

SALUD Y BIENESTAR: TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO Y SUICIDIO EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO

Jessenia Paredes-Bernal¹
(Recibido en septiembre 2018, aceptado en noviembre 2018)

Psicóloga, Gerente Consorcio SS TS La Troncal Auxiliar de contabilidad en Aztkagro S.A¹

¹jessyparedes84@hotmail.com

Resumen: En el ser humano el estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido, el sujeto pierde la sensación de control sobre su ánimo y experimenta incomodidad general. Cuando estos se agravan se convierten en trastornos del Estado de Animo que se divide en bipolares y depresivos. La depresión es un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés por el mundo y falta de esperanza en el futuro, que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto en ocasiones llevándolo a tomar decisiones equivocadas como el suicidio. En este estudio se pretendió analizar este trastorno desde los principios de la psicología clínica y de la salud para objetivar la desesperanza, las expectativas negativas con respecto al individuo mismo y a su vida futura en 42 estudiantes de bachillerato. Los resultados obtenidos permitieron observar que si existe una relación entre los trastornos de ánimo y los intentos de suicidio que se detectaron en la escala de evaluación. Como conclusión es necesario recalcar la importancia de la detección temprana de los cambios de estado de ánimo en los adolescentes puede evitar un suicidio la misma que es la segunda causa de muerte, según el informe de la Organización Mundial de la Salud.

Palabras Clave: Estado de ánimo; Suicidio; Adolescente; Muerte.

HEALTH AND WELL-BEING: DISORDERS OF THE STATE OF MIND AND SUICIDE IN HIGH SCHOOL STUDENTS.

Abstract: In the human being, the state of mind can be normal, elevated or depressed, the subject loses the feeling of control over their mood and experiences general discomfort. When these are aggravated they become disorders of the State of Animo that is divided into bipolar and depressive. Depression is a persistent feeling of uselessness, loss of interest in the world and lack of hope in the future, which negatively modifies the functionality of the subject at times leading him to make wrong decisions such as suicide. In this study, we tried to analyze this disorder from the principles of clinical psychology and health to objectify the hopelessness, the negative expectations regarding the individual himself and his future life in 100 high school students. The results obtained allowed to observe that if there is a relationship between mood disorders and suicide attempts that were detected in the evaluation scale. In conclusion it is necessary to emphasize the importance of early detection of mood swings in adolescents can avoid suicide which is the second cause of death, according to the report of the World Health Organization.

Keyword: Mood; Suicide; Teenager; Death

I. INTRODUCCIÓN

En la antigüedad los trastornos de estado de ánimo, eran conocidos como trastornos afectivos. Ya desde los inicios de la humanidad según el antiguo testamento dentro del libro de Job, se describe que Saúl sufría de episodios melancólicos graves, quien aunque inicialmente respondía a la terapia musical de su hijo David, finalmente llega a un estado de enajenación e intenta dar muerte a su hijo. La incapacitación y la manía se asocian con cambios bruscos de estado de ánimo, con periodos leves de pérdida de contacto con la realidad, fluctuando a la existencia de un suicidio (Vasquez & Sanz, 1995).

Se dice que estos desordenes se hallan con gran frecuencia en las consultas cotidianas, las variaciones del estado de ánimo pueden ser desde la depresión profunda hasta la ilusión maniaca. (Dijon Vasseur, 2005). Como seres humanos nuestro ánimo varía constantemente pero no se sabe diferenciar entre una variación patológica y una normal, la intensidad con la que se presenta es otro factor detonante al momento de observar estas anomalías. El apoderamiento de una gran tristeza, la depresión altera el estado de ánimo y por tanto del organismo en general. El ánimo es un amplio abanico relacionado con las expresiones afectivas. Aproximadamente, una de cada 10 personas mayores de 18 años, tiene un trastorno del estado de ánimo, según investigaciones realizadas en el año 2015 (MedlinePlus, 2017).

Los trastornos de estado de ánimo se ven caracterizados por desequilibrio en las reacciones emocionales, sin tener nada que ver son las inestabilidades físicas o mentales. (El Prado Psicólogos, s.f.). Las emociones provocan cambios cortos de estado de ánimo, un ejemplo claro es la sorpresa; a diferencia del estado de ánimo que puede durar semanas. Los trastornos de ánimo se ven divididos en dos grupos: trastornos bipolares y trastornos depresivos.

El trastorno bipolar, mezcla trastornos de manía acompañados de depresión es más suave y no psicótico a diferencia del trastorno depresivo. (Boeree, 2006). Dentro del trastorno depresivo, el paciente pierde el interés por sentir placer, tiende a no conciliar el sueño y adelgazar notablemente, o a su vez a dormir demasiado y a engordar sin darse cuenta. Por

lo general este trastorno es más común en mujeres que en hombres. (Boeree, 2006).

Es de vital importancia diferenciar la tristeza normal del trastorno depresivo mayor, debido a que en esta etapa el paciente presenta características altamente patológicas como: pensamientos suicidas y los síntomas psicopáticos tales como las ideas delirantes o las alucinaciones visuales. (Boeree, 2006). Aproximadamente puede durar hasta 9 meses si el trastorno no es tratado por especialistas en salud mental.

En Norteamérica los adolescentes que presentan trastornos de estado de ánimo, consumen sustancias psicotrópicas empeorando el curso de la enfermedad. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2010), los pacientes deprimidos pueden tener pensamientos y actos suicidas o de autoagresión.

Los adolescentes son la población más frágil en cuanto a sufrir trastornos pues múltiples son los factores detonantes a esta edad, progenitores descuidados, falta de conocimiento, cambios abruptos en su organismo y sobre todo la sensibilidad ante estos problemas acompañado de inseguridades propias a esa edad. (Vasquès Fernandez, y otros, 2013). Llevando a tomar decisiones irrevocables como quitarse la vida.

Según la OMS, las enfermedades mentales en especial la depresión y consumo de sustancias psicotrópicas, constituyen importantes factores de riesgo de suicidio. (Organización Mundial de la Salud, 2017). Aproximadamente 800,000 personas se suicidan por año, generándose en sus allegados múltiples tentativas de quitarse la vida; se ha convertido así en la segunda causa de muerte mundial y las edades fluctúan entre los 15 y 29 años de edad. Produciéndose con fuerza en países de ingresos medios y bajos económicamente hablando, existen muchos métodos para lograr este acto los más utilizados son: la ingesta de plaguicidas, ahorcamiento y armas de fuego. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

En Ecuador las cifras de suicidio van en aumento la depresión es una de las principales causas, así lo señalan cifras del DINASED, en el año 2016 se

conoció 720 casos de suicidio. (Ecuavisa, 2016)

Material y métodos

Estudio descriptivo, transversal, comparativo con una muestra representativa de adolescentes que asistían a la Unidad Educativa de nivel medio de Cochancay perteneciente al Cantón La Troncal.

Participantes

La muestra está constituida por estudiantes del bachillerato de la Unidad Educativa Virgilio Urgiles Miranda del Recinto Cochancay, Cantón La Troncal perteneciente a la Provincia del Cañar, Ecuador. Con edades que fluctuaron entre los 14 y 18 años de edad.

Instrumentos

- **Escala de Desesperanza de Beck (Beck y Steer, 1988):** Permite objetivar la desesperanza al definirla en términos de un sistema de expectativas negativas con respecto al individuo mismo y a su vida futura. Es un cuestionario de auto-informe que consta de 20 afirmaciones a las que responde dicotómicamente (Verdadero o Falso). Se consideran cuatro categorías: asintomática (de 0 a 3 puntos), leve (entre 4 y 8 puntos), moderada (entre 9 y 14 puntos) y severa (entre 15 y 20 puntos). Ha sido utilizada en estudios poblacionales (Viñas, et al., 2004) y validada en población latinoamericana. (Universidad Complutense Madrid, 1974).
- **Escala de valoración del estado de ánimo (EVEA):** Evalúa el estado de ánimo actual, fundamentalmente en el contexto de la administración de un procedimiento de inducción del estado de ánimo (PIEA), pero también en cualquier otra circunstancia en la que se requiera medir el estado de ánimo transitorio de una persona en un momento dado. : Cada ítem se valora de 0 a 10 puntos en función del valor escogido por la persona evaluada y, tras sumar directamente la puntuación de los cuatro adjetivos correspondientes a cada subescalas y dividir la suma por 4, se obtienen cuatro puntuaciones entre 0 y 10 que cuantifican los estados de ánimo triste-depresivo, ansioso, alegre e iracundo-hostil de

la persona evaluada en el momento en que se administró el instrumento. En concreto, para la obtención de la puntuación de la subescalas de tristeza-depresión habría que sumar las puntuaciones de los ítems “melancólico”, “alicaído”, “apagado” y “triste” (ítems 4, 7, 10 y 16); para la obtención de la puntuación de la subescalas de ansiedad habría que sumar las puntuaciones de los ítems “nervioso”, “tenso”, “ansioso” e “intranquilo” (ítems 1, 5, 9 y 13); para la obtención de la puntuación de la subescalas de ira-hostilidad habría que sumar las puntuaciones de los ítems “irritado”, “enojado”, “molesto” y “enfadado” (ítems 2, 8, 11 y 14), y, finalmente, para la obtención de la puntuación de la subescalas de alegría habría que sumar las puntuaciones de los ítems “alegre”, “optimista”, “jovial” y “contento” (ítems 3, 6, 12 y 15). (Saenz, 2001).

- **Escala de Suicidalidad de Okasha:** Esta escala está validada en Chile (40), para detectar riesgo suicida en adolescentes y puede ser utilizada por equipos de salud general, profesionales y técnicos de salud e incluso por monitores y agentes comunitarios. La sumatoria del puntaje de las 3 primeras preguntas, conforma el sub-puntaje de ideación suicida, que puede oscilar entre 0 y 9 puntos. La puntuación total de la escala de suicidalidad se obtiene sumando el sub-puntaje de ideación suicida más el puntaje de la pregunta sobre intento de suicidio. (Salvo, Melipillan, & Castro, 2009)

Resultados

Los resultados fueron ingresados mediante el programa SPSS IMB 23, donde se muestran en forma de cuadros, estadísticos de frecuencia y descriptivos, además se considera los indicadores de edad y género. Se analizan y correlación de las variables de estudio, Trastornos del Estado de Animo y Suicidio en los estudiantes del Bachillerato, por otro lado, se presentan gráficos para visualizar el proceso de incidencia entre las variables.

En los indicadores de edad se presentaron resultados de 57.1% de 15 años; 28,6% de 16 años y 14,3% de 17 años. En los indicadores de genero se obtuvo 42,9%

hombres y 57,1% mujeres. En la tabla 1 se puede observar los valores relacionados al factor cognitivo y los resultados expresados en cada uno de ellos.

Tabla 1. Indicador de desesperanza: Factor cognitivo

FACTOR COGNITIVO	ESPERO EL FUTURO CON ESPERANZA Y ENTUSIASMO	NO PUEDO IMAGINAR CÓMO SERÁ MI VIDA DENTRO DE 10 AÑOS	EN EL FUTURO, ESPERO CONSEGUIR LO QUE ME PUEDA INTERESAR	MI FUTURO ME PARECE OSCURO	TODO LO QUE PUEDO VER POR DELANTE DE MÍ ES MÁS DESAGRADABLE QUE AGRADABLE	CUANDO MIRO HACIA EL FUTURO, ESPERO QUE SERÉ MÁS FELIZ DE LO QUE SOY AHORA	TENGO UNA GRAN CONFIANZA EN EL FUTURO	ES MUY IMPROBABLE QUE PUEDA LOGRAR UNA SATISFACCIÓN REAL EN EL FUTURO	EL FUTURO ME PARECE VAGO E INCIERTO
Media	1,10	1,19	1,05	1,81	1,76	1,14	1,19	1,52	1,76
Mediana	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00
Moda	1	1	1	2	2	1	1	2	2
Desv. típ.	,297	,397	,216	,397	,431	,354	,397	,505	,431
Varianza	,088	,158	,046	,158	,186	,125	,158	,256	,186
Asimetría	2,861	1,635	4,408	-1,635	-1,276	2,118	1,635	-,099	-1,276
Curtosis	6,492	,706	18,296	,706	-393	2,606	,706	-2,092	-,393
Porcentaje	V 90,5 F 9,5	81,0 19,0	95,2 4,8	19,0 81,0	23,8 76,2	85,7 14,3	81,0 19,0	47,6 52,4	23,8 76,2

En la tabla 1 de los estadísticos descriptivos se muestra la subvariable cognición como uno de los indicadores de desesperanza, los porcentajes estuvieron alineados a la frecuencia estadística el 95,5 % espera el futuro

con esperanza y entusiasmo a pesar de que 23,8 % determinó que el futuro que tiene por delante es más desagradable que lo actual, así como vago e incierto.

Tabla 2. Indicador de desesperanza: Factor motivacional

FACTOR MOTIVACIONAL	PUEDO DARMÉ POR VENCIDO, RENUNCIAR, YA QUE NO PUEDO HACER MEJOR LAS COSAS POR MI MISMO	ESPERO MÁS COSAS BUENAS DE LA VIDA QUE LO QUE LA GENTE SUELE CONSEGUIR POR TÉRMINO MEDIO	LAS COSAS NO MARCHAN COMO YO QUISIERA	NUNCA CONSIGO LO QUE DESEO, POR LO QUE ES ABSURDO DESEAR CUALQUIER COSA	ESPERO MÁS BIEN ÉPOCAS BUENAS QUE MALAS.
Media	1,81	1,14	1,38	1,52	1,29
Mediana	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00
Moda	2	1	1	2	1
Desv. típ.	,397	,354	,492	,505	,457
Varianza	,158	,125	,242	,256	,209
Asimetría	-1,635	2,118	,509	-,099	,984
Curtosis	,706	2,606	-1,831	-2,092	-1,085
Frecuencia	V 19,0 F 81,0	85,7 14,3	61,9 38,1	47,6 52,4	71,4 28,6

En los estadísticos descriptivo y de frecuencia se muestra la variable de motivación, los porcentajes estuvieron alineados al indicador motivacional a la falta de decisiones para salir adelante por sí mismo, con un resultado 1.81 y la desviación estándar es de ,397; en contradicción a que esperan más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio de 1,14 y la desviación estándar ,354 con un 85,7%. Según los resultados también se

recalcó que, aunque las cosas no marchan como ellos quisieran en 1,38 y la desviación estándar ,492 en un 61,9%. Casi nunca consiguen lo que desean, por lo que es absurdo desear cualquier cosa con 1,52 y la desviación estándar ,505 con un 47,6%; Se presentó un indicador donde recalcan que más se presentan épocas buenas que malas, en la cual la media nos dio 1.29 y la desviación estándar ,457 con una frecuencia del 71,4%.

Tabla 3. Indicador de desesperanza: Factor afectivo

FACTOR AFECTIVO	CUANDO LAS COSAS VAN MAL ME ALIVIA SABER QUE LAS COSAS NO PUEDEN PERMANECER TIEMPO ASI	TENGO BASTANTE TIEMPO PARA LLEVAR A CABO LAS COSAS QUE QUISIERA PODER HACER	NO LOGRO HACER QUE LAS COSAS CAMBIEN, Y NO EXISTEN RAZONES PARA CREER QUE PUEDA EN EL FUTURO	MIS PASADAS EXPERIENCIAS ME HAN PREPARADO BIEN PARA MI FUTURO	NO ESPERO CONSEGUIR LO QUE REALMENTE DESEO	NO MERECE LA PENA QUE INTENTE CONSEGUIR ALGO QUE DESEE; PORQUE PROBABLEMENTE NO LO LOGRARE
Media	1,67	1,48	1,38	1,14	1,48	1,48
Mediana	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Moda	2	1	1	1	1	1
Desv. típ.	,477	,505	,492	,354	,505	,505
Varianza	,228	,256	,242	,125	,256	,256
Asimetría	-,734	,099	,509	2,118	,099	,099
Curtosis	-1,537	-2,092	-1,831	2,606	-2,092	-2,092
Frecuencia	V 33,3 F 66,7	52,4 47,6	61,9 38,1	85,7 14,3	52,4 47,6	47,6 52,4

En el cuadro de estadísticos descriptivo y de frecuencia, se muestra la variable de factor afectivo, en la pregunta que dice cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así, en 33,3%, la media 1.67 y la desviación estándar de ,477; en contraste con el 52,4% que

manifestó tener bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer, con una media 1,48 y desviación estándar ,505; con indicadores de desesperanza que dice no esperar conseguir lo que realmente desean, con una media de 1.48 y la desviación estándar ,256.

Tabla 4. Indicador de estado de ánimo: Tristeza y depresión

SUBVARIABLES	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE
TRISTEZA - DEPRESION	NUNCA	65,5
	MUCHO	34,5
ANSIEDAD		61,9
		38,1
IRA-HOSTILIDAD		61,9
		38,1
ALEGRÍA		34,5
		65,5

En la tabla 4 de los resultados referente a los estadísticos descriptivo y de frecuencia de la variable estado de ánimo se muestra la subescalas de Tristeza – Depresión en los sujetos de estudio, es notorio que el 34,5% se siente muy triste acompañado de melancolía, también se observó 23,8% que se sienten apagado.

En la subescala de Ansiedad, se registró 38,1% frente a la pregunta “Me siento nervioso, tenso, ansioso e intranquilo. En la subescala de Ira – Hostilidad se evidenció coincidentemente el mismo porcentaje de presencia de ansiedad, caracterizado por estar irritado, enojado, molesto y enfadados. En la subescalas de Alegría. El 65,5% se sintió alegre, caracterizado por sentirse optimista, jovial y contento.

Tabla 5. Indicador de la variable: Ideación suicida

IDEACIÓN SUICIDA	¿HAS PENSADO ALGUNA VEZ QUE LA VIDA NO VALE LA PENA?	¿HAS DESEADO ALGUNA VEZ ESTAR MUERTO	¿HAS PENSADO ALGUNA VEZ TERMINAR CON TU VIDA?
Media	1,71	1,29	1,05
Mediana	2,00	1,00	1,00
Moda	2	2	0
Desv. típ.	1,043	,995	1,011
Varianza	1,087	,990	1,022
Asimetría	-,470	,006	,496
Curtosis	-,889	-1,169	-,918
Frecuencia	Muchas veces 23,8 Algunas veces 42,9	9,5 38,1	23,8 9,5

De acuerdo a los resultados al sumar los tres indicadores se obtuvo que el 19% ha tenido ideación suicida muchas veces y un 30,1% algunas veces en a vida ha tenido pensamientos suicidas caracterizado pro la opinión de que la vida no vale la pena, ha deseado estar muerto y alguna vez a deseado terminar con su vida.

En la subescalas de Ideación Suicida. Se expresó en una media de 1.71 y la desviación estándar es de 1,043. En la segunda pregunta que dice, ¿has pensado alguna vez terminar con tu vida?, la media dio 1.05 y la desviación estándar 1,011. En la tercera pregunta que dice ¿has deseado alguna vez estar muerto? la media fue 1.29 y la desviación estándar ,995.

Tabla 6. Indicador dela variable intento de suicidio
¿HAS INTENTADO SUICIDARTE?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
VALÍDOS	NINGÚN INTENTO	30	71,4	71,4	71,4
	UN INTENTO	12	28,6	28,6	100,0
	TOTAL	42	100,0	100,0	

En la tabla 6 de estadísticos de frecuencia mostró que el 28,6% ha intentado la subescalas de Intento suicida, la media nos dio como resultado ,29 y la desviación estándar es de ,457.

DISCUSIÓN

Al analizar los resultados obtenidos por medio de las escalas y test evaluativos, aplicados a los estudiantes de 15 a 17 años de edad se pudo observar que si

existe una relación entre los trastornos de ánimo y los intentos de suicidio corroborado en los instrumentos que se utilizó para la evaluación.

En otra publicación, se ha descrito la correlación entre estilos parentales según NSE y ubicación geográfica, pudiendo observarse que la ideación suicida es mayor en establecimientos municipales, en comparación con los privados; no hubo correlación estadística entre ciudad y suicidalidad. (Florenzano, y otros, 2011). Es decir, indiferentemente del lugar de ubicación el trastorno de todas formas se presentará.

En la investigación referente a la prevalencia del intento suicida, se muestra, los hallazgos de la presente investigación muestran una prevalencia de intento de suicidio algo mayor que las descritas en las otras publicaciones chilenas que informan prevalencia de vida entre 14,2 y 19% y entre 5,6 y 11% para los últimos doce meses en adolescentes. (Valdivia, Silva, Sanhueza, Cova, & Melipillan, 2015). Cabe recalcar que se hace énfasis en que la población joven es la más afectada, debido al proceso duro que requieren alcanzar para su paso a la vida adulta.

Dentro de la investigación realizada por (Espinoza, Blum Grynberg, & Romero Mendoza, 2009), se plantea que las mujeres muestran un mayor número de incidencia a intentos de suicidio, coincidiendo con los valores mostrados dentro de los análisis gráficos estadísticos.

CONCLUSIONES

Los trastornos del estado de ánimo, son una amplia gama de los caracteres de los seres humanos, con variaciones constantes de las emociones que influyen negativamente en la conducta normal de los seres humanos.

El suicidio por su parte dentro de los países subdesarrollados como Ecuador se ve presente en mayoría, debido a que factores como el desempleo, la pobreza, la falta de educación y valores genera ideas que perturban la normalidad del desarrollo de la vida. Factores detonantes como los trastornos del estado de ánimo influyen de manera directa en el vivir cotidiano de los sujetos, aturdiendo las ideas y convirtiéndoles en blancos fáciles para posibles suicidios.

Según la investigación realizada, las mujeres tienden a tener una alta escala de suicidalidad; dentro de la adolescencia. En su mayoría de los encuestados no se presentan porcentajes mayoritarios de intento de suicidio, sin embargo, si existe un porcentaje minoritario que es señal de alarma en el establecimiento educativo.

RECOMENDACIONES

Se recomienda, guardar la calma ante las situaciones estresantes del día a día, sin perder el control de la situación para desactivar conductas inapropiadas y repetitivas en el futuro.

Las ideas perturbadoras deben ser trabajadas desde una perspectiva de poseer un autocontrol y fuerza de voluntad para cambiar ese estado, no estaría demás acudir a un profesional quien por medio de análisis y diagnósticos; entregue una perspectiva mas confiable. Las familias, las instituciones, a cargo de los menores deben tomar cartas en el asunto; para realizar constantes seguimientos que permitan al estudiante sobresalir de la depresión, trastornos emocionales o momentos difíciles para proliferar la vida.

Las amas de casa, deben trabajar constantemente en su autoestima, autoevaluación y sobre todo en su bienestar ya que son uno de los pilares fundamentales en el grupo primario de apoyo.

El gobierno y las instituciones educativas, deberían lanzar campañas de prevención por medio de la concientización social. Para mejorar la calidad de vida de todos y todas.

REFERENCIAS

- Boeree, J. (2006). PSICOLOGIA GENERAL Trastornos del Estado de Animo. *Psicología Online*.
- Chaisan, R. (23 de 11 de 2012). *Escuela de Psicología Grupal y Analisis Institucional*. Recuperado el 11 de 07 de 2017, de Teoría de la Enfermedad Única de Pichon-Rivière: http://www.psicologiagrupal.cl/escuela/index.php?option=com_content&view=article&id=323:teoria-de-la-enfermedad-unica-de-pichon-riviere-roberto-chaisan-q&catid=43:articulos&Itemid=69
- Dijon Vasseur, J. (05 de 2005). *monografias.com*. Recuperado el 24 de 08 de 2017, de Los Trastornos del Estado de Animo: <http://www.monografias.com/trabajos33/trastornos-animo/trastornos-animo3>.

- shtml
- Ecuavisa. (2016). Cifra de suicidios en el país asciende a 789, según Dinased. *Ecuavisa*, 1.
- El prado Psicólogos*. (s.f.). Recuperado el 24 de 08 de 2017, de Psicoterapia breve para una ayuda eficaz: <http://www.elpradopsicologos.es/depresion/ inestabilidad-emocional/>
- Espinoza, J., Blum Grynberg , B., & Romero Mendoza, M. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud Mental*, 317-325.
- Florenzano, R., Valdes, M., Caceres, E., Santander, S., Aspillaga, C., & Musalem, C. (2011). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Revista medica de chile*, 1529-1533.
- MedlinePlus. (10 de 02 de 2017). *MedlinePlus*. Recuperado el 11 de 07 de 2017, de MedlinePlus: <https://medlineplus.gov/spanish/mooddisorders.html>
- Organizacion Mundial de la Salud. (2010). *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud*. Washington.
- Organizacion Mundial de la Salud. (03 de 2017). *Organizacion Mundial de la Salud*. Recuperado el 24 de 08 de 2017, de Suicidio: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- Saenz , J. (2001). *ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO (EVEA)*. Madrid.
- Salvo, L., Melipillan , R., & Castro , A. (2009). Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 16-23.
- Universidad Complutence Madrid. (1974). Escala de Desesperanza de Beck. *Proyecto de Apoyo a la Evaluacion Psicologica Clinica*, 2.
- Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F., & Melipillan, R. (2015). Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *departamento de Psiquiatría y salud Mental, Facultad de Medicina, universidad de concepción. chile*, 9.
- Vasquès Fernandez, M., Muñoz Moreno, M., Fierro Urturi, A., Alfaro Gonzales, M., Rodriguez Molinero, L., & Bustamante Marcos, P. (2013). Estado de ánimo de los adolescentes y su relación con conductas de riesgo y otras variables. *Pediatría Atencion Primaria*, 75-84.
- Vasquez, C., & Sanz, J. (1995). Trastornos del Estado de animo (I). *Clinica, Diagnostico, Curso, Epidemiologia*. Madrid.
- Vasseur, J. C. (05 de 2005). *monografias.com*. Recuperado el 11 de 07 de 2017, de Los Trastornos del Estado de Ánimo: <http://www.monografias.com/trabajos33/trastornos-anim/trastornos-anim3.shtml>