. Mentes en acción	– Definiciones y representaciones sobre el suicidio Situación en México	
7. Reforzamiento	– Espacio para compartir experiencias y fortalecer aprendizajes en grupo.	

El módulo 2 está dirigido a adolescentes estratégicos, es decir aquellas personas que durante el desarrollo del taller “*Mentes saludables*”, desatacaron por su interés, empatía, habilidades sociales y carácter proactivo, por lo cual, se les invita a participar en una capacitación para ser *Centinelas escolares*, preferentemente dentro de las instalaciones del centro educativo pero fuera del horario de clases en la modalidad de actividad extra-escolar.

El objetivo es habilitar a estos jóvenes estratégicos para detectar, en sus compañeros, comportamientos de riesgo asociados al comportamiento suicida y reforzar habilidades y herramientas para que puedan brindar orientación dirigida a la búsqueda de ayuda especializada.

Los contenidos y objetivos específicos se especifican en la Tabla 13.

<b>Tabla 13: Módulo 2: Centinelas escolares. Prevención del suicidio entre pares</b>		
<b>Temas</b>	<b>Subtemas</b>	<b>Objetivo</b>
1. Salud y enfermedad mental en la adolescencia	– Mitos y realidades en la salud y enfermedad mental	Comprender qué es la salud mental e identificar los principales factores que intervienen en la aparición y la falta de atención de las enfermedades mentales
2. Depresión, autolesiones e ideación suicida	– Relación entre depresión y conducta suicida	Describir la relación entre la depresión, autolesiones, ideación e intento suicida.
3. Señales de alerta ante la ideación e intento suicida	– Comportamientos de riesgo	Reconocer las principales expresiones y comportamientos de riesgo asociados a la ideación e intento suicida.
4. Tú puedes hacer la diferencia	– Qué es un centinela escolar – Consejo breve entre pares – Escucha activa y empatía – Estrategias para solicitar ayuda	Fortalecer habilidades para ofrecer apoyo y canalizar a personal especializado a quienes presentan comportamientos de riesgo.
5. Redes de apoyo para salvar vidas	– Consejeros escolares – Directorio de atención especializada	

Cada uno de los componentes de esta intervención se diseñó en diferentes etapas, incorporando contenidos acorde a las tendencias epidemiológicas sobre enfermedad mental y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, además de considerar la demanda de metodologías de intervención por parte de los profesionales de la salud que atiende de manera directa a la población adolescente y que es sensible ante estas problemáticas.

Esta propuesta de intervención busca construir, junto con las y los participantes, condiciones que favorezcan el máximo aprovechamiento de las potencialidades humanas, prevenir riesgos asociados a los trastornos mentales más comunes y su estrecha relación con el consumo de sustancias psicoactivas.

Centros de Integración Juvenil, A.C. refrenda su compromiso con el sano desarrollo de los jóvenes, aportando recursos psicológicos que favorezcan el cuidado de la salud mental y con ello su bienestar.



# **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.
- Aragonès, E., Cardoner, N., Colom, F., Lopez-Cortacans, G. y Gilaberte, I. (2013). *Guía de Buena Práctica Clínica: Psicoeducación en pacientes con depresión*. España: Organización Médica Colegial.
- Arredondo, A., Díaz-Castro, L., Cabello-Rangel, H., Arredondo, P., y Recaman, A. L. (2018). Análisis de costos de atención médica para esquizofrenia y depresión en México para el periodo 2005-2013. *Cuadernos de salud pública*, 34(1), 5.
- Aznar, G. I. A. (2014). Evaluación de un programa de prevención de la ansiedad en adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 53-60.
- Bailey, V. (2001). Cognitive-behavioral therapies for children and adolescents. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7(3): 224-232.
- Balanza, S., Morales, I., y Guerrero J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica y Salud*, 20(2), 177-187.
- Balle, M. y Tortella-Feliu, M. (2010). Efficacy of a brief school-based program for selective prevention of childhood anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(1), 71-85.
- Barrett, P., Sonderegger, R. y Xenos, S. (2003). Using FRIENDS to Combat Anxiety and Adjustment Problems Among Young Migrants to Australia: A National Trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(2), 241-260.
- Bayer, J., Sanson, A. y Hemphill, S. (2006). Parent influences on early childhood internalizing difficulties. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 27, 542-559.
- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 420-436.
- Beautrais, A. L. (2001). Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychological Medicine*, 31(5), 837-845.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1).
- Benjet, C., Borges, G., Blanco, J., Rojas, E., Fleiz, E., y Méndez, E. (2009). La encuesta de salud mental en adolescentes de México. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., y Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424.

- Benjet, C., Borges, G., Méndez, E., Fleiz, C., y Medina-Mora, M. E. (2011). The association of chronic adversity with psychiatric disorder and disorder severity in adolescents. *European child y adolescent psychiatry*, 20(9), 459.
- Bevan, R., Thapar, A., Stone, Z., Thapar, A., Jones, I., Smith, D. y Simpson, S. (2018). Psychoeducational interventions in adolescent depression: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 101(5), 804-816.
- Bøe, T., Sivertsen, B., Heiervang, E., Goodman, R., Lundervold, A., y Hysing, M. Socioeconomic status and child mental health: the role of parental emotional well-being and parenting practices. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(5): 705-15.
- Bögels, S. y Brechman-Toussaint, M. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26, 834-856.
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Familiar, I., Nock, M. K., & Wang, P. S. (2010). Service use among Mexico City adolescents with suicidality. *Journal of affective disorders*, 120 (1), 32-39.
- Bradley, R. y Corwyn, R. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, 53, 371-399.
- Brumariu, L., y Kerns, K. (2010). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology*, 22, 177- 203.
- Brunwasser, S. y Garber, J. (2016). Programs for the Prevention of Youth Depression: Evaluation of Efficacy, Effectiveness, and Readiness for Dissemination. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(6), 763-783.
- Brunwasser, S., Gillham, J. y Kim, E. (2009). A Meta-Analytic Review of the Penn Resiliency Program's Effect on Depressive Symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1042-1054.
- Builes, M. y Bedoya, M. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 463-475.
- Cabra, O., Infante, D., y Sossa, F. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Médica Sanitas*, 13 (2), 28-35.
- Calear, A. L., y Christensen, H. (2010). Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 192, S12-S14.
- Camps-Pons, S., Castillo-Garayoa, J. y Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*, 25, 67-74.

- Caraveo Andunga, J. (2007). Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. Segunda parte. *Salud Mental*, 30(1), 48-55.
- Caraveo J. (2009). *Epidemiología Psiquiátrica en México: 1977-2000*. Washington: OPS. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf>
- Caraveo, J. y Colmenares, E. (2002). Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama epidemiológico. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Carvajal-Carrascal, G. y Caro-Castillo, C. (2009). Soledad en la adolescencia: análisis del concepto. *Aquichan*, 9(3), 281-296.
- Castillo, I., Ledo, H. y Ramos, A. (2012). Psicoterapia conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden. *Norte de salud mental*, 10(43), 30-36.
- Castro, J. (2008). Depression in children and adolescents. *Univ of Arkansas Psychiatric Research Institute*, 501, 1-28. Recuperado de <http://psychiatry.uams.edu/wp-content/uploads/sites/6/2015/02/depression.pdf>
- Centros de Integración Juvenil. (2015). Detección temprana y derivación en casos de ideación e intento suicida. Manual de operación. México: CIJ-Dirección de Prevención.
- Centros de Integración Juvenil. (2016). Orientación a padres de familia: "Alerta temprana ante el suicidio". México: CIJ-Dirección de Prevención.
- Chapman, D., Whitfield, C., Felitti, V., Dube, S., Edwards, V. y Anda, R. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 8(2), 217-225.
- Chronis-Tuscano, A., Degnan, K., Pine, D., Pérez-Edgar, K., Henderson, H., Diaz, Y., Raggi, V. y Fox, N. (2009). Stable Early Maternal Report of Behavioral Inhibition Predicts Lifetime Social Anxiety Disorder in Adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(9): 928-935.
- Clabby, J. (2001). Helping depressed adolescents: a menu of cognitive-behavioral procedures for primary care. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 8(3), 131-41.
- Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1127-1134.
- Clarke, G., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L., Lewinsohn, P., y Seeley, J. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(3), 312-321.

- Clarke, G., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen M., Gale, J., Beardslee, W., O'Connor, E. y Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58(12), 1127-1134.
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Colder, C. R., Scalco, M., Trucco, E. M., Read, J. P., Lengua, L. J., Wiczorek, W. F., y Hawk Jr, L. W. (2013). Prospective associations of internalizing and externalizing problems and their co-occurrence with early adolescent substance use. *Journal of abnormal child psychology*, 41(4), 667-677.
- Collishaw, S. Hammerton, G., Mahedy, L., Sellers, R., Owen, M.J., Craddock, N., Thapar, A.K., Harold, G.T., Rice, F., y Thapar, A. (2016). Mental health resilience in the adolescent offspring of parents with depression: a prospective longitudinal study. *Lancet Psychiatry*, 3(1), 49-57.
- Colom, F. (2011). Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 198(5), 338-340.
- Colom, F. y Vieta, E. (2004). *Manual de Psicoeducación para el Trastorno Bipolar*. Barcelona: ARS Médica.
- Conley, C., Durlak, J. y Kirsch, A. (2015). A Meta-analysis of Universal Mental Health Prevention Programs for Higher Education Students. *Prevention Science*, 16(4), 487-507.
- Corrigan, P. y Rao, D. (2012a). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469.
- Corrigan, P., Morris, S., Michaels, P., Rafacz, J. y Rüsçh, N. (2012b). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-73.
- Corrigan, P., River, L., Lundin, R., Penn, D., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H. y Kubiak, M. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 187-195.
- Cuijpers, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28(2), 139-147.
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T., y Van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(6), 354-64.
- Cuijpers, P., Muñoz, R., Clarke, G. y Lewinsohn, P. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: The "Coping with Depression" course thirty years later. *Clinical Psychology Review*, 29(5), 449-458.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Smit, F., Mihalopoulos, C., y Beekman, A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1272-1280.

- Curry, J. (2001). Specific Psychotherapies for Childhood and Adolescent Depression. *Biological Psychiatry*, 49(12): 1091-100.
- David-Ferdon, C. y Kaslow, N. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 62-104.
- De La O-Vizcarra, M., Pimentel-Nieto, D., Alicia Soto-Maldonado, B., De La O-Vizcarra, T., y Quintana-Vargas, S. (2009). Frecuencia y factores de riesgo para depresión en adolescentes. *Pediatría de México*, 11(2), 57-61.
- Deady, M., Choi, I., Calvo, R., Glozier, N., Christensen, H., y Harvey, S. (2017). eHealth interventions for the prevention of depression and anxiety in the general population: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17, 310
- Donas, S. (2001). *Adolescencia y juventud en América Latina*. Costa Rica: Libro Universitario Regional. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/Adolescenciayjuventud.pdf>
- Donker, T., Griffiths, K., Cuijpers, P. y Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression and anxiety: a meta-analysis. *BMC Medicine*, 7(1), 79.
- Donovan, C. L. y Spence, S. H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 509-531.
- Essau, C., Conradt, J., Sasagawa, S. y Ollendick, T. H. (2011). Prevention of anxiety symptoms in children: results from a universal school-based trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 399-410.
- Essex, M., Klein, M., Slattery, M., Goldsmith, H. y Kalin, N. (2010). Early Risk Factors and Developmental Pathways to Chronic High Inhibition and Social Anxiety Disorder in Adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 167 (1), 40-46.
- Farmer, R. F., Seeley, J. R., Kosty, D. B., Gau, J. M., Duncan, S. C., Lynskey, M. T., y Lewinsohn, P. M. (2015). Internalizing and externalizing psychopathology as predictors of cannabis use disorder onset during adolescence and early adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29 (3), 541.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., y Horwood, L. J. (2011). Structural models of the comorbidity of internalizing disorders and substance use disorders in a longitudinal birth cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(10), 933-942.
- Field, T., Diego, M. y Sanders, C. (2001). Adolescent depression and risk factors. *Adolescence*, 36(143), 491-498.
- Fisak, B. y Grills-Taquechel, A. (2007). Parental Modeling, Reinforcement, and Information Transfer: Risk Factors in the Development of Child Anxiety? *Clinical Child and Family Psychology*, 10(3), 213-231.
- Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (2011). *La salud mental del adolescente: Un desafío urgente para la investigación y la inversión*. Recuperado de <https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-salud-mental-del-adolescente.pdf>

- Fristad, M., Verducci, J., Walters, K. y Young, M. (2009). Impact of Multifamily Psychoeducational Psychotherapy in Treating Children Aged 8 to 12 Years With Mood Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66(9), 1013-21.
- Garber, J. (2006). Depression in Children and Adolescents. Linking Risk Research and Prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6S1), S104–S125.
- Gijzen, M. W., Creemers, D. H., Rasing, S. P., Smit, F., y Engels, R. C. (2018). Evaluation of a multimodal school-based depression and suicide prevention program among Dutch adolescents: design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 18(1), 124.
- Gillham, J., Brunwasser, S., y Freres, D. (2008). Preventing depression early in adolescence: The Penn Resiliency Program. In J.R.Z. Abela y B.L. Hankin (Eds.) *Handbook of Depression in children and adolescents* (pp. 309-332). New York: Guilford Press.
- Gillham, J., Jaycox, L., Reivich, K., Seligman, M. y Silver, T. (1990). *The Penn Resiliency Program* (unpublished manual). University of Pennsylvania, Philadelphia, PA.
- Gilman, S., Kawachi, I., Fitzmaurice, G., Buka, S. (2003). Family disruption in childhood and risk of adult depression. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (5), 939-946.
- Gladstone, T. R., y Beardslee, W. R. (2009). The prevention of depression in children and adolescents: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(4), 212-221.
- Gómez-Ortiz, O., Martín, L. y Ortega-Ruiz, R. (2017). Conflictividad parental, divorcio y ansiedad infantil. *Pensamiento Psicológico*, 15(2): 67-78.
- Gould, M. S., Greenberg, T. E. D., Velting, D. M., y Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405.
- Graczyk, P.A., Connolly, S. D., y Corapci, F. (2005). Anxiety Disorders in Children and Adolescents. In *Handbook of Adolescent Behavioral Problems* (pp. 131-157). Springer US.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. y Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention and Treatment*, 4(1).
- Griffiths, K., Carron-Arthur, B., Parsons, A. y Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 13(2), 161-75.
- Grych, J., Fincham, F., Jouriles, E. y McDonald, R. (2000). Interparental conflict and child adjustment: Testing the mediational role of appraisals in the cognitive- contextual framework. *Child Development*, 71 (6), 1648-1661.
- Guil, R. y Gil-Olarte, P. (2007). Inteligencia emocional y educación: desarrollo de competencias socio-emocionales. En Mestre, J.M. y Fernández-Berrocal, P. (Eds): *Manual de Inteligencia emocional* (pp.189-215). Madrid: Ed. Pirámide.

- Hammen, C., Garber, J. y Ingram, R. E. (2001). Vulnerability to depression across the lifespan. *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan*, 258-267.
- Harvey, S., Hotopf, M., Overland, S. y Mykletun, A. (2010). Physical activity and common mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 197(5), 357-364.
- Heinrich, L. y Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clinical Psychology Review*, 26, 695-718.
- Heinze, G. y Camacho, P. (2010). *Guía Clínica para el Manejo de la Ansiedad*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".
- Heinze, G., Chapa, G. y Carmona, J. (2016). Los especialistas en psiquiatría en México: año 2016. *Salud mental*, 39(2), 69-76.
- Heinze, G., Chapa, G., Santisteban, J. y Vargas, I. (2012). Los especialistas en psiquiatría en México: su distribución, ejercicio profesional y certificación. *Salud mental*, 35 (4), 283.
- Hirshfeld-Becker, D., Biederman, J., Henin, A., Faraone, S., Davis, S., Harrington, K., Rosenbaum, J. (2007). Behavioral Inhibition in Preschool Children At Risk Is a Specific Predictor of Middle Childhood Social Anxiety: A Five-Year Follow-up. *Journal of Developmental y Behavioral Pediatrics*, 28(3): 225-233.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Cronkite, R. C., y Randall, P. K. (2001). Drinking to cope, emotional distress and alcohol use and abuse: a ten-year model. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(2), 190-198.
- Hollon, S., Thase, M. y Markowitz, J. (2002). Treatment and Prevention of Depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3(2), 39-77.
- Horowitz, J. L. y Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 401-415.
- Hoyos, E., Lemos, M. y Torres, Y., (2012). Factores de riesgo y de protección de la depresión en los adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 109-121.
- Hudson, J. y Dodd, H. (2012). Informing Early Intervention: Preschool Predictors of Anxiety Disorders in Middle Childhood. *PLoS ONE*, 7(8), e42359. Recuperado de <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0042359>
- Hudson, J., Dodd, H., Lynham, H., y Bovopoulos, N. (2011). Temperament and family environment in the development of anxiety disorder: Two-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(12): 1255-1264.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Encuesta Nacional de los Hogares*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2010). *Guía Clínica para el manejo de la depresión*. Recuperado de [http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo\\_depresion.pdf](http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_depresion.pdf)

- Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R. y Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 183, 384-397.
- Johnson, J., Cohen, P., Gould, M., Kasen, S., Brown, J. y Brook, J. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59, 741-749.
- Jun, H. J., Sacco, P., Bright, C. L., y Camlin, E. A. (2015). Relations among internalizing and externalizing symptoms and drinking frequency during adolescence. *Substance use y misuse*, 50(14), 1814-1825.
- Kagan, J., Reznick, S. y Snidman, N. (1987). The Physiology and Psychology of Behavioral Inhibition in Children. *Child Development*, 58(6), 1459-1473.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Marttunen, M., Rimpelä, A. y Rantanen, P. (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal*, 319(7206), 348-351.
- Kaplan, S., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Weiner, M., Mandel, F., Lesser, M. y Labruna, V. (1998). Adolescent Physical Abuse: Risk for Adolescent Psychiatric Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 155(7), 954-959.
- Katz, G., Lazzcano, E. y Madrigal, E. (2017). La salud mental en el ámbito poblacional: la utopía de la psiquiatría social en países de bajos ingresos. *Salud Pública de México*, 59(4), 351-353.
- Keegan, M. (2002). Influences and mediators of the effect of poverty on young adolescent depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(3), 231-239.
- Kendall, P. C., Safford, S., Flannery-Schroeder, E., y Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(2), 276.
- Kessler, R. C., Sampson, N. A., Berglund, P., Gruber, M. J., Al-Hamzawi, A., Andrade, L., y Gureje, O. (2015). Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 24(3), 210-226.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffit, T., Harrington, H., Milne, B. y Poulton, R. (2003). Prior Juvenile Diagnoses in Adults With Mental Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(7), 709-717.
- Kinrys, G. y Wygant, L. (2005). Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(Suplemento II), S43-50.
- Kösters, M. P., Chinapaw, M. J., Zwaanswijk, M., van der Wal, M. F., Utens, E. M., y Koot, H. M. (2012). Study design of 'FRIENDS for Life': Process and effect evaluation of an indicated school-based prevention programme for childhood anxiety and depression. *BMC Public Health*, 12(1), 86.
- Kraaij, V., Garnefski, N., Wilde, E., y Dijkstra, A. (2003). Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors? *Journal of Youth and Adolescence*, 32(3), 185-193.

- Leiva, L., George, M., Squicciarini, A. M., Simonsohn, A., & Guzmán, J. (2015). Intervención preventiva de salud mental escolar en adolescentes: desafíos para un programa público en comunidades educativas. *Universitas Psychologica*, 14(4), 15-27.
- Lewinsohn, P. y Clarke, G. (1984). Group treatment of depressed individuals: The 'Coping With Depression' Course. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 6(2), 99-114.
- Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J., Klein, D., y Gotlib, I. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. *The American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1584-1597.
- Leyton, M., y Stewart, S. (Eds.). (2014). Substance abuse in Canada: Childhood and adolescent pathways to substance use disorders. Canadian Centre on Substance Abuse.
- Londoño, N., Marín, C., Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., Escobar, B., Herrón, I., et al. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*, 17(1), 59-68.
- Lowy-Webster, H., Barrett, P. y Dadds, M. (2001). A Universal Prevention Trial of Anxiety and Depressive Symptomatology in Childhood: Preliminary Data from an Australian Study. *Behaviour Change*, 18(1), 36-50.
- Marín, R. y Medina, M. (2015). Comorbilidades en los Trastornos por Consumo de Sustancias. México: Academia Nacional de Medicina-CONCAYT.
- Martínez, V., Rojas, G. y Fritsch, S. (2008). Programas de prevención de la depresión en adolescentes en el sistema escolar: una revisión de la literatura. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 4(2), 206-213.
- Maughan, B., Collishaw, S. y Stringaris, A. (2013). Depression in Childhood and Adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 35-40.
- McCloskey, L. y Lichter, E. (2003). The contribution of marital violence to adolescent aggression across different relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(4), 390-412.
- McHolm, A. E., MacMillan, H. L., y Jamieson, E. (2003). The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed women: Results from a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 933-938.
- McLean, C., Asnaani, A., Litz, B. y Hofmann, S. (2011). Gender Differences in Anxiety Disorders: Prevalence, Course of Illness, Comorbidity and Burden of Illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027-1035.
- McLoughlin, C. S., y Kubick Jr, R. J. (2004). Wellness promotion as a life-long endeavor: Promoting and developing life competencies from childhood. *Psychology in the Schools*, 41(1), 131-141.
- Medina-Mora, et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Recuperado de [http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina\\_contenidos/articulos/encuesta\\_%20patologia\\_mental.pdf](http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/articulos/encuesta_%20patologia_mental.pdf)

- Medina-Mora, et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Recuperado de [http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina\\_contenidos/articulos/encuesta\\_%20patologia\\_mental.pdf](http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/articulos/encuesta_%20patologia_mental.pdf)
- Merry, S., McDowell, H., Wild, C., Bir, J. y Cunliffe, R. (2004). A randomized placebo-controlled trial of a school-based depression prevention program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(5), 538-47.
- Miettunen, J., Murray, G. K., Jones, P. B., Mäki, P., Ebeling, H., Taanila, A. y Veijola, J. (2014). Longitudinal associations between childhood and adulthood externalizing and internalizing psychopathology and adolescent substance use. *Psychological Medicine*, 44(08), 1727-1738.
- Mihalopoulos, C., Vos, T., Pirkis, J., Smit, F., y Carter, R. (2011). Do indicated preventive interventions for depression represent good value for money? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(1), 36-44.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, Avalia-t. Consellería de Sanidad. Recuperado de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_481\\_Conducta\\_Suicida\\_Avaliat\\_resum.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_resum.pdf)
- Miró, M., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., De la Fuente, J., y Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 1-14.
- Mrazek, P. y Haggerty, R. (1994). Reducing risks for mental disorders. *Frontiers for preventive intervention research*. Washington DC: National Academy Press.
- Muris, P., Van Brakel, A., Arntz, A. y Schouten, E. (2011). Behavioral Inhibition as a Risk Factor for the Development of Childhood Anxiety Disorders: A Longitudinal Study. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 157-170.
- Navarro, J. y Rodríguez, W. (2003). Depresión y ansiedad en inmigrantes: un estudio exploratorio en Granada (España). *Investigación en Salud*, 5(3).
- Neil, A. y Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 208-215.
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A. y De Graaf, R. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105.
- Ochi, M., Fujiwara, T., Mizuki, R. y Kawakami, N. (2014). Association of socioeconomic status in childhood with major depression and generalized anxiety disorder: results from the World Mental Health Japan survey 2002-2006. *BMC Public Health*, 14, 359.

- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2018). Informe Mundial sobre Drogas 2018. Resumen. Conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Recuperado de [https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_ExSum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf)
- Oliva, A. (2011). Apego en la adolescencia. *Acción Psicológica*, 8(2), 55-65.
- Organización Mundial de la Salud (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington: OMS. Recuperado de [www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2004). Invertir en salud mental. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias-OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2004). Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2006). Manejo de Trastornos Mentales y Cerebrales. Ginebra: OMS- Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.
- Organización Mundial de la Salud (2011) Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México. México: OMS-OPS.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf;jsessionid=094B9C8905150EB15EB20D76EB3F2885?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=094B9C8905150EB15EB20D76EB3F2885?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400 por ciento. OMS: Centro de Prensa. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Depresión: Nota descriptiva. OMS: Centro de Prensa. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Ginebra: OMS-OPS. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2016). Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México. Resumen ejecutivo y diagnóstico y recomendaciones. México: OCDE.
- Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A. e Inglés C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*, 19(2), 193-204.
- Orozco, A. (2013). Migración y estrés aculturativo: Una perspectiva teórica sobre aspectos psicológicos y sociales presentes en los migrantes latinos en Estados Unidos. *Norteamérica*, 8(1), 7-44.

- Pahl, K., Barrett, P. y Gullo, M. (2012). Examining potential risk factors for anxiety in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 311-320.
- Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 17-32.
- Patel, V., Araya, R., Chatterjee, S., Chisholm, D., Cohen, A., De Silva, M., Hosman, C., McGuire, H., Rojas, G. y Van Ommeren, M. (2007). Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 370(9591), 991-1005.
- Pattison, C., y Lynd-Stevenson, R.M. (2001). The prevention of depressive symptoms in children: The immediate and long-term outcomes of a school based program. *Behaviour Change*, 18(2), 92-102.
- Peters, R. D. y McMahon, R. J. (Eds.) (1996). Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Pinto-Cortez, C., Beyzaga, M., Cantero, M., Oviedo, X. y Vergara, V. (2017). Apego y psicopatología en adolescentes del Norte de Chile. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. Recuperado de <http://www.revistapcna.com/sites/default/files/16-25.pdf>.
- Quintero, M., Pérez, E. y Correa, S. (2009). La relación entre la autoeficacia y la ansiedad ante las ciencias en estudiantes del nivel medio superior. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 19(2), 69-91.
- Raffo, L. S y Pérez F., J. M. (2009). Trastornos adaptativos y relacionados al estrés. Universidad de Chile: Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur.
- Ramírez, M. (2002). Prácticas de crianza de riesgo y problemas de conducta en los hijos. *Apuntes de Psicología*, 20(2), 273-282.
- Rappoport, M., Denney, C., Chung, K.M. y Hustace, K. (2001). Internalizing Behavior Problems and Scholastic Achievement in Children: Cognitive and Behavioral Pathways as Mediators of Outcome. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(4), 536-551.
- Rasing, S. P., Creemers, D. H., Janssens, J. M., y Scholte, R. H. (2013). Effectiveness of depression and anxiety prevention in adolescents with high familial risk: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 13(1), 316.
- Reiss, S., Silverman, W. K. y Weems, C. F. (2001). Anxiety sensitivity. En M. W. Vasey y M. D. Dadds (Eds.). *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 92-111). Nueva York: Oxford University Press.
- Rosenfarb, I.; Miklowitz, D.; Goldstein, M.; Harmon, Nuechterlein, K.; Rea, M. (2001). Family transactions and relapse in bipolar disorder. *Family Process*, 40(1), 5-14.
- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P., Overpeck, M., Sun, W. y Giedd, J. (2004). Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of Pediatrics y Adolescent Medicine*, 158, 760-765.

- Sánchez-Hernández, Ó., Méndez, F. X., y Garber, J. (2014). Prevención de la depresión en niños y adolescentes: Revisión y reflexión. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 19(1), 63-76.
- Sánchez-Hernández, O., Méndez, F. y Garber, J. (2014). Prevención de la depresión en niños y adolescentes: revisión y reflexión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(1), 63-76.
- Sánchez-Villegas, A., Ara, I., Guillén-Grima, F., Bes-Rastrollo, M., Varo-Cenarruzabeitia, J. J. y Martínez-González, M. A. (2008). Physical activity, sedentary index, and mental disorders in the sun cohort study. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 40(5), 827-834.
- Sandín, B, Chorot, P., Valiente, R.M. y Santed, M.A. (2002). Relación entre la sensibilidad a la ansiedad y el nivel de miedos en niños. *Psicología Conductual*, 10, 107-120.
- Santos, A., Bernal, G., y Bonilla, J. (1998). Eventos estresantes de vida y su relación con la sintomatología depresiva. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 16, 121-132.
- Scott, C. (2014). Network Analysis Based Psychoeducation for GAD. University Honors Theses. Paper 46. Recuperado de <https://pdxscholar.library.pdx.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1074&context=honorsthesis>
- Secretaría de Salud (2001). Recursos para la salud en unidades de la Secretaría de Salud, 2000. *Salud pública de México*, 43(4), 373.
- Secretaría de Salud (2013). Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018. México: SSA. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud\\_Mental.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf)
- Secretaría de Salud (2013). Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018. México: SSA.
- Seligman, M. E., Schulman, P., y Tryon, A. M. (2007). Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1111-1126.
- Shaffer, D., Gould, M., Fisher, P., Trautman, P, Moreau, D., Kleinman, M. y Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(4), 339-348.
- Shochet, I. y Ham, D. (2004). Universal school-based approaches to preventing adolescent depression: Past findings and future directions of the Resourceful Adolescent Program. *International Journal of Mental Health Promotion*, 6(3), 17-25.
- Shochet, I., Dadds, M., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. y Osgarby, S. (2001). The Efficacy of a Universal School-Based Program to Prevent Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 303-315.
- Sierra, J., Zubeidat, I. y Fernández, A. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 6(2): 472-517.
- Sin, N. L., y Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 65(5), 467-487.

- Smith, D., Jones, I. y Simpson, S. (2010). Psychoeducation for bipolar disorder. *Advances in psychiatric treatment*, 16(2), 147-154.
- Spence, S. H., Sheffield, J. K., y Donovan, C. L. (2005). Long-term outcome of a school-based, universal approach to prevention of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 160-167.
- Spence, S., Sheffield, J. y Donovan, C. (2003). Preventing adolescent depression: an evaluation of the problem solving for life program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 3-13.
- Stice, E., Rohde, P., Seeley, J., y Gau, J. (2010). Testing mediators of intervention effects in randomized controlled trials: An evaluation of three depression prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 273-280.
- Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N., y Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(3), 486.
- Stockings, E., Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, Y., Erskine, H., Whiteford, H. y Patton, G. (2016). Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine*, 46(1), 11-26.
- Sutton, J. (2007). Prevention of depression in youth: A qualitative review and future suggestions. *Clinical Psychology Review*. 27(5), 552-571.
- Suveg, C., Hudson, J., Brewer, G., Flannery-Schroeder, E., Gosch, E. y Kendall, P. (2009). Cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth: Secondary outcomes from a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 341-349.
- Taghva, A., Farsi, Z., Javanmard, Y., Atashi, A., Hajebi, A. y Noorbala, A. (2017). Strategies to reduce the stigma toward people with mental disorders in Iran: stakeholders' perspectives. *BMC Psychiatry*, 17(17), 1-12.
- Tait, L. y Michail, M. (2014). Educational interventions for general practitioners to identify and manage depression as a suicide risk factor in young people: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic reviews*, 3(1), 145.
- Tenorio, J. y Sierra, M. (2000) Trastornos Duales: tratamiento y coordinación. *Papeles del Psicólogo*, (77) 58-63.
- Titov, N., Dear, B., Johnston, L. y Terides, M. (2012). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 49(8), 441-452.
- Tizón, J. (1989). Migraciones y Salud Mental: Recordatorio. *Gaceta Sanitaria*, 14(3): 527-529.
- Tortella Feliu, M., Servera, M., Balle, M., y Fullana, M. A. (2004). Viabilidad de un programa de prevención selectiva de los problemas de ansiedad en la infancia aplicado en la escuela. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2).

- Tursi, M., Von Werne, C., Ribeiro, F., De Carvalho, S. y Juruena, M. (2013). Effectiveness of psycho-education for depression: A systematic review. *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(11), 1019-1031.
- Urzúa, A., Ramos, M., Alday, C. y Alquinta, A. (2010). Madurez neuropsicológica en preescolares: propiedades psicométricas del test CUMANIN. *Terapia psicológica*, 28(1), 13-25.
- Vázquez, C., Hernangómez, L., Hervás, G., y Nieto-Moreno, M. (2006). La evaluación de la depresión en adultos. En V. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 89-114). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, F., Blanco, V., Torres, Á., Otero, P. y Hermida, E. (2014). La eficacia de la prevención indicada de la depresión: una revisión. *Anales de Psicología*, 30(1), 9-24.
- Videon, T. (2002). The effects of parent-adolescent relationships and parental separation on adolescent well-being. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 489-503.
- Vilar, E. y Eibenschutz, C. (2007). Migración y salud mental: Un problema emergente de salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(13), 11-32.
- Weare, K., y Markham, W. (2005). What do we know about promoting mental health through schools? *Promotion & education*, 12(3-4), 118-122.
- Welch, S. S. (2001). A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatric Services*, 52(3), 368-375.
- Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A., Newby, J. y Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 51, 30-47.
- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Pfister, H., y Lieb, M. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospectivelongitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(406), 14-23.
- Young, J., Mufson, L., y Davies, M. (2006). Efficacy of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training: An indicated preventive intervention for depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1254-1262.





**ANEXOS**



## ANEXO 1: RED DE ATENCIÓN EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Institución/ Organismo	Ubicación	Datos de contacto	Descripción
Centro Comunitario de Salud Mental "Cauhtémoc"	Calle Dr. Enrique González Martínez #131, Col. Santa María la Ribera, Cuauhtémoc, C.P. 06400, Ciudad de México.	Teléfonos: 55. 41. 44. 01 y 55. 41. 47. 49 Ext. 103 y 104.	Atención en salud mental a personas con problemas psiquiátricos y del comportamiento.
Call Center UNAM-Facultad de Psicología	Servicio de atención psicológica por teléfono	Teléfonos: 56. 22. 23. 21 y 56. 22. 22. 88	Servicio de terapia breve, atención en crisis, canalización a centros de terapia presencial.
Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro"	Calle Tecacalo Mz. 21 Lt. 24. Col. Ruiz Cortines, Coyoacán, C.P. 04369, Ciudad de México.	Teléfono: 56. 18. 38. 61	Dirigido a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. En intervención psicopatología y psicoterapia.
Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes"	Volcán Fujiyama esquina con Volcán Cofre de Perote s/n, Colonia Los Volcanes, Tlalpan, C.P. 14440, Ciudad de México.	Teléfono: 56. 55. 91. 96 Correo: ccaplosvolcanes@gmail.com	Atención de problemas emocionales, conductuales, de aprendizaje, violencia infantil y adicciones.
Centro Comunitario de Salud Mental "Iztapalapa"	Guerra de Reforma Esquina Eje 5 Sur, Col. Leyes de Reforma 3ra Secc., Iztapalapa, C.P. 09310, Ciudad de México.	Teléfono: 50. 62. 17. 00 Ext. 50118 y 50109	Otorga atención en salud mental a personas con problemas psiquiátricos y del comportamiento.
Centro Comunitario de Salud Mental "Zacatenco"	Huánuco #323, Esquina Ticomn, Col. Residencial Zacatenco, Gustavo A. Madero, C.P. 07369, Ciudad de México.	Teléfono: 63. 92. 45. 98 Página Web: <a href="https://www.gob.mx/salud/sap">https://www.gob.mx/salud/sap</a>	Otorga atención en salud mental a personas con problemas psiquiátricos y del comportamiento.

Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Sótano del edificio "D" de la Facultad de Psicología, UNAM, Coyoacán, C.P.04510, Ciudad de México.	Teléfono: 56. 22. 23. 09 Correo: centrodeservicios psicologicos@ yahoo.com.mx	Proporciona servicio psicoterapia, con diferentes aproximaciones teóricas a niñas, adolescentes y adultos.
Centro Integral de Salud Mental	Periférico Sur No. 2905, Col. San Jerónimo, Magdalena Contreras, CP. 10200, Ciudad de México.	Teléfonos: 55. 95. 56. 51 y 55. 95. 81. 15	Proporciona servicios de consulta externa para repercusiones psicológicas y/o trastornos mentales de atención especializada.
Coordinación de Centros para la Atención e Investigación en Psicología	Edificio "C", 2º piso, cubículos 202 y 207. Facultad de Psicología, UNAM, Coyoacán, C.P.04510, Ciudad de México.	Teléfonos: 55. 25. 08. 55 y 56. 22. 23. 35 Correo: coordinacionde loscentros2011@ gmail.com	Promueve desarrollo de centros y programas que integran a niños y adolescentes.
Hospital de las emociones (Cuauhtémoc)	Calle Santísima #10 Col. Centro (Área 1). Cuauhtémoc, C.P. 06000, Ciudad de México.	Página Web: <a href="http://www.injuve.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/salud-emocional">http://www.injuve.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/salud-emocional</a>	Atienden depresión, ansiedad, hábitos alimenticios, adicciones y salud física, entre otros temas.
Hospital de las emociones (Miguel Hidalgo)	Calzada México-Tacuba #235 Col. Un Hogar Para Nosotros. Miguel Hidalgo, C.P. 11330, Ciudad de México.	Página Web : <a href="http://www.injuve.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/salud-emocional">http://www.injuve.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/salud-emocional</a>	Atienden depresión, ansiedad, hábitos alimenticios, adicciones y salud física, entre otros temas.
Hospital de las emociones (Tlalpan)	Calle. 4 Oriente esquina Periférico Sur Colonia Isidro Fabela. Tlalpan, C.P. 14030, Ciudad de México.	Página Web : <a href="http://www.injuve.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/salud-emocional">http://www.injuve.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/salud-emocional</a>	Atienden depresión, ansiedad, hábitos alimenticios, adicciones y salud física, entre otros temas.

Hospital de las emociones (Venustiano Carranza)	Av. Ing. Eduardo Molina #81 Col. Ampliación 20 de Noviembre. Venustiano Carranza, C.P. 15260, Ciudad de México.	Teléfonos: 57. 95. 20. 54 y 57. 89. 92. 20	Atienden depresión, ansiedad, hábitos alimenticios, adicciones y salud física, entre otros temas.
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"	San Buenaventura #2 Esquina con Niño de Jesús, Col. Tlalpan, Tlalpan, C.P. 01400, Ciudad de México.	Teléfono: 55. 13. 11. 84 Ext. 1036	Tratamiento, Hospitalización y Rehabilitación psicosocial de pacientes con trastornos mentales mayores de edad.
Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"	Av. San Buenaventura #86 Col. Belisario Domínguez, Tlalpan, C.P. 14080, Ciudad de México.	Teléfonos: 55. 73. 48. 66 y 55. 73. 48. 44 Ext. 108	Atención en salud mental para menores de edad con problemas psiquiátricos y del comportamiento.
Hospital Psiquiátrico San Fernando (IMSS)	Av. San Fernando #201 Colonia: Col. Toriello Guerra, C. P: 01450, Tlalpan, Ciudad de México. México.	Teléfonos: 56. 06. 21. 65 y 56. 06. 21. 03 Ext. 111 y 112	Brinda servicio público de carácter nacional para los trabajadores y sus familiares.
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"	Insurgentes Sur 3877 Col. Barrio la fama, Tlalpan, C.P. 14269, Ciudad de México.	Teléfono: 56. 06. 38. 22	Tratamiento y hospitalización del paciente en trastornos mentales y emocionales.
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"	Calzada México Xochimilco No. 101, Colonia San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, C.P. 14370, Ciudad de México.	Teléfono: 41. 60. 50. 00	Atención a pacientes con trastornos mentales, prevención de enfermedades mentales y tratamiento.

## ANEXO 2: SITIOS DE INTERÉS

### Centros de Integración Juvenil, A.C.

<http://www.cij.gob.mx/autodiagnostico/>

¡Dá el primer paso, responde y concóctete!

 <p>Alcohol</p> <p>¿Crees que estás tomando demasiado?</p>	 <p>Tabaco</p> <p>¿Crees que estas fumando demasiado?</p>	 <p>Adolescentes</p> <p>Otras Drogas</p> <p>¿Sabes qué tipo de consumidor eres?</p>
 <p>Adultos</p> <p>Otras Drogas</p> <p>¿Sabes qué tipo de consumidor eres?</p>	 <p>Depresión</p> <p>¿Sabes si padeces depresión?</p>	 <p>Ansiedad</p> <p>¿Sabes si padeces ansiedad?</p>

**Población a la que se dirige:** Público en general.

**Objetivo:** Ofrecer información sobre el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas. Así como identificar problemas de ansiedad o depresión.

**Recursos:** El sitio cuenta con diversos ejes: consumo de alcohol, tabaco, otras drogas, depresión y ansiedad. Cada eje cuenta con una prueba de auto diagnóstico, después de facilitar los resultados se da la opción de brindar apoyo psicológico en línea y de consultar la red operativa de CIJ a nivel nacional.

## Línea UAM

[http://www.uam.mx/lineauam/lineauam\\_dep03.htm](http://www.uam.mx/lineauam/lineauam_dep03.htm)

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**  
Consejo Abierto al Tiempo

**LÍNEA UAM**  
DE APOYO PSICOLÓGICO POR TELÉFONO  
58 04 64 44

HORARIOS AVISOS CHAT SITIOS DE LA UAM LÍNEA UAM EN LOS MEDIOS

Los universitarios en la Universidad

Depresión y Suicidio

¿Qué tanto sabes de SIDA?

Violencia en el Hogar y Agresiones Sexuales

INSTANCIAS DE APOYO

### ¿Qué es la Depresión?

¿Dónde llamar? ¿Dónde acudir? Autotest

#### Definición

La depresión es una enfermedad que puede afectar a cualquier ser humano. Se caracteriza por un cambio en el estado de ánimo, en el comportamiento o en la forma de pensar. La depresión puede llegar a perjudicar las funciones mentales y físicas de quien la padece.



La depresión es el resultado de una combinación de factores de predisposición genética aunado a factores orgánicos y psicológicos.

Generalmente se asocia la depresión con un sentimiento de tristeza o vacío; sin embargo existen personas que no tienen este sentimiento y se encuentran deprimidas. Esto ha ocasionado que muchas personas no se den cuenta de su depresión.

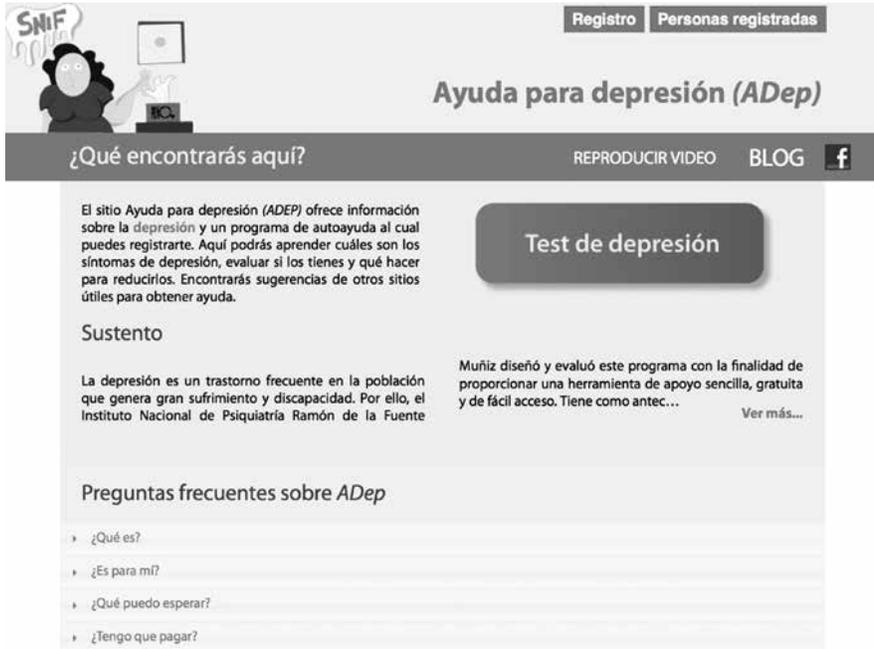
**Población:** Dirigido a estudiantes, trabajadores, administrativos y público en general.

**Objetivo:** Ofrecer orientación e información sobre problemas emocionales como ansiedad y depresión, además de brindar apoyo psicológico.

**Recursos:** Cuenta con el servicio de radio abierta, ofrece un listado de enlaces a recursos web que brindan información relacionada con la ansiedad, trastornos de sueño, estrés y depresión; además de un foro de chats y un test sobre depresión.

## Sitio de ayuda para depresión (ADEP)

<http://www.ayudaparadepresion.org.mx/>



Registro Personas registradas

### Ayuda para depresión (ADEP)

¿Qué encontrarás aquí? REPRODUCIR VIDEO BLOG 

El sitio Ayuda para depresión (ADEP) ofrece información sobre la depresión y un programa de autoayuda al cual puedes registrarte. Aquí podrás aprender cuáles son los síntomas de depresión, evaluar si los tienes y qué hacer para reducirlos. Encontrarás sugerencias de otros sitios útiles para obtener ayuda.

#### Test de depresión

Sustento

La depresión es un trastorno frecuente en la población que genera gran sufrimiento y discapacidad. Por ello, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Muñiz diseñó y evaluó este programa con la finalidad de proporcionar una herramienta de apoyo sencilla, gratuita y de fácil acceso. Tiene como antec... [Ver más...](#)

#### Preguntas frecuentes sobre ADEP

- » ¿Qué es?
- » ¿Es para mí?
- » ¿Qué puedo esperar?
- » ¿Tengo que pagar?

**Población:** Público en general, padres, docentes y personas que padecen algún trastorno depresivo.

**Objetivo:** Ofrecer información sobre depresión y otros trastornos mentales, además de brindar un programa de autoayuda para reducir sus síntomas.

**Recursos:** Programa de autoayuda en línea, gratuito e interactivo, con información, ejercicios y sugerencias para reducir los síntomas del trastorno depresivo. Cuenta con test, foros de discusión, chat y seis módulos con información sobre cómo desarrollar habilidades para reducir los síntomas de depresión e identificar y cambiar pensamientos negativos. Asimismo, ayuda para reconocer experiencias de la infancia, sucesos estresantes y otros aspectos que influyen en el estado de ánimo.

# Salud en Línea

<http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/depresion>

The screenshot shows the IMSS website interface. At the top, there is a navigation bar with 'gob mx' and 'IMSS' on the left, and 'Trámites', 'Gobierno', 'Participa', and 'Datos' on the right. Below this is a secondary navigation bar with 'Inicio', 'Conoce al IMSS', 'Transparencia', 'Directorio', and 'Contacto'. The main content area is titled 'Depresión' and includes a breadcrumb trail: 'Inicio > Salud En Línea > Depresión'. There are three menu items: 'Introducción', 'Cómo detectar', and 'Tratamiento'. A descriptive paragraph states: 'Es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona y se manifiesta por cambios en el estado de ánimo, en el comportamiento, en los sentimientos y en la forma de pensar. Estos cambios son continuos y duran más de dos semanas.' Below this, there are two sections: 'Sentimientos y manifestaciones frecuentes:' with a bulleted list of symptoms, and 'Tipos de depresión' with sub-sections for 'Depresión leve' and 'Depresión moderada'. To the right, there is a 'Herramientas' section with icons for 'Encuesta de Depresión' and 'Alcoholismo', and a 'Esto te puede interesar' section with a bulleted list of related topics: 'Acoso escolar (Bullying)', 'Encuesta de Depresión', and 'Alcoholismo'. There are two images: a man's face looking down and a woman's face with her hand to her head.

**Población:** Está dirigido a padres de personas con trastornos mentales: como depresión, ansiedad, esquizofrenia, bipolaridad y trastornos de sueño.

**Objetivo:** Brindar un servicio informativo sobre el trastorno depresivo.

**Recursos:** Sitio web gratuito y confidencial. Muestra información general sobre el trastorno depresivo: tipos, síntomas, detección y tratamiento. Cuenta con infografías y una encuesta sobre depresión.

## Instituto de la Juventud de la Ciudad de México

<http://www.injuve.cdmx.gob.mx/>

CDMX / Organismos Descentralizados / INJUVE

Transparencia  
Atención Ciudadana  
Trámites y Servicios

Inicio Instituto Servicios Programas Eventos Comunicación Ver más

**SEMANA DE LAS JUVENTUDES**

TALLERES/CONFERENCIAS/FOROS  
CONCIERTOS/ACTIVIDADES CULTURALES

5-11 NOV/ENTRADA LIBRE

CDMX

Semana de las Juventudes, por el derecho a la recreación, cultura y espacios públicos

¿ALGUNA EMOCIÓN ALTERA TU VIDA DIARIA?

REALIZA TU  
**TEST EN LÍNEA**

HAZ CLICK AQUÍ

¿Alguna emoción altera tu vida diaria?

DIRECTORIO  
INSTITUCIONES DE ATENCIÓN A LAS EMOCIONES  
EN LA ZONA METROPOLITANA

CONSULTALO AQUÍ

**Población:** Jóvenes y público en general

**Objetivo:** Promover y respetar los derechos humanos de la población joven, así como diseñar, coordinar y promover mecanismos que tengan relación con la salud emocional de adolescentes y personas jóvenes.

**Recursos:** El sitio ofrece información sobre los centros de atención emocional. Cuenta con un directorio de centros que brindan atención emocional, talleres gratuitos, actividades artísticas, culturales y recreativas, además de una galería de videos y un test en línea para conocer la emoción que altera la vida cotidiana.

# Saptel

[http://www.saptel.org.mx/que\\_es.html](http://www.saptel.org.mx/que_es.html)

**SAPTEL**  
Somos todos

INICIO NOSOTROS DONACIONES CONTACTO

¿QUÉ ES SAPTEL?

SAPTEL es un servicio de salud mental y Medicina a Distancia con 30 años de operar. SAPTEL es un programa profesional atendido por psicólogos seleccionados, entrenados, capacitados y supervisados que proporcionan servicios de orientación, referencia, apoyo psicológico, consejo psicoterapéutico e intervención en crisis emocional a través del teléfono en forma gratuita.

SAPTEL ofrece sus servicios a la República Mexicana en su totalidad.

SAPTEL así proporciona un servicio oportuno y eficiente para el manejo de emergencias psicológicas y crisis emocionales. Las crisis son parte del desarrollo integral y del funcionamiento humano. No son en sí enfermedades, aunque estas últimas frecuentemente pueden presentar crisis.

**¡LLÁMANOS!**

En SAPTEL también a tí te escuchamos:

**(55) 5259-8121**

Servicio gratuito las 24 horas

**SAPTEL**  
Sistema Nacional de Apoyo. Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono  
© 2018 | Aviso de Privacidad

**Población:** Padres, docentes, personal operativo y personas con sintomatología depresiva.

**Objetivo:** Proporcionar un servicio oportuno en el manejo de emergencias psicológicas y crisis emocionales

**Recursos:** Brinda información sobre servicio de orientación, referencia, apoyo psicológico, consejo psicoterapéutico e intervención en crisis emocional de forma gratuita. Cuenta con artículos, libros, tesis, folletos y dípticos con información sobre la salud mental.

## Consultoría Internacional sobre Depresión para las Comunidades de Habla Hispana

<http://www.depresion.psicomag.com/index.php>

**¿Tiene Usted Depresión?**  
Responde el Dr. Rozados

**Liposucción Sin Cirugía**  
Somos los Creadores de la Liposucción Sin Cirugía, Tecnología Única.

1.7K people like this. Sign Up to see what your friends like.

WWW.PSICOMAG.COM

Lamentamos comunicar la triste noticia del fallecimiento del Dr. Ricardo Rozados, mentor de esta pagina. Seguiremos en su homenaje manteniendola en su formato y podrán seguir realizando los tests, no estando habilitados de momento los demás lugares de consulta.

Gracias por su amable atención.

**Consultoría Internacional sobre Depresión para las Comunidades de Habla Hispana (CISD).**

Espacio Web solidario para el paciente con depresión y su grupo familiar. Evaluación Psicométrica ,asistencia diagnóstica y orientación profesional gratuita Online

El sufrimiento mental se presenta de muchas maneras - la Depresión es la mas común. En todo el mundo millones de personas sufren - según los cálculos, de depresión biológica aguda, la cual requiere una atención médica que no necesariamente reciben. Junto a estos millones de personas que presentan síntomas de depresión, hay otros cientos de miles que padecen "depresión encubierta" por lo que no se dan cuenta que sus dolores físicos, son, en realidad síntomas de depresión. En general la depresión es el "tesoro común" de la psiquiatría. Es un estado que provoca mas consultas al médico, incluidos los virus, la hipertensión arterial, el dolor de cabeza y, por cierto el resfriado común.

Google: Búsqueda personalizada

**Población:** Personas que padecen depresión y su grupo familiar

**Objetivo:** Ofrecer evaluación Psicométrica, asistencia diagnóstica y orientación profesional gratuita Online

**Recursos:** Sitio Web que brinda información acerca del trastorno depresivo, diagnóstico, tratamiento, prevención y su relación con otros factores de riesgo.

# Organización Mundial de la Salud

[http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/child/es/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/child/es/)

The screenshot shows the WHO website interface. At the top, there are navigation links in Arabic, Chinese, English, French, Russian, and Spanish, along with a search icon. Below this is the WHO logo and name. A dark navigation bar contains a home icon and dropdown menus for 'Temas de salud', 'Países', 'Centro de prensa', 'Emergencias', and 'Acerca de la OMS'. The main content area is titled 'Salud mental' and features a sidebar with a menu: 'Salud mental', 'Programa de acción mhGAP', 'Trastornos mentales', 'Prevención del suicidio', 'Demencia', 'Salud mental y emergencias', and 'Publicaciones'. The main content is titled 'Trastornos mentales en niños y adolescentes' and includes a sub-header 'Recomendaciones con fundamento científico para el tratamiento de los niños y adolescentes con trastornos mentales en centros asistenciales no especializados.' Below this, there are several paragraphs of text detailing interventions for mothers, children with intellectual disabilities, and children with attention deficit/hyperactivity disorder. To the right, there is a section titled 'Información esencial sobre la OMS' listing the Director General, the Governing Body, and a link to the latest news.

**Población:** Padres, docentes, personal operativo y jóvenes.

**Objetivo:** Ofrecer información sobre temas relacionados con la salud mental.

**Recursos:** Sitio Web que brinda información sobre temas relacionados con trastornos mentales en niños y adolescentes. La información de los trastornos y de los tratamientos esta ordenada en pestañas que facilitan el manejo y la búsqueda de la información. En este sitio encontraras artículos científicos especializados en el área de la salud, guías de intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias y recomendaciones para el tratamiento de enfermedades mentales en centros asistenciales no especializados.

## ANEXO 3: PROGRAMAS BASADOS EN EVIDENCIA

### **Penn Resilience Program and Perma Workshops**

<https://ppc.sas.upenn.edu/services/penn-resilience-training>

#### **Objetivos**

- Capacitar a las personas para superar adversidades y desafíos.
- Manejar el estrés y prosperar en su vida profesional.
- Aumentar el bienestar y el optimismo.
- Reducir y prevenir la depresión, ansiedad y los problemas de conducta.

#### **Componentes**

El programa ofrece una amplia gama de servicios:

- Presentaciones y talleres de 1 hora al día.
- Programas de desarrollo profesional
- Capacitación

Incluye un conjunto de 18 habilidades que desarrollan la aptitud cognitiva y emocional para fortalecer la autorregulación, agilidad mental, fortalezas personales y la habilidad para mantener relaciones de confianza.

### **Coping With Stress Course (CWSC)**

<http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/pppractice/coping-with-stress-course/>

**Objetivo:** Reducir futuros episodios de trastorno depresivo en adolescentes.

#### **Componentes**

- Intervención grupal para adolescentes con depresión.
- Intervención para padres de adolescentes deprimidos.
- Intervención grupal para jóvenes en riesgo de sufrir depresión.
- Tratamiento individual de 5 a 9 sesiones, para jóvenes deprimidos que también consumen medicamentos antidepresivos.

## **Resourceful Adolescent Program**

<http://www.rap.qut.edu.au/>

**Objetivo:** Prevenir la depresión adolescente y las problemáticas asociadas.

### **Componentes**

- El programa consta de tres componentes que promueven factores de protección individual, familiar y escolar.
- Los tres componentes se ejecutan en la modalidad de prevención universal.

### **Interpersonal Psychotherapy - Adolescent Skills Training (IPT-AST)**

<http://www.cebc4cw.org/program/interpersonal-psychotherapy-adolescent-skills-training/detailed>

**Objetivo:** Entrenar a los adolescentes con habilidades interpersonales de psicoterapia para mejorar los síntomas depresivos.

### **Componentes**

- Educación sobre depresión
- Discusión del vínculo entre el estado de ánimo y los eventos interpersonales
- Instrucción sobre técnicas y estrategias para mejorar las relaciones
- Juego de roles
- Análisis de síntomas depresivos

## **Problem Solving for Life**

<https://www.childtrends.org/programs/problem-solving-for-life>

**Objetivo:** Prevenir la depresión en adolescentes y fortalecer las habilidades de resolución de problemas.

### **Componentes**

- Programa implementado por docentes, la intervención se realiza en el aula a lo largo de 8 sesiones con una duración aproximada de 45'.
- Las sesiones se llevan a cabo una vez a la semana empleando los enfoques: reestructuración cognitiva y habilidades para la resolución de problemas.
- Se emplean materiales como: notas de fondo, folletos, caricaturas, carteles y acertijos.



[www.gob.mx/salud/cij](http://www.gob.mx/salud/cij)    [www.cij.org.mx](http://www.cij.org.mx)  
[cij@cij.gob.mx](mailto:cij@cij.gob.mx)

