



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS EN LA
EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA:

**Relación de la depresión con los pensamientos suicidas en
el adolescente.**

AUTORAS:

**Costales Cedeño, Shaskia Carolina
Moreno López, María Paulina**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Licenciada en Psicología Clínica**

TUTORA:

Psi. Cl. Colmont Martínez, Marcia Ivette, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

6 de septiembre del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS EN LA EDUCACION
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Costales Cedeño, Shaskia Carolina; Moreno López, María Paulina**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTORA:

f. _____

Psi. Cl. Colmont Martínez, Marcia Ivette, Mgs.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Psi. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs.

Guayaquil, a los 6 días del mes de septiembre del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS EN LA EDUCACION
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Costales Cedeño, Shaskia Carolina;**
Moreno López, María Paulina

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Relación de la depresión con los pensamientos suicidas en el adolescente**, previo a la obtención del título de **Licenciada en psicología clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 6 días del mes de septiembre del 2023

LAS AUTORAS:

f. _____

Costales Cedeño, Shaskia Carolina

f. _____

Moreno López, María Paulina



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS EN LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Costales Cedeño, Shaskia Carolina**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Relación de la depresión con los pensamientos suicidas en el adolescente**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 6 del mes de septiembre del año 2023

LA AUTORA:

f. _____
Costales Cedeño, Shaskia Carolina



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS EN LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Moreno López, María Paulina**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Relación de la depresión con los pensamientos suicidas en el adolescente**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 6 del mes de septiembre del año 2023

LA AUTORA:

f. _____
Moreno López, María Paulina



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS EN LA EDUCACION
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLINICA

INFORME COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

Relación de la depresión con los
pensamientos suicidas en el
adolescente

2%
Similitudes



5% Texto entre comillas
< 1% similitudes entre comillas
< 1% Idioma no reconocido

Nombre del documento: shaskia.costales_maria.moreno.doc
ID del documento: f3dc451ff885b26cbd0dbf988249ce37276d51b2
Tamaño del documento original: 1,7 MB
Autores: María Paulina Moreno López, Shaskia Costales, María Moreno

Depositante: María Paulina Moreno López
Fecha de depósito: 28/8/2023
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 28/8/2023

Número de palabras: 22.683
Número de caracteres: 150.849

TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: Relación de la depresión con los
pensamientos suicidas en el adolescente

AUTORAS:

Shaskia Carolina, Costales Cedeño; María Paulina, Moreno López

INFORME ELABORADO POR:

f. _____

Psic. Cl. Colmont Martínez, Marcia Ivette Mgs.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por haberme permitido culminar otra etapa más de mi vida.

A mi Tío José por orientarme en todo, a mi abuelita Irene por su apoyo en cuanto a la carrera que escogí y en el aconsejarme de lo buena que es mi profesión.

A mi tutora Marcia por su guía durante el proceso, paciencia, comprensión y conocimientos en base a nuestro tema.

A mis mejores amigos Andrés, Diego y Mario, a mis amigas Romina, Carla por haberme dado consejos, amistad y apoyo desde el momento que los conocí durante mi etapa universitaria.

A mi amigo Richard a quien conozco desde hace 9 años por haber estado conmigo en las buenas y en las malas y al hacerme entender sobre lo que era bueno o malo para mí y que la vida no es siempre color de rosas y que como persona me ha hecho cambiar en muchas cosas.

María Paulina Moreno López

Primero agradezco a mi abuelo que ha sido y es la mejor enseñanza de vida y de amor en mi crecimiento, mi madre que me ha enseñado que nada es imposible y todo se puede, mi padre que me ha inculcado valores y amar a los demás, a nuestra tutora Marcia Colmont, que nos ha guiado y enseñado en todo este proceso, Mayra Noriega que ha sido un apoyo incondicional en esta carrera y a mi tía Martha Cedeño que ha sido y es una ayuda para cumplir una meta más.

Shaskia Carolina Costales Cedeño



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mi familia. En especial a mis abuelitos de parte de padre y a mi papa por todo su esfuerzo para que siga adelante en mis estudios, sin ellos no hubiese sido posible.

María Paulina Moreno López

Para mi abuelita María Teresa, mi ángel y mi motivación, que todo lo bueno que me pase te llegue hasta al cielo.

Shaskia Carolina Costales Cedeño



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS EN LA EDUCACION
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

PSIC. ESTACIO CAMPOVERDE, MARIANA DE LOURDES, MGS
DECANA O DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

MARTINEZ ZEA, FRANCISCO XAVIER, MGS.
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

PSIC. ALVAREZ CHACA, CARLOTA CAROLINA, MGS
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS EN LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACIÓN

NOTA: _____

NOTA: _____

ÍNDICE

Introducción.....	2
Capítulo 1.....	6
La adolescencia.....	6
Definición de la adolescencia.....	6
Características del comportamiento de un adolescente.....	7
Cambios que se dan en la adolescencia.....	9
Etapas de la adolescencia.....	10
Capítulo 2.....	12
La depresión en adolescentes.....	12
Adolescentes con depresión.....	12
La depresión como causa de los pensamientos suicidas.....	13
Relación entre depresión y conducta suicida en el adolescente.....	15
Apoyo social y conducta suicida del adolescente con depresión.....	17
Capítulo 3.....	23
El pensamiento suicida en los adolescentes.....	23
El pensamiento suicida en relación a la depresión del adolescente.....	23
Aspectos psicológicos del pensamiento suicida en el adolescente.....	25
Factores de riesgo por la cual el adolescente tiene pensamientos suicidas.....	28
Incidencia en la conducta suicida del adolescente.....	30
Capítulo 4.....	33
Metodología.....	33
Método:.....	33
Enfoque:.....	33
Paradigma/modelo:.....	34
Técnica:.....	34

Instrumento:	35
Población	35
Capítulo 5.....	38
Presentación y Análisis de Resultados.....	38
Presentación de resultados de entrevista a especialistas en psicología clínica	38
Conclusiones.....	48
Referencias	51
Anexo	60

ÍNDICE DE TABLA:

Tabla 1. Operacionalización de variables.....	36
---	----

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como finalidad recabar información para conocer acerca de la relación de la depresión con los pensamientos suicidas en los adolescentes, ya que constituye un problema de salud a nivel mundial debido a su alta tasa de casos de depresión en adolescentes, esta investigación propone indagar acerca de la relación entre la depresión y las ideas suicidas para tener en consideración estrategias de prevención, realizando intervenciones adecuadas que puedan abordar y modificar aquellos pensamientos e ideaciones suicidas, que en muchos casos llegan al suicidio. El objetivo principal fue analizar la relación de la depresión con los pensamientos suicidas en los adolescentes para identificar cómo incide este trastorno del humor en dichos pensamientos, por medio de una revisión bibliográfica y entrevistas semiestructuradas a especialista en Psicología Clínica. El método que se eligió para la realización de este trabajo de investigación fue el descriptivo, el paradigma interpretativo en relación al enfoque cualitativo por medio de una revisión bibliográfica como técnica y por medio de entrevistas semiestructuradas como instrumento, los cuales permitieron obtener experiencias, conocimientos y perspectivas en profundidad para complementar la información encontrada en la literatura. En base a los resultados de la revisión bibliográfica se pudo analizar sobre el cómo se percibe la conducta de un adolescente con depresión y cómo puede llegar a tener pensamientos suicidas, por medio de las entrevistas se pudo comprender sobre las características de un paciente adolescente depresivo que tiene pensamientos suicidas que llegan a tener conductas suicidas, ya sea porque muchas personas como el ambiente familiar, social llegan a ser afectados para el adolescente.

Palabras clave: depresión; pensamientos suicidas; adolescencia; conducta suicida; aspectos psicológicos; factores de riesgo.

ABSTRACT

The purpose of this work was to gather information to learn about the relationship of depression with suicidal thoughts in adolescents, since it constitutes a health problem worldwide due to its high rate of cases of depression in adolescents, this research proposes inquire about the relationship between depression and suicidal ideation to take prevention strategies into consideration, carrying out adequate interventions that can address and modify those suicidal thoughts and ideations, which in many cases lead to suicide. The main objective was to analyze the relationship of depression with suicidal thoughts in adolescents to identify how this mood disorder affects said thoughts, through a bibliographic review and semi-structured interviews with a specialist in Clinical Psychology. The method that was chosen to carry out this research work was descriptive, the interpretive paradigm in relation to the qualitative approach through a bibliographic review as a technique and through semi-structured interviews as an instrument, which allowed obtaining experiences, knowledge and in-depth perspectives to complement the information found in the literatura. Based on the results of the bibliographic review, it was possible to analyze how the behavior of an adolescent with depression is perceived and how he can have suicidal thoughts, through the interviews it was possible to understand the characteristics of a depressed adolescent patient who have suicidal Thoughts that lead to suicidal behaviors, either because many people, such as the family or social environment, become affected for the adolescent.

Keywords: depression; suicidal thoughts; adolescence; suicidal behavior; psychological aspects; risk factors.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un tema del cual no se habla abiertamente, sin embargo, los pensamientos o ideas suicidas se refieren al acto de pensar o planificar un suicidio, el cual se puede ir creando en un plan detallado sobre la forma y momento en que se lo quiere realizar, pero no incluye necesariamente el acto final de quitarse la vida por completo. Durante la etapa de la adolescencia se desarrollan con mayor frecuencia ciclos de comportamiento en los cuales al tener que enfrentarse a constantes desequilibrios emocionales aumenta la posibilidad de validar ciertos trastornos de conducta como acoso, agresión física y discusiones excesivas. Entonces, si se presenta en un paciente con un trastorno de tipo depresivo, en algunos casos puede dar como resultado un incremento de intensidad y frecuencia en las conductas autodestructivas. La repercusión en esta fase es alta por ser una etapa de desarrollo psicofísico en la que se producen diferentes cambios como los hormonales, de pensamientos y sentimientos que van generando confusiones, temor e incertidumbre. Según la Organización Mundial de la Salud (2013) la depresión se define como “un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

La totalidad de estos síntomas tienen un impacto negativo en las actividades diarias, y afecta al adolescente tanto en la vida personal como en la escolar, ya que influye en el deseo de aprender, disminuyendo el interés por el aprendizaje y perjudicando su desarrollo académico. Por tanto, este tema representa un problema que requiere mayor investigación y el presente trabajo pretende investigar los factores que contribuyen a las ideas suicidas en esta población, especialmente durante este periodo de la vida, en el que la búsqueda de identidad puede desencadenar crisis emocionales.

Como dominio de la investigación se relaciona con el dominio 5: Educación, comunicación, arte y subjetividad, porque está vinculado con el aprendizaje, salud, la cultura, además hay una diversidad como un componente en el desarrollo humano. En relación al plan de creación de

oportunidades, esta investigación se orienta con el eje social con el objetivo 6 que se trata de garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad, ya que cuyo objetivo busca analizar y construir propuestas de intervención que brindan ayuda psicológica para aliviar al adolescente de dichas conductas suicidas.

Esta investigación trata acerca de la relación de la depresión con los pensamientos suicidas del adolescente y cómo se manifiesta esta problemática en las relaciones sociales, familiares, entre otras, para elaborar este trabajo de investigación y lo que se ha investigado del tema, relacionamos las preguntas que han sido planteadas y se ha realizado la siguiente pregunta general: ¿Cuál es la relación de la depresión con los pensamientos suicidas en el adolescente?, para esto también desarrollamos las siguientes preguntas específicas: ¿Cómo se da la depresión en el adolescente?, ¿Qué características tienen los pensamientos suicidas?, y por último, ¿Qué aspectos de la depresión se relacionan con los pensamientos suicidas en el adolescente?.

A partir de las preguntas se exponen los objetivos, ya que como objetivo general de esta investigación se da en analizar la relación de la depresión con los pensamientos suicidas en los adolescentes para identificar cómo incide este trastorno del humor en dichos pensamientos, por medio de una revisión bibliográfica y entrevistas semiestructuradas a especialista en Psicología Clínica, y en base a este objetivo se plantearon los siguientes objetivos específicos: objetivo 1 definir qué es la adolescencia por medio de fuentes bibliográficas, objetivo 2 identificar la depresión en el adolescente por medio de una revisión de fuentes bibliográficas y finalmente el objetivo 3 caracterizar los pensamientos suicidas por medio de una revisión de fuentes bibliográficas.

Este trabajo de investigación es interesante debido a que los pensamientos suicidas en adolescentes causados por depresión son un tema a nivel social, del cual tenemos una población de diferentes instituciones que cuenta con experiencia en tratar con estos casos para poder abordarlo y así obtener los diferentes puntos de vista en base al tema.

Dentro del ámbito cultural, social, científico y académico es necesario hablar porque sirve para entender cómo los pensamientos suicidas del adolescente causados por depresión influyen en el entorno social o familiar e incluso en las dificultades que presentan a nivel académico. De esta manera se puede obtener conocimiento sobre esta problemática que afecta a muchos adolescentes a nivel global y que se ha dado en todo momento, pero no en todos los casos en base a lo mencionado por los profesionales entrevistados, y por lo tanto los psicólogos profesionales podrán hacer una prevención y una intervención hacia los adolescentes incluyendo a sus padres por si se lo requiere.

En base a la metodología, para esta investigación se empleó el enfoque cualitativo donde se aplicaron como técnicas la revisión bibliográfica y las entrevistas semiestructuradas a profesionales en psicología clínica, a su vez como población en instituciones como en el hospital, universidad católica Santiago de Guayaquil y fundaciones , lo cual nos ha permitido tener una perspectiva acerca del tema de la depresión con relación a los pensamientos suicidas del adolescente, que han llegado a entender mejor el tema y cómo tratar esta situación, además nos brindó conocimiento y experiencia de cada entrevistado y con los resultados obtenidos el paradigma interpretativo para comprender e interpretar los diferentes puntos de vista en base al tema planteado.

Lo que corresponde el capítulo 1 es refiriéndose a la respuesta del primer objetivo específico, se desarrolla mediante páginas bibliográficas de autores que consta del tema en torno a la adolescencia, se centra una explicación acerca de los conceptos del adolescente, como definición de la adolescencia, características del comportamiento de un adolescente, los cambios que se presentan como fisiológicos, cambios psicológicos, cambios sociales y cambios emocionales, también se explicará en las etapas de la adolescencia como la adolescencia temprana, adolescencia media o intermedia y adolescencia tardía, con el objetivo de entender el funcionamiento y características de ellos.

A partir del segundo capítulo, que corresponde al segundo objetivo específico podemos observar que se ha investigado todo lo que se refiere en depresión en adolescentes como la depresión como causa de los pensamientos suicidas, relación entre depresión y conducta suicida en el adolescente, también se centrara para ser explicado en apoyo social y conducta suicida del adolescente con depresión.

Finalmente, para responder el tercer objetivo, con respecto al tercer capítulo y para terminar el marco teórico, nos referimos a el pensamiento suicida del adolescente, para esto abordaremos también aspectos psicológicos del pensamiento suicida en el adolescente, factores de riesgo de los pensamientos suicidas en la adolescencia e incidencia en la conducta suicida del adolescente.

La finalidad de este trabajo para desarrollarlo con éxito, se llevó a cabo las prácticas del preprofesionales en un hospital y una fundación que han nos han permitido acercarnos a adolescentes que tienen pensamientos suicidas y al trabajar con estos casos, se ha encontrado fascinación por este tipo de problemática y sed de conocimiento y cómo llevarlo a cabo, es por esto que hemos decidido estudiar e investigar más acerca del tema.

Llevar a cabo esta investigación nos permite tener conocimientos acerca del tema de los pensamientos suicidas en el adolescente y sus principios, las características y las causas por las cuales lo tienen. Es decir, que, si realizamos entrevistas a profesionales, podremos adquirir información importante y relevante que nos permita llenar de conocimientos para sustentar la investigación realizada. Se ha considerado que este tema es de mucho interés ya que los pensamientos suicidas en los adolescentes es un tema global y social, y podremos abordarlo con conocimientos interesantes porque contamos con personas profesionales que han tenido experiencia con esto.

CAPITULO 1

La adolescencia

Definición de la adolescencia

La organización mundial de la salud define adolescencia como la fase de crecimiento que se produce posterior a la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Independientemente de la dificultad para definir un rango específico de edad, es fundamental el valor adaptativo, funcional y decisivo que tiene esta etapa.

En la adolescencia uno se siente niño y adulto al mismo tiempo, sin embargo, sabemos que no es ni una cosa ni la otra. Esta transición es permanente, pasar de ser niño y depender del mundo adulto para absolutamente todo, a ser joven y empezar a llevar su vida con responsabilidades (OMS, 2015).

Además, la adolescencia está acompañada de intensos cambios físicos, emocionales, psicológicos y sociales. Desde la perspectiva biológica es la etapa más sana de la vida y la mayoría de los adolescentes pueden sentirse sanos. No obstante, es una etapa de riesgos grandes, porque la mayoría de los conflictos y necesidades de salud del adolescente se expanden a la edad adulta, es decir a veces el uso de drogas, de salud mental, obesidad, conductas sexuales arriesgadas, violencia, embarazos, problemas de nutrición, y pueden tener una repercusión en su estilo de vida y salud futura.

Existe un rango amplio de normalidad en la conducta y en el desarrollo psicosocial. La adolescencia, establece una etapa puente, en donde se abandonan actitudes y conductas infantiles para formar la identidad de un individuo joven. En la adolescencia podemos ver que también es la etapa de alto conflictos con los padres, porque tienen deseo de contradicción. Se hacen más independientes, con personalidad y sus propios intereses, aunque los padres aún son muy importantes. Empieza la aceptación de sus cuerpos y tienen interés por hacerse más atractivos a sí mismos. Es

importante tener precaución porque son muy sensibles a los mensajes en las redes sociales.

Además, la adolescencia es una etapa de mucha interacción y relaciones sociales con los amigos, cambian su forma de vestir, y se alejan un poco de su familia. Comienzan, también las relaciones heterosexuales, y se incrementa su capacidad creativa e intelectual. La finalidad no es tan idealista y se van dando cuenta sus limitaciones. Podrían cambiar su autoestima. También aparecen los sentimientos de inmortalidad y omnipotencia que conllevan a conductas de riesgo: drogadicción, embarazos, accidentes, etc.

En la adolescencia se despliegan un grupo de cambios corporales que se dan desde el crecimiento físico hasta los neuroendocrinos que ponen en camino cambios corporales que terminan en la consolidación de un cuerpo adulto y facilitan la aparición de los caracteres sexuales que se diferencian en el hombre y en la mujer. Hay apariciones de la capacidad genésica y reproductiva con la menstruación y la primera emisión seminal. Estos cambios están acompañados por el desarrollo de los deseos sexuales, con una intensidad que se desconoce hasta ese momento y que forman uno de los elementos más complicados de asimilar emocionalmente (Lillo, 2004).

Este grupo de cambios físicos reciben la determinación desde la perspectiva biológica de la pubertad. Y también cambia la ubicación social del adolescente que pasa de la infancia como fase determinada del ciclo de la vida a una nueva, aunque poco específica y de límites menos precisos y variables según el contexto cultural. En esta fase social es transitoria y no tiene la delimitación tan precisa como la como la podrían tener otras.

Características del comportamiento de un adolescente

La principal característica del comportamiento de los adolescentes es que no es el mismo que conocíamos cuando eran niños. la adolescencia se vuelve en una etapa de transición por lo cual los límites no están definidos, el niño llega a este estado y no sabe cuánto tiempo dura, ni que puede o debe hacer todavía.

La sociedad y la familia no definen tampoco esta indeterminación, ya que no se espera lo mismo de los niños que de los adultos, y la adolescencia en la actualidad se encuentran entre ambos mundos. aquellos adolescentes el pasado ya no vale nada para ellos, porque consideran que han dejado de ser niños, sin embargo, el camino de la responsabilidad, la independencia económica se ve muy lejos para ellos, entonces qué pueden hacer?

Las características fundamentales del comportamiento del adolescente son:

- Sostiene una conducta distante y menos cariñosa hacia su familia
- Quiere cambiar las normas de todo.
- Se mantiene absorto la mayoría de las ocasiones
- Evita las responsabilidades impuestas.
- Tiene un comportamiento negativo hacia las personas, y muchas veces hacia uno mismo.
- Tienen más interés en los amigos.
- Tomas sus mismas decisiones siguiente sus criterios
- Tiene falta de motivación, lo que podría verse reflejado en sus resultados académicos.
- Vive expuestos a cambios grandes emocionales, muchas de veces de manera agresiva (Características del comportamiento típico de un adolescente, s.f.).

Este cambio hacia la madurez es más largo y fuerte en cada generación por la clase de sociedad en la que vivimos. desde el punto de vista biológico ya pueden desarrollar actividades laborales, sexuales, o funcionales como cualquier adulto. este acontecimiento implica tener personas físicamente maduras que dependen aún de sus familias y no tienen responsabilidades importantes, no obstante, no todo podría consistir en el sueño de afrontar descubrimientos extraordinarios, porque les genera demasiada frustración el no poder definir su identidad claramente, o creer que estaba definida y descubrir que no ha sido así (Gómez et al., 2022).

Además, otras de las características fundamentales del comportamiento del adolescente es que ellos pueden reaccionar con irritabilidad e

inseguridad ante todas las situaciones mencionadas, sin embargo, estos sentimientos no deberían ser un gran problema si los padres no mantienen un nivel de calma y una comunicación adecuada con ellos.

Podría ayudar a usar los mismos canales de comunicación que ellos utilizan, ya que de esa manera conoceremos puntos de vista de sus vidas hasta ahora que permanecen ocultas y podrían comenzar una comunicación efectiva. Tenemos que entender que están pasando por la época en la más ayuda necesitan, aunque es la etapa que más la rechazan.

Los adolescentes ya han dejado de ser esos niños que se ajustan al gusto de sus padres. Además, en el transcurso de la adolescencia los cambios hormonales y físicos les ocasionan sentimientos y sensaciones desconocidos, y con estas novedades los adolescentes pocas veces reciben consejo o información de sus padres por vergüenza o miedo, sino que lo hará entre su círculo de relación social.

Cambios que se dan en la adolescencia

Guzmán (2017) plantea que en la adolescencia se dan los siguientes cambios: Fisiológicos, psicológicos, sociales y emocionales.

Cambios Fisiológicos: Alcanzan su capacidad reproductiva. Cambios hormonales por su influencia (espermatozoides y óvulos).

Cambios Psicológicos: Manera diferente de abordar los problemas y entender la realidad y la vida. Experimentan cambios en la forma de ser y pensar, no aceptan tan fácilmente todo lo que dicen los adultos por lo que se sienten incomprendidos y prefieren escuchar opiniones de su círculo social que no siempre suelen ser buenos consejos.

Cambios sociales: La relación de amistad con personas del mismo sexo les ayuda a identificarse con ellos mismos y eso les permite conocerse mejor. Los amigos toman el rol más importante que la familia.

Cambios emocionales: Se dan en el pensamiento abstracto, tranquilidad intelectual: (organización de los conocimientos adquiridos, buena capacidad de memorización), les interesa investigar todo y aprender, trabajar y

participar, les gusta agradar a los demás y en ellos les gusta ser aprobados (p.8-12).

Etapas de la adolescencia

En base a las etapas se menciona que existen tres, sin embargo, cada autor plantea un significado diferente para cada una, lo cual se mostraran a continuación mediante un cuadro comparativo.

Adolescencia temprana: Abarca aproximadamente desde los 10 u 11 años hasta los 14. Se caracteriza fundamentalmente por el inicio de la pubertad, donde se producen los grandes cambios físicos, que afectan al crecimiento y maduración sexual (Rubio, 2021, párr. 3).

De acuerdo a la OMS, la adolescencia temprana comprende el primer periodo de la adolescencia y se inicia con la pubertad alrededor de los 10 o 11 años. Se caracteriza por varios niveles como el físico (pubertad y madurez sexual), psicológico (desarrollo del pensamiento formal), social (proceso de socialización, desarrollo de nuevas relaciones) y emocional (conflictos emocionales) (Sanchis 2020, párr. 9).

Adolescencia media o intermedia: Entre los 15 y los 17 años. Caracterizada, sobre todo, por los conflictos familiares, debido a la importancia que adquiere el grupo (Rubio, 2021, párr. 4).

De acuerdo a la OMS este periodo se inicia alrededor de los 14 años y se caracteriza porque el adolescente empieza a sustituir la relación con sus padres, como modelos de referencia, por la relación con su grupo de referencia. En este periodo se suelen dar los mayores conflictos con la familia, resultado de esa desidentificación junto a la aparición de conductas de riesgo causadas por la influencia de los grupos de iguales (Sanchis, 2020, párr. 9).

Adolescencia tardía: Desde los 18 a los 21 años. Caracterizada por la reaceptación de los valores paternos y por asumir las tareas y responsabilidades propias de la edad adulta (Rubio, 2021, párr. 5).

De acuerdo a la OMS la adolescencia tardía se da desde los 17 años hasta los 21 aproximadamente. En esta etapa, el adolescente va recuperando progresivamente el equilibrio a través de la aceptación, asimilación y resolución de los cambios y conflictos vividos (Sanchis 2020, párr. 9).

CAPÍTULO 2

La depresión en adolescentes

Adolescentes con depresión

Entre el 10% y el 12% de los adolescentes que tienen pensamientos suicidas también sufren de depresión y es un problema de salud muy grave, los pensamientos suicidas “son instancias donde una persona se imagina o planifica su suicidio, las ideas pueden ser planes concretos de acción o, incluso, la idea de dejar de existir” (Mirales & Cabrera, 2023). No se trata de que el adolescente se sienta deprimido por un corto período de tiempo, sino que sienten una profunda sensación de desesperanza, preocupación por diversas situaciones e ira que les puede hacer perder el apetito y sentirse como si nunca hubieran nacido, y pueden durar mucho tiempo lo cual pueden provocar en los adolescentes dificultades para llevar a cabo su vida cotidiana con normalidad.

Ya que los adolescentes pueden tener problemas para concentrarse, sentirse desmotivados por los demás y sentirse rechazados, los adolescentes que están deprimidos también pueden experimentar "Anhedonia", una condición que los hace sentir que no están disfrutando de sus vidas en absoluto, lo que los lleva a pensar negativamente y provocar conflictos emocionales y físicos. Por ello, se requieren alternativas que permitan una mejor atención de los problemas de salud mental en la población joven, aun cuando sus necesidades no puedan ser expresadas directamente, ya que también tienen tendencia a tratar de ocultar los síntomas a través de conductas de alto riesgo como los pensamientos suicidas.

Es por ello que la depresión se definiría como “una enfermedad que puede interferir con la capacidad para hacer las actividades diarias, como no dormir bien, relación complicada en la comida, dificultad en el trabajo escolar” (National Institute Health, 2021). Además, la depresión en la adolescencia es un “síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva, considerando que las distorsiones

cognitivas en el análisis y procesamiento de la información son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes” (García, 2021).

En otras palabras, algunos malestares emocionales que pasan desapercibidos para familiares o amigos, como los estados fluctuantes de emociones continuas, el retraimiento social y el desinterés por las actividades académicas, pueden tener un trasfondo que puede verse agudizado por algún trastorno emocional crónico ejemplos de esto se presenta el TDAH, el trastorno de conducta y el trastorno negativista desafiante.

La depresión como causa de los pensamientos suicidas

Los pensamientos suicidas de un adolescente pueden deberse a diversos factores de la vida tales como: las relaciones familiares, dificultades académicas, dificultad con la pareja o en sus relaciones sociales, entre otros. Todos estos, pueden tener como consecuencias que el adolescente sienta soledad, la pérdida de motivación, la fatiga y pensamientos intrusivos, en el cual el suicidio puede ser considerado un problema de salud pública importante que en gran parte puede ser prevenido.

La mayoría de los adolescentes que presentan pensamientos suicidas suelen padecer depresión. Las dos causas principales por lo que un adolescente se deprime son: primero la pérdida del control acerca de su situación vital y sus emociones, segundo la pérdida de motivación positiva de su futuro ante la depresión y los pensamientos suicidas de un adolescente.

Una de las causas más frecuentes es la depresión en los adolescentes que puede llegar a ser unos de los factores de riesgo de carácter psicológico, biológico y ambiental. La sensación de sentirse decaído emocionalmente, triste y perder la motivación e interés de las cosas que antes eran importantes o disfrutaban son síntomas muy comunes de la depresión. Los adolescentes se ven afectados cada día más con este trastorno que tiene repercusión en sus pensamientos, salud física,

sentimientos, emociones y su conducta. Normalmente los adolescentes se ven afectados con depresión y hace que se enfoquen en los fracasos y decepciones, una de las causas que afecta al adolescente con depresión son los pensamientos, más aún cuando hablamos de pensamientos suicidas del adolescente, de tal manera que el adolescente es incapaz de ver la forma de superarla a tal punto de llegar a realizarse autolesiones y en algunos casos llegan al suicidio.

La depresión para ellos es un montón de distorsión de pensamientos, por eso los adolescentes que tienen depresión no se dan cuenta que el suicidio es una salida o solución definitiva a un problema que es temporal, un adolescente con depresión podría sentir que no hay ninguna solución o una forma de escapar de sus problemas o pensamientos intrusivos, de sanar el dolor emocional o de tener comunicación de su desesperación y su infelicidad profunda (Van Egmond M., Diekstra, R. F. W. 1988).

Los adolescentes deprimidos se consideran frustrados, desgraciados, rechazados por la sociedad, castigados, humillados, miran su futuro sin esperanza, todo esto y más causas los llevan a tener pensamientos suicidas y su conducta puede incrementar si no buscan ayuda terapéutica.

Al tener un adolescente pensamiento suicida por efecto de la depresión, esto hace que vean el mundo totalmente negativo y complicado hasta el punto de llegar a distorsionar la realidad, se enfocan únicamente en los aspectos negativos de la vida y en los positivos que no les dan importancia o ven como si no existieran. Además, rechazan todas las opciones mínimas que se les ofrecen para intentar resolver su problema, porque ellos están convencidos de que no hay ninguna solución. Los adolescentes deprimidos comienzan a creer que nada los puede calmar y que su dolor va a persistir cada día más y no se acabará nunca y la muerte es la única solución que tienen ellos.

Relación entre depresión y conducta suicida en el adolescente

Hay diversos estudios que investigan acerca de la relación entre depresión y suicidio, por un lado, hay algunos datos disponibles que se centran en la importancia del diagnóstico psiquiátrico de depresión o trastorno afectivo como causa principal de la conducta suicida, y por otra parte algunos trabajos que consideran la depresión un factor que influye en la aparición de la conducta suicida y que tal conducta puede verse minorada o incrementada por la presencia de otros factores. El estudio de la incidencia del trastorno afectivo entre la población suicida conlleva a la teoría implícita de que el suicidio es consecuencia particularmente de un trastorno psiquiátrico. “La conducta autodestructiva y la tendencia a suicidarse es considerado uno de los síntomas primordiales de la depresión” (Alonso & Fernández, 1988).

Beck (1973) “afirma que los deseos de suicidio son como manifestaciones motivacionales de la depresión que relaciona con la intensidad y severidad de la depresión”. Del mismo modo, según Ayuso y Saiz (1981) hablan acerca de la conducta autoagresiva como uno de las principales causas clínicas de la depresión que han surgido como una consecuencia de un sentimiento de desánimo o desesperanza. Aquellos autores reafirman que la conducta autodestructiva puede oscilar desde el deseo fácil de matarse. El momento de mayor riesgo de una conducta suicida entre los adolescentes depresivos tienen lugar al principio del episodio depresivo y al final, cuando empieza a decrecer la inhibición, es decir en el momento de la terapia que se da en el adolescente. Dentro de un tipo de depresión están los alcohólicos, drogadictos y esquizofrénicos que son los enfermos más propensos al suicidio.

El acto suicida se puede entender como un acto impulsivo biológicamente determinado. Sin embargo, Alonso Fernández plantea que, entre los adolescentes depresivos, hay ciertos factores que influyen en la aparición de conductas autodestructivas del adolescente.

Además del diagnóstico de depresión en el adolescente, el alcoholismo es otro factor de los diagnósticos entre los pacientes adolescentes suicidas.

Otro factor es de carácter psicosocial como la calidad de relaciones sociales, y la experiencia de una pérdida temprana de un ser querido. La importancia de hablar sobre el suicidio de adolescente causada por la depresión, Beaumont (1989) "llama la atención acerca de la conveniencia de tomar precauciones a la hora de prescribir un tratamiento farmacológico a los depresivos".

La relación entre depresión y suicidio también se ha enfocado en la población adolescente, ya que han sido demasiados los estudios que comprueban dicha relación. Es decir, se comprueba que la mayoría de las víctimas adolescente de suicidio parecen haber sufrido por lo menos un desorden psiquiátrico importante. Además, la relación entre depresión y suicidio se ha focalizado en la población adolescente un desorden afectivo, desorden de conducta o abuso de sustancias ilícitas. "Por lo menos la mitad de los adolescentes tiene una historia previa de intentos de suicidio o amenazas" (Brent, 1990).

Brent et al. (1990) hace una comparación de un grupo de adolescentes suicidas con desórdenes afectivos con un grupo que es igual diagnosticado, pero no suicida. Hallan que en el grupo suicida el trastorno de depresión hace una aparición más temprana y duerme mucho más. Además, el grupo suicida señala más en las medidas autoadministradas de depresión. Hay observaciones entre los adolescentes que han cometido suicidio mayor de desorden bipolar que entre los adolescentes con intento de suicidio. "En ciertos estudios señalan que la conducta suicida está relacionada con los desórdenes afectivos, sin embargo, no aparecen diferencias con respecto entre los distintos tipos de desórdenes afectivos" (Spalt, 1980).

Las investigaciones señalan que han comprobado que el pensamiento de suicidio en la depresión en los adolescentes es tan común como la depresión adulta. Además, otros autores, en esta misma conclusión al realizar un estudio con el propósito de investigar los síntomas relacionados con la conducta suicida en adolescentes, plantean que en ambos sexos y en todas las edades, el trastorno depresivo y entre otros síntomas propios de la depresión pueden ocurrir con mayor frecuencia en los sujetos suicidas. El

pensamiento suicida del adolescente puede ser un barómetro de la severidad de la depresión.

La conducta suicida se entiende como una parte del cuadro depresivo de los adolescentes, donde algunos estudios afirman que al menos la mitad o más de las adolescentes suicidas muestran evidencia de tener un desorden psiquiátrico, principalmente de depresión o abuso de sustancias y alcohol. No obstante, el hecho de que los personas que se encuentran mayor tiempo con los adolescentes no “calibren” de un modo correcto la existencia de estos trastornos entre grupo de personas, hace que dichos factores de riesgos se enfoquen por debajo de su incidencia real en los suicidios de los adolescentes.

“Se apunta datos que confirman que, de 100 adolescentes hospitalizados consecutivamente tras un intento de suicidio, 92 afirman los criterios de diagnósticos de un desorden depresivo” (Chabrol & Moron, 1988). “Son demasiados los estudios que confirman la relación de desórdenes afectivos, sobre todo de la depresión, con la conducta suicida de adolescentes tanto con el intento como con el pensamiento” (Smith & Crawford, 1986).

Apoyo social y conducta suicida del adolescente con depresión

Se han incluido bajo este punto los estudios y teorías que se consideran la influencia que la situación objetiva, en lo que se refiere a relaciones sociales, tiene en la aparición o no de conductas autodestructivas del adolescente. Se entiende “apoyo social” en sentido amplio. Aún no se conocen investigaciones que relacionen tipos de ayuda denegada o prestada por los miembros del entorno social inmediato del sujeto y conducta suicida de tal sujeto. Se supone que es un ambiente deteriorado, desorganizado, entre otras, brinda al adolescente menos ayuda, sea este del tipo material, informativa, emocional, etc.

Dentro de este grupo de investigaciones se pueden diferenciar dos orientaciones fundamentales. La primera están los teóricos que han considerado que algunas características de la sociedad en general provocan el aislamiento social de los individuos. Y, por otro lado, aquellos que

estudian los tipos de relaciones interpersonales que son propias del entorno inmediato del adolescente, teniendo en cuenta aspectos influyentes tanto en el tipo de salida o solución que el individuo trata para algunas situaciones como en la aparición de desajustes en dicho adolescente.

La orientación del aislamiento social está básicamente defendida por la perspectiva sociológica. Conceptualizan el aislamiento social como un estado en el que los contactos interpersonales y las relaciones están inexistentes o desorganizadas.

Aquella orientación hace énfasis a aspectos como la anomia, la alienación y el aislamiento. “Se ha confirmado que los adolescentes con pensamientos suicidas han tenido menos contactos sociales que los adolescentes no suicidas y que, antes del aislamiento, los suicidas experimentan un número mayor de interacciones negativas” (Maris, 1989).

Su idea principal descansa en el hecho de que los cambios sociales que han vivido en la sociedad actual complican la comunicación y las relaciones sociales. Esta alienación social del adolescente está positivamente relacionada con la conducta suicida. En palabras de Trout (1980):

Se debe concluir que el aislamiento social juega un papel directo en el suicidio. Si el aislamiento social es una condición primaria de los actos suicidas, para prevenir estos actos el individuo tiene que funcionar adecuadamente en las relaciones interpersonales significativas (p.19).

Durkheim (1965) “En cambio apunta que el aislamiento social como una variable que se relaciona directamente con el suicidio. Tanto el suicidio egoísta como el suicidio anómico se derivan de lazos sociales deshechos”.

Se ha aplicado a la familia el concepto de anomia social hecho por Durkheim, hallándose que las familias de los adolescentes suicidas han mostrado una mayor falta de reglas y de autoridad. Los cambios que se han vivido en los últimos años con relación a la concepción de la familia complican el desarrollo de los niños y favorecen conductas tales como el suicidio.

“La alienación podría ser uno de los aspectos más sobresalientes de la sociedad de ahora, que afecta en mayor cantidad a los adolescentes mediante cuatro fuentes de alienación” (Young, 1985). Lo primero, no existe una frontera precisa entre la niñez y la adolescencia. Segundo, el adolescente está social, económicamente y políticamente aislado, sobre todo el adolescente de clase social más baja. En tercer lugar, es la burocratización de la estructura familiar, que deshumaniza las relaciones sociales con función de parámetros socioeconómicos. Y por último la cuarta es el papel de la educación de masas, o sea, la organización burocrática e impersonal del sistema educativo.

“La segunda orientación, es la “alienación ambiental” que se concentra en la investigación de las relaciones interpersonales del adolescente en su entorno social y del tipo de interacción que se establece entre el adolescente y el entorno” (Jacq et al., 1981). La mayor parte de los estudios que se conocen acerca del apoyo social es que el entorno ofrece a los adolescentes que se centra en el círculo familiar. Se considera que el “microcosmos familiar” es el más influyente entre colectivo que favorece o complica su proceso madurativo.

Los factores familiares tienen un importante impacto en la adolescencia ya que, al mismo tiempo que se da la transición física y emocional y el conflicto de roles, el estrés adicional por parte del entorno familiar aumenta la vulnerabilidad del adolescente (Snakkers et al., 1980; Kerfoot, 1987).

Las investigaciones apuntan a las características de las familias a las que pertenecen los adolescentes con conductas suicidas que se compara con los aspectos de las familias a las que pertenecen los adolescentes no suicidas puede ser un modo importante de saber si el ambiente familiar incide o no en la aparición de conductas suicidas entre adolescentes. Se han realizado, pocos estudios empíricos sistemáticos para analizar el funcionamiento familiar de los adolescentes suicidas. El conocimiento que se tiene acerca del tema, viene en gran parte, del trabajo clínico.

Se ha comprobado que las familias de adolescentes suicidas sufren más acontecimientos estresantes por pérdidas o deterioro de relaciones interpersonales que las familias de no suicidas. Se observan los acontecimientos estresantes con relación al suicidio, se puede afirmar que la mayoría suponen un deterioro o una pérdida de apoyo social. Este es el ejemplo de un caso, la separación o el divorcio de los padres, de la muerte de algún familiar cercano, del abandono del hogar de algún familiar, enfermedad psíquica o física de algún familiar, abuso de alcohol y drogas, entre otras. Es cierto que la pérdida parental temprana se ha relacionado con la conducta suicida, el examen de la estabilidad familiar antes, durante y después de la pérdida conlleva a una conclusión fundamental. Si el entorno familiar es desastroso o inestable, la idea suicida, podría llegar a ser considerable para el adolescente. “Por el contrario, si la estabilidad familiar se reconstruye después de la pérdida, la idea suicida podría ser mínima” (Adam et al., 1982).

Estos resultados son una muestra clara del papel del apoyo social pueden trabajar como amortiguador de la depresión o estrés, ante un suceso depresivo por ejemplo la pérdida de uno de los padres, el apoyo social recibido a través de una familia estable previene la conducta suicida. La típica familia del adolescente suicida es caracterizada por la presencia de más episodios depresivos, por un modo de funcionar determinado. Distintas investigaciones han hecho diferentes aportaciones que permiten aclarar el funcionamiento de estas familias.

Se han hallado problemas de relación, enfados, ambivalencias, conflictos interpersonales, rechazos y dificultades de comunicación en el familiar de adolescentes con conducta suicida, hostilidades y violencia según Connell (1972), faltas afectivas e indiferencia, control excesivo, relaciones conyugales conflictivas, carencia de límites generacionales (Pfeffer, 1987), y conflictos de comunicación con los padres. La carencia de apoyo social emocional podría provocar un descenso de la autoestima, y con esto mayor vulnerabilidad al suicidio. Por un lado, las interacciones deterioradas complican el funcionamiento autónomo del adolescente. En el mismo

momento de la crisis suicida los aspectos típicos encontrados en la familia son: incapacidad para aceptar los cambios, roles perturbados, sistema familiar cerrado dominado por un familiar, afectos deteriorados, intolerancia ante la crisis, trastornos en la comunicación.

Con respecto a las características de los mismos padres de los adolescentes suicidas, parece que las madres de estos adolescentes son inmaduras, incapaces de responder de manera efectiva a las necesidades de sus hijos. Los padres están ausentes o son vistos por los hijos adolescentes sin importancia o disgusto. (Margolin & Teicher, 1968)

Se han encontrado problemas emocionales y actitudes negativas entre los padres de los adolescentes suicidas, así como unas técnicas disciplinarias incorrectas e ineficaces, baja autoestima y una mayor depresión, mayor ansiedad, mayor consumo de drogas y mayor frecuencia de pensamiento suicida. Además del conocimiento de los aspectos de las relaciones sociales interpersonal que el adolescente establece con el entorno, no se podrían pasar por alto las aportaciones de los defensores del apoyo social, que consideran fundamental el conocimiento de las redes sociales en las investigaciones del suicidio adolescente. Con respecto a la frecuencia de las relaciones sociales de los adolescentes, número de personas que forman la red social del adolescente, entre otras King et al. (1990) y Pronovost et al. (1990) “comprueban que hay un mayor número de porcentaje de adolescentes suicidas que viven sin uno de los padres y que es posible contactar con una persona de confianza es menor en los suicidas que en los no suicidas”. En resumen, sobre el apoyo social y su relación con la conducta suicida se podría decir que, a nivel general, los aspectos de la sociedad actual favorecen el aislamiento social de los adolescentes, característica que está relacionada positivamente con la cantidad de suicidios.

En específico, se ha comprobado que el estrés familiar se relaciona con el suicidio. Por otro lado, la desintegración del sistema familiar o las que tienen pocas relaciones sociales tienen una expresión a través de la conducta suicida de ciertos miembros de la familia. Un entorno desintegrado ofrece al

adolescente menos apoyo social, principalmente de tipo emocional. Esto podría provocar la llegada de conductas no adaptadas y resoluciones no saludables a acontecimientos conflictivos o deprimentes. Si a estas características sociales se aumentan los factores psicológicos propios del periodo adolescente, parece sencillo entender la conducta autodestructiva.

El establecimiento de unas relaciones estables entre los padres y los hijos adolescentes y de una comunicación correcta puede ayudar a los adolescentes, mediante el apoyo social de enfrentarse con las situaciones estresantes o conflictivas y, de esta forma se puede prevenir, de alguna forma el suicidio. “Los adolescentes con pensamientos suicidas perciben menor la disponibilidad de apoyo familiar, social, global y escolar que los no suicidas” (Dubow et al., 1989).

CAPÍTULO 3

El pensamiento suicida en los adolescentes

El pensamiento suicida en relación con la depresión del adolescente.

El pensamiento suicida se conceptualiza como la acción orientada o preocupación a causar la propia muerte de manera voluntaria. Los pensamientos suicidas se caracterizan por querer quitarse la vida. La conducta suicida se caracteriza en cambio en las acciones que han sido tomadas por alguien que está considerando la causa de su propia muerte (Stanford Medicine Children 's Health, 2023).

Hay una relación entre depresión y suicidio en la población del adolescente, sin embargo, no hay una correspondencia precisa entre ambos. Como se ha dicho, ni los adolescentes depresivos se suicidan, ni todos los suicidas son depresivos, es necesario hacer una investigación sobre la presencia de otros factores que den como fruto a esta relación entre depresión y suicidio. Se ha confirmado que la existencia de intentos de suicidio en pacientes adolescentes con depresión está fuertemente relacionada con un incremento en la tasa de episodios depresivos. Se confirma la existencia de un alto número de acontecimientos entre la aparición del trastorno depresivo y el intento de suicidios, los cuales que han implicado una pérdida de apoyo social pueden tener un papel importante como precipitante del intento, en tanto que la existencia de apoyo social, puede reducir el efecto de tales sucesos y prevenir el intento de suicidio.

Van Egmond y Diekstra (1988) estudian los correlatos de la inclinación al suicidio en una muestra de mujeres adolescentes deprimidas. Las distinciones entre mujeres adolescentes deprimidas suicidas y mujeres deprimidas no suicidas que señalan a las personas suicidas tienen más severidad en la depresión y conducta hacia el suicidio más permisivas que han presentado una historia previa con tendencia al suicidarse.

Dentro del estado mental se pueden considerar ciertos factores tales como la aparición de pensamientos suicidas del adolescente, las esperanzas con respecto al futuro y las razones para vivir. En la valoración del estado

afectivo se debería tener en cuenta si el adolescente sufre un desorden del estado de ánimo y si tiene un diagnóstico de depresión. Finalmente es importante tener en cuenta el contexto psicosocial del adolescente, los factores que están expuestos como el aislamiento social entre otras.

Dentro de esta idea psicosocial del suicidio, que entiende la depresión como un aspecto influyente pero no determinante en la explicación de la conducta suicida del adolescente, si la depresión producida por esta enfermedad se relaciona a distintos factores de vulnerabilidad como la falta de habilidad para resolver un problema, la falta de esperanza en el futuro, la desesperanza, la baja tolerancia al malestar, el riesgo de la existencia de la conducta suicida del adolescente aumenta indudablemente. Se ha confirmado que la depresión es el factor más importante en relación con intento de suicidio y tener pensamientos suicidas del adolescente y que podría ocurrir de eventos estresantes no deseables, por ejemplo, como los resultados negativos de tales eventos son factores que permiten la expresión de cierta vulnerabilidad de manera de comportamiento suicida (Isherwood et al., 1982).

Los pensamientos suicidas de los adolescentes influyen en las variables personales, psicológicas y sociales, se podría tratar de un estudio predictivo con el objetivo primordial de la prevención. Se considera que las personas adolescentes que presentan un grado mayor de ideas o pensamientos suicidas tienen más probabilidades de intentar o cometer suicidio que los pensamientos suicidas y de los factores posibles determinantes que permite la actuación acerca de estos factores, y, en consecuencia, la prevención del suicidio.

Conocer el grado de pensamientos suicidas que presentan los adolescentes de nuestro entorno es complicado a nivel social ya que entender cada conducta suicida del adolescente podría ser extenso. Este acto voluntario de matarse a sí mismo presupone por lado del suicida una concepción de la muerte y la mezcla del deseo consciente de muerte con el acto para llevar este deseo realidad. “De este modo se supone que el objetivo de este acto se relaciona con la muerte” (Shneidman, 1973).

No obstante, como se ha mencionado, el adjetivo de pensamiento suicida en adolescentes es como un abanico de conductas, es decir el problema de la este concepto del suicidio se hace más grande en el momento en que se hace relación a una serie de conductas que no culminan en muerte y que son provocados voluntariamente por el mismo adolescente.

En definitiva, los pensamientos suicidas que sin embargo no producen la muerte del adolescente aún. Dentro de todos estos pensamientos y conductas suicidas los intentos de suicidio son los que ha dado una alta atención por lado de los estudios ya que forman parte de la población viva más cercana a los adolescentes suicidas y, por lo tanto, son el camino más directo de comprender esta problemática de los adolescentes que comenten suicidio.

Además, los intentos de suicidio se diferencian de otras conductas suicidas como son las amenazas y los pensamientos de suicidio. “En este punto se refiere que se aplica el término suicida tanto a los adolescentes que amenazan con suicidarse como a los adolescentes que tienen pensamientos suicidas” (Neuringer, 1974). Según Pokorny (1986) de acuerdo a la clasificación del National Institute of mental Health, señal el termino de “suicidio consumado” para la muerte por suicidio y conductas suicidas, para una teoría de términos con relación a esto. Los pensamientos suicidio podrían inferirse de la conducta, aunque con cautela y mediante de la comunicación del paciente adolescente.

Aspectos psicológicos del pensamiento suicida en el adolescente.

Dentro de los aspectos psicológicos se pueden mencionar los cambios en las relaciones sociales del adolescente que pueden provocar el fin de relaciones sociales íntimas como por ejemplo la separación física de familia o amigos, y el cambio de estatus, además la soledad se puede ir produciendo, debido, a la reducción en el nivel de relaciones sociales reales y a un incremento en el deseo de relaciones por un aumento real de relaciones. Además, la frecuencia y calidad de las relaciones sociales de un adolescente es que hay que hacer énfasis en los aspectos personales que podrían afectar también en la soledad, y que se han considerado aspectos

predisponentes. Según Perlman y Peplau (1981) dividen estos aspectos en: primero en características que reducen la deseabilidad social de una persona, segundo en características personales que influyen en la conducta de la persona en las relaciones sociales desarrolladas y cualidades personales que pueden determinar el modo en que el adolescente reacciona a los cambios en las actividades sociales desarrolladas y por ende influyen en lo afectiva que es la persona evitando minimizar o aliviar la soledad.

Entre los aspectos psicológicos que predisponen a los individuos a la soledad se pueden mencionar la timidez, la autoestima, las habilidades sociales, la similitud y algunos aspectos demográficos, así como algunos antecedentes familiares. Los adolescentes que tienen dificultades en las relaciones sociales o en hacer nuevos amigos, tienen menos probabilidades de tener contactos sociales con éxito, es decir mayor probabilidad de sentirse solos (Brennan, 1986).

La soledad se relaciona de manera recíproca con un nivel bajo de autoestima, un adolescente que tiene bajo autoestima podría no sentirse seguro en las relaciones sociales, y es por esto que las evita. De la misma forma que un adolescente se sienta solo podría atribuir su soledad a sus características, y por consiguiente se autovalora negativamente.

Además de los aspectos psicológicos del adolescente hay que tener en cuenta las características de la sociedad en la que la independencia, la competitividad, entre otras podrían complicar los contactos sociales y favorecer la soledad. Por una parte, las normas sociales han establecido que en cada etapa de la vida es "normal" mantener unas específicas relaciones y al no cumplir esta normativa puede facilitar la soledad.

Kinner et al. (1993) consideran que es probable que los cambios cognitivos derivados de un episodio depresivo que perjudican la capacidad del adolescente para valorar los riesgos o conducta de la vida diaria, lo que podría ser un peligro importante en la etapa de la adolescencia, donde la falta de percepción de los factores de riesgo vital lleva a muchos adolescentes al consumo de sustancias, acciones de peligro, actividad

sexual antes de tiempo, y automutilación como prueba de frustración de sus necesidades. Los adolescentes con conducta problemáticas tales como fumar, uso de sustancias ilícitas, consumo del alcohol, actividad sexual, problemas legales de riesgo es más probable que en la vida adulta se presente trastornos mentales con relación al consumo de sustancias psicoactivas, trastorno depresivo mayor, que actúan como Aspectos psicológicos del pensamiento suicida en el adolescente. “Son precipitantes los pensamientos suicidas y el acto suicida “(Morris, 2008).

Además, los adolescentes que tienen antecedentes de conflicto familiar, pensamientos e intento de suicidio, un patrón de conducta peligrosa para la salud, el cual se relaciona con el concepto de síndrome de conducta problema del adolescente, por la cual recomiendo que en todos los comportamientos de riesgo para la salud tienen los mismos factores sociales y de riesgo. (Campo & cols., 2008, p. 231).

Además, uno de los aspectos psicológicos del pensamiento suicida en el adolescente. podría empezar por los patrones de crianza y en el entorno social. En el sentido familiar, es necesario tener en cuenta como factores de riesgo, la exposición o influencia de actos violentos, el suicidio de un familiar, los factores depresivos que son consecuencia de las necesidades insatisfechas, la exclusión social, la situación inadecuada de la autoridad con sus padres o en general, toda situación de vulnerabilidad que provoca demasiado estrés al interior del sistema familiar y social del adolescente.

En este sentido los adolescentes en riesgo de suicidio son también una serie de conflictos entre el sistema educativo, al que se contradicen a toda costa y la cultura desinhibida, lo cual perjudica en el establecimiento de una relación conflictiva con los padres, autoridades del colegio, y otros adolescentes, y que normalmente se relaciona a conductas conductas ansiosas como el bullying, consumo de alcohol, irritabilidad, actitud desafiante, etc. Por otro lado, de estos aspectos hace referencia a estados depresivos como el tener pocos amigos, aislamiento, pensamientos

negativos, actitud negativa, problemas para el desapego, dificultades sociales.

Factores de riesgo por la cual el adolescente tiene pensamientos suicidas

“Los factores predisponentes que pueden desencadenar un acto suicida y él para suicidio como acto no habitual, con un fin no fatal, que es iniciado y realizado por una persona suicida, con un resultado no mortal, que provoca autolesiones” (Cañón & Parra, 2018). La persistencia de emociones negativas, acompañadas frecuentemente de pensamientos irracionales que hacen que el adolescente puede presentar un estado de disociación, que son conductas que provocan la ideación suicida que se manifiesta en la adolescencia, ya que estos comportamientos ponen en peligro sus vidas. Los factores de riesgo para la ideación suicida incluyen crisis de identidad, disfunción familiar y problemas de autoestima.

Aguirre & Auquillas (2018) presentan factores de riesgo que se relaciona con el aspecto biológico, psicológico, social y familiar.

Biológicos

Una disminución de los niveles de serotonina aumenta la probabilidad de que el joven no sea capaz de controlar el impulso suicida, lo cual lo vuelve emocionalmente vulnerable y deja impotente e incontrolable al adolescente frente a un conflicto. Esto sucede porque la serotonina regula el humor, y tiene un papel importante en los neurotransmisores, que es un componente esencial de la respuesta neurobiológica (Cyrulnik, 2014).

Se da la existencia de un neurotransmisor, es decir una parte en el cerebro que controla tanto el humor y los estados de ánimo que es la serotonina, cuando la hormona baja el individuo, sobre todo adolescente tiende a no poder controlar sus impulsos suicidas por la que es una de sus causas.

Psicológicos

Se emergen con la personalidad y sugestión. Un tipo específico de personalidad no ha sido fijado para saber quién podría o no manifestar conductas suicidas, la rigidez psicológica, un carácter inmaduro, dificultades para la resolución de problemas y pensamientos negativos son generales en la población con conducta suicida. La sugestión y el aprendizaje conducen a patrones de comportamiento que son imitados por el público, cuando es una celebridad involucrada el colectivo tiende a realizar similar conducta (Vallejo, 1997).

No existe una personalidad única que indique que este tipo de adolescentes puedan desarrollar en algún momento de sus vidas conductas suicidas o actos que lleguen a intentos de suicidio, por ende, es importante tener en cuenta el momento del proceso de evaluación diagnóstica.

Sociales

Los medios de comunicación impuestos por las redes sociales, la exposición a la violencia y el desfase entre lo virtual y lo real, el bullying que pueda sufrir un adolescente que surge a partir de las diferencias o el no cumplimiento de las expectativas social, lo cual puede ocasionar sentimientos negativos que pueden orillar a conductas suicidas, los pares dados por el peso que la presión social imprime en los adolescentes y al mismo tiempo pertenecer a un grupo genera satisfacción, la escuela que se refiere a la interacción profesor-alumno y el cómo desde esa relación se puede identificar el riesgo y el contexto social (Bravo et al., 2018, p.179-181).

En cuanto a este factor los adolescentes son más vulnerables al ser atacados ya sea virtual o presencial , por lo que no siempre se logra cumplir expectativas que los demás quieren, con el fin de que los jóvenes logren entrar a un determinado grupo y así el adolescente sentirse aceptado por tratar de imitar lo que otros hacen y no aislado de los demás, ya que los hace sentir diferentes , e incluso su autoestima baja donde empiezan en el ser negativos y tienen pensamientos sobre el por qué tienen que seguir viviendo en un mundo donde se van a sentir rechazados del todo, dichas conductas les sirven de alternativas para liberarse de todo.

Familiares

Siendo la base fundamental para el desarrollo del adolescente, la familia está cargada de una variedad de factores que conducen al desarrollo de la ideación suicida. Los conflictos, la violencia y las relaciones negativas que se generan entre los miembros de la familia que pueden generar conductas suicidas, ya que, el adolescente experimenta malos tratos, agresiones físicas y sexuales, castigos excesivamente severos o inadecuada delimitación de las normas y reglas de la casa, vive hechos vitales relevantes como la muerte de seres queridos, todos ellos se pueden asociar con conductas suicidas (Florenzano & Cáceres, 2011).

La familia es la base donde el adolescente se desarrolla, ya que recién está empezando a captar ideas de sí mismo y los parientes en algunas ocasiones suelen ser muy estrictos al grado de que llegan a sentirse oprimidos, eso puede causar una depresión, en caso de que sigue aumentando eso puede ser un rumbo directo al suicidio, no solamente por castigo sino algo mucho más severo que son los acosos sexuales, familiares que deja un daño imborrable en la psiquis del adolescente. La pérdida de un familiar también es otra de las causas por las que el adolescente puede entrar en una depresión mayor e incluso en algunos casos puede tener pensamientos de quitarse la vida para estar con esa persona.

Incidencia en la conducta suicida del adolescente

La conducta suicida incide haciendo referencia a los pensamientos de suicidarse o la necesidad de quitarse la vida sobre todo durante la etapa de la adolescencia, mientras que cuando se refiere a un comportamiento o conductas suicidas se definen a estos proceder como hechos concretos ejecutados por quien está preparando su suicidio, por lo que “abarca las actitudes o gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado” (Campos et al.,2004, p.14).

Esta conducta no es propia de una determinada edad o género, pero bajo ciertas circunstancias ocurre con frecuencia en el adolescente, en el cual es importante señalar que la sociedad rara vez defiende conductas suicidas, por el contrario, en ocasiones puede ser aceptada cuando afecta a grupos

de personas que han cumplido la mayoría de edad. Los adolescentes pueden ver esta conducta como una posible solución a sus problemas, pues, no es un acto válido de elección plenamente consciente sino una posición de arrinconamiento forzado de determinadas condiciones adversas que puede estar afrontando.

En algunos casos en esta conducta intervienen: el hacer actividad física regularmente; desarrollar habilidades sociales para mantener relaciones interpersonales, hacer frente a situaciones difíciles como el resolver los problemas y aprender a gestionar las emociones. Es importante contar con un entorno favorable y de protección en la familia, la institución educativa y la sociedad en general.

Gómez et al. (2022) La conducta suicida también tuvo su incidencia en el 2016: con 58 casos, tuvo un aumento en el 2017 de 72 casos. Sin embargo, existe una reducción de 24 casos en el 2018 respecto al año anterior, pero en el 2019 aumentan los casos a 11 suicidios, comportamiento alarmante en ese año y en el 2020 nuevamente se reducen las tasas con una pequeña incidencia de 3 casos menos (p.159-160).

La idea de que el suicidio puede ser un acto libertario de reafirmación en la adolescencia que se sustentaría en otra estrategia cuando asumimos que la ideación suicida(lo que se pensó), la intención(lo que se sintió), la amenaza(lo que se dijo), el gesto/ intento(lo que se hizo) y la muerte (cese de pensar, sentir y actuar) están estrechamente relacionados con el suicidio, entonces es útil definir con precisión qué debe entenderse por "suicidio" para luego definir y comprender las emociones, pensamientos y comportamientos vinculados a él.

La OMS define a la conducta suicida como “la acción mediante la cual el individuo se causa una lesión con la intención real o aparente de morir independientemente del método y del resultado obtenido donde se produzca o no la muerte” (Delgado et al.,2004, p.61). Posteriormente los estudios sobre esta conducta buscan la comprensión de las causas individuales del

por qué los adolescentes cometen suicidios, esta causas favorecen un abordaje de diagnóstico, prevención y tratamiento aproximado a las perspectivas psiquiátricas y psicológicas, buscando explicar la conducta suicida desde el estudio de casos, donde la perspectiva psiquiátrica se basa en que los sujetos comenten el suicidio y presentan una alteración mental o psicopatología , en el cual puede entenderse el suicidio como un síndrome clínico que está relacionado a los trastornos mentales; por ejemplo, está asociado al trastorno depresivo, otros trastornos que se incrementan en las conductas suicidas que son los trastornos del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias, trastornos de la personalidad, trastorno de ansiedad y esquizofrenia.

CAPÍTULO 4

Metodología

Método:

El método que se eligió para la realización de este trabajo de investigación es el descriptivo, el cual según Guevara et al. (2020) “consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas” (p.171). Este método resulta útil en la presente investigación porque permite recopilar información detallada y objetiva, lo que puede ayudar a identificar y describir de manera precisa los síntomas y las manifestaciones del pensamiento suicida en los adolescentes afectados por la depresión. Esto posibilita que se identifiquen patrones y tendencias que podrían no ser evidentes de otra manera. Además, ayuda a explorar cómo el pensamiento suicida se caracteriza en los adolescentes, esto puede proporcionar información valiosa sobre las consecuencias que podría tener en el bienestar social de los adolescentes. Toda esta información puede ser usada para formular estrategias de prevención y tratamiento adecuadas para abordar este problema.

Enfoque:

El enfoque metodológico que se aplicó en esta investigación fue el cualitativo, este “pretende acercarse al mundo de ahí afuera, (no en entornos de investigación especializada como los laboratorios) y entender, describir y algunas veces explicar fenómenos sociales desde el interior” (Del Amo & Blanco, 2015, p.12). A través de este enfoque, se pretende explorar en profundidad la experiencia subjetiva de los adolescentes que experimentan pensamientos suicidas y depresión; esto puede permitir que se analice y se comprenda mejor cómo estos fenómenos afectan a los adolescentes en términos emocionales, cognitivos y sociales; esto por medio de una revisión exhaustiva de la literatura existente sobre el tema. También se pretende obtener las percepciones de otros actores involucrados en el fenómeno, como profesionales de la salud mental; por medio de entrevistas semiestructuradas. En sí, este enfoque es utilizado debido a que se puede

precisar la relación que se da entre la depresión con los pensamientos suicidas.

Paradigma/modelo:

El paradigma o modelo elegido fue el interpretativo- fenomenológico, el cual tiene relación con el enfoque cualitativo, se centra en el estudio de los significados de las acciones humanas y de la vida social. Sandín (2003) plantea que “este paradigma permite comprender e interpretar la realidad, los significados de las personas, percepciones, intenciones y acciones” (p.34). A través de este paradigma se pretende comprender la experiencia subjetiva de los adolescentes y cómo esta da forma a su realidad, por medio de la realización de entrevistas a psicólogos clínicos en relación con su experiencia al tratar estos casos; por ejemplo, de cómo se vuelve la vida del adolescente con trastorno depresivo ante el pensamiento suicida y cómo prevenir dicha conducta.

Técnica:

Las técnicas que se emplearon fueron: La revisión bibliográfica y la entrevista semiestructurada. A través de la revisión bibliográfica se recopiló información relevante de varios autores sobre el tema, lo que permitirá establecer una base teórica sólida para la investigación. Y se eligió también la entrevista semiestructurada, debido a que, presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, pues parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados; su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (Díaz et al., 2013). Por medio de la entrevista se pretende obtener experiencias, conocimientos y perspectivas en profundidad de diferentes especialistas en psicología clínica, lo que puede proporcionar información valiosa para complementar la información encontrada en la literatura.

Instrumento:

El instrumento que se empleó para la investigación fue la guía de entrevista, este “consiste en el registro escrito de las preguntas que conforman el instrumento de recolección de los datos” (Troncoso & Amaya, 2016). Para ello, la guía de entrevista constó de 10 preguntas semiabiertas como apoyo para obtener la información que se necesita; cada una se realizó en relación con el planteamiento del problema; con un tiempo estimado de 15 minutos por pregunta. Todo ello con la finalidad de recopilar datos específicos del tema y así, cumplir con los objetivos de la investigación.

Población:

La población con la que se trabajó fue con profesionales en psicología clínica de instituciones educativas y hospitales por medio de entrevistas semiestructuradas, en la cual responden puntos de vista diferente en base a su experiencia que han tenido al tratar casos en relación a la depresión con los pensamientos suicidas en adolescentes en base al planteamiento del problema, de tal manera que Arias et al. (2016) plantea que “la población de una investigación está compuesta por todos los elementos (personas, objetos, organismos, historias clínicas) que participan del fenómeno que fue definido y delimitado en el análisis del problema de investigación” (p.201). En el siguiente apartado se plantean las preguntas a los profesionales en psicología clínica.

Tabla 1

Operacionalización de variables

Variables	Subvariables	Preguntas a especialistas
Adolescencia	Definición de la adolescencia	¿Cómo define la adolescencia?
	Características de la adolescencia	¿Cómo se caracteriza para usted la adolescencia?
	Cambios que se dan en la adolescencia	¿Qué cambios más comunes se han dado en la adolescencia?
Depresión en adolescentes	Adolescentes con depresión	¿Qué protocolo aplica en casos de que se presente un adolescente con depresión?
	La depresión como causa de los pensamientos suicidas en el adolescente	¿Cuál es la causa más común de los pensamientos suicidas en el adolescente?
	Relación entre depresión y conducta suicida en el adolescente	¿Cree usted que existe una relación entre la depresión y la conducta suicida? ¿Por

		qué?
Pensamientos suicidas	El pensamiento suicida en relación a la depresión del adolescente	¿Qué problema más frecuente puede presentarse en los adolescentes con pensamientos suicidas causados por depresión?
	Aspectos psicológicos del pensamiento suicida en el adolescente	¿Qué aspectos psicológicos de los pensamientos suicidas se pueden evidenciar en los adolescentes?
	Factores de riesgo por el cual el adolescente tiene pensamientos suicidas.	¿Cuáles cree que son los factores de riesgo que más predominan en los pensamientos suicidas de los adolescentes?
	Incidencia en la conducta suicida del adolescente	¿Cómo incide la conducta suicida en el adolescente?

CAPÍTULO 5

Presentación y Análisis de Resultados

La recolección de información se realizó por medio de entrevistas semiestructuradas a 4 profesionales en psicología clínica (P) de hospitales e instituciones educativas de manera presencial y virtual, en la cual se empleó con las iniciales P1, P2, P3 y P4, a demás todos los psicólogos estuvieron dispuestos a responder las preguntas para participar de nuestra investigación y brindar sus diferentes puntos de vista en base a su experiencia en el tema.

Se realizaron preguntas en relación a las variables: adolescencia, depresión en adolescentes y el pensamiento suicida del adolescente.

Presentación de resultados de entrevista a especialistas en psicología clínica.

Variable 1: Adolescencia

Subvariable: Definición de la adolescencia

Pregunta #1: ¿Cómo define la adolescencia?

P1: Como un momento de transición subjetiva donde se puede a revaloración del sujeto los elementos de la infancia que van a persistir en su funcionamiento, también es como un movimiento de creación de recursos humanos y también de lo que uno hace con lo que ya está, es decir con esos elementos generales y simbólicos que ya están escritos en ese primer momento de la vida.

P2: La adolescencia es una clasificación social más no biológica, porque en esta transición experimentan lo que es la vida del mundo exterior.

P3: Como una etapa que no puede entenderse sólo como de transición a la vida adulta, sino una etapa con unas particularidades muy propias en relación a la búsqueda de identidad y que implica en muchas ocasiones una serie de duelos en relación a la imagen del cuerpo, a las referencias familiares y a las amistades que se van conformando.

P4: Es un momento evolutivo importante en donde dejamos de ser niños y empezamos a convertirnos en adultos y un periodo de la vida en el que se producen en los seres humanos cambios psicológicos como correlato de los cambios físicos y que implican una nueva manera de relacionarse consigo mismo y con los demás por lo que se necesita desarrollar nuevas pautas de convivencia.

Análisis: Todos los profesionales consideran la adolescencia como una etapa de cambios que se dan a nivel psicológico y físico y su forma de relacionarse consigo mismo y con los demás a excepción del P1 que considera esa etapa como la revaloración del sujeto en los elementos de la infancia que van a persistir en su funcionamiento y creación de recursos humanos, en el caso del P3 se incluye una serie de duelos relacionadas a la imagen corporal, referencias familiares y a las amistades que se van conformando.

Subvariable: Características del comportamiento del adolescente

Pregunta #2: ¿Para usted cómo se caracteriza la adolescencia?

P1: No en todos los adolescentes, pero clínicamente llegan con conductas de desorientación y movilidad de la lengua propia a la lengua del otro.

P2: Hay diferentes etapas, con el desarrollo de la pubertad, como la definición de la perspectiva de la identidad, haciendo énfasis de algunos roles que tienen ellos, como interacciones en pareja, familiares, sociales.

P3: Por una etapa en la cual un sujeto está buscando consolidar una identidad que tiene que ver con la sexualidad, con lo amoroso, con el modo de hacer vínculo con una elección vocacional y en una etapa de donde un sujeto experimenta una serie de necesidades que tiene que ir solventando poco a poco en la medida que se enfrenta distintas experiencias con sus pares más que con sus padres.

P4: Como una descripción de los aspectos específicos que la distinguen de las otras etapas de la vida, por ejemplo, el rol de la sexualidad genital en el proceso de crecimiento. El duelo por la pérdida del cuerpo infantil y la

necesidad de identificarse con los nuevos modelos de adulto. La lucha por la independencia y la lucha por el control de la agresividad lo que permite la reestructuración de los vínculos objetales fuera del grupo familiar facilitando la aceptación de los demás y la construcción de los vínculos sociales.

Análisis: Todos los profesionales caracterizan a la adolescencia como identidad que hace énfasis en algunos roles como lo amoroso que se refieren a interacciones de pareja, con sus pares tanto en lo familiar como en lo social, también con la sexualidad que forma parte del proceso de su crecimiento y necesidades que tiene como el de identificarse con nuevos modelos adultos, experimentar el mundo externo, el querer tener independencia y el ser aceptados por los demás, a excepción del P1 que considera que no en todos se dan las mismas características, pero clínicamente se dan conductas de desorientación y movilidad de la lengua propia a la lengua del otro.

Subvariable: Cambios que se dan en la adolescencia

Pregunta #3: ¿Cuáles son los cambios más comunes que se dan en la adolescencia?

P1: El cambio más común es el distanciamiento que hay del endógeno como un quiebre como si el adolescente viviera una rotura o quebrante frente a esos elementos familiares que han estado presente en la infancia y de repente como que algo de eso no sirviera para todo lo nuevo que viene como para las amistades, para el amor y la educación.

P2: Hay bastantes cambios, no sé por dónde comenzar, pero hay cambios en los roles, en las ideas en la concepción de cómo funciona el mundo y cambios significativos en los valores.

P3: La identidad y existencias, el cómo se permiten o no expresar por ejemplo sus emociones, pensamientos frente a sus padres y aquellos que representan una autoridad, cambios en el cuerpo, cambios biológicos y sexuales que influyen en la imagen que tienen de sí mismo.

P4: Cambios corporales, necesidades de independencia social, la necesidad yoica de definir una identidad, la elaboración del duelo por el abandono del cuerpo infantil y la aceptación de ese nuevo cuerpo con el cual se representa ante los demás.

Análisis: En base a las respuestas de los profesionales se pudo notar que los profesionales P3 y P4 tiene opiniones similares en cuanto a los cambios más comunes donde mencionan cambios corporales y la identidad, mientras que para el P1 se da el distanciamiento y por último para el P2 se dan bastantes cambios como el de los roles, sobre la idea de cómo funciona el mundo exterior y los cambios en los valores.

Variable 2: Depresión en adolescentes

Subvariable: Adolescentes con depresión

Pregunta #4: ¿Qué protocolos o lineamientos aplica en casos de que se presente un adolescente con depresión e ideas suicidas?

P1: Protocolo de riesgo suicida elaborado por mí, es un protocolo institucional que dice las rutas de acción del profesional, cuáles son los síntomas que debemos detectar, que se hace con la detección que es la valoración psiquiátrica y la consideración de ingreso hospitalario, y está orientado en las guías del ministerio de salud pública sobre el trabajo con adolescentes y en los protocolos internacionales de la OMS sobre el manejo de riesgo suicida.

P2: Aquí no hay protocolo definido, usamos los manuales, y como estoy en la institución médica, aplicamos opiniones de medicina.

P3: Más que protocolos podría ubicar cual es la dinámica o procedimientos que se puede seguir cuando un paciente está deprimido, en el cual es un trabajo en conjunto entre la familia y el adolescente; en caso de ser necesario también por parte de la institución para la comprensión de estos síntomas.

P4: Antes de aplicar un protocolo primero es preciso determinar si se trata de una verdadera depresión o no, como norma siempre incluyo a los padres en el abordaje diagnóstico y terapéutico y en caso de encontrar elementos clínicos de un diagnóstico de depresión es necesario determinar el tipo trastorno con el que se va a lidiar.

Análisis: En base a todas las respuestas de los profesionales, en su mayoría no tiene un protocolo definido, pero el caso del P2 utiliza manuales, por lo que consideran que antes de aplicarlo se determina si el paciente está deprimido o no y qué procedimientos seguir, por lo que también se incluye trabajar en conjunto con la familia del adolescente y en caso de ser necesario con la institución para el abordaje diagnóstico y la comprensión de estos síntomas, a excepción del P1 que si aplica un protocolo elaborado por sí misma sobre el riesgo suicida.

Subvariable: La depresión como causa de los pensamientos suicidas en el adolescente

Pregunta #5: ¿Cuál es la causa más común de los pensamientos suicidas en el adolescente?

P1: La imagen, las relaciones con el otro y las dificultades del aprendizaje.

P2: La desesperanza como un constructo cognitivo funcional y fisiológico, explica que la conducta suicida sea una estrategia “racional” para escapar del sufrimiento

P3: Decepciones amorosas y la relación con ciertas decepciones de su grupo de pares.

P4: No existe causa en común porque cada paciente presenta una dinámica y problemática particular, pero como señales clínicas estarían la baja actividad física, desapego por las tareas rutinarias, sentimientos de no ser ellos mismos, retracción social, insomnio y la falta de apetito.

Análisis: En cuanto a las entrevistas las respuestas de los P1, P3 y P4 se relacionan con las relaciones con el otro o determinado grupo de pares que les causa decepciones, es decir se produce el aislamiento social, a pesar de que también el P1 mencionó que no existen causas en común, mientras que para el P2 se da por la desesperanza.

Subvariable: Relación entre depresión y conducta suicida en el adolescente

Pregunta #6: ¿Cree usted que existe una relación entre la depresión y la conducta suicida? ¿Por qué?

P1: En el DSM y en los manuales de diagnósticos si porque cuando se habla de diagnóstico sobre los episodios depresivos hay un riesgo o presencia de ideas autolíticas que se han concretado acciones para suicidas o suicidas, pero creo que en la clínica hay que hacer esa diferenciación de cuando son afectos que son vividos por una persona en función de alguna situación y cuando entramos a una categoría diagnóstica por el riesgo que implica por ejemplo porque hay una desconexión con la vida y entonces diagnosticamos depresión por manual o porque estamos en un entorno hospitalario y consideramos el riesgo suicida.

P2: En la mayoría de los casos creo que existe la conducta suicida y la depresión, lo que hace que sea indispensable en la evaluación que tenga que ver con correspondencia entre otros antecedentes, impulsividad.

P3: Si la hay, pero no en todos los casos, porque por ejemplo en los que he atendido si había muchos que estaban deprimidos, no necesariamente han pensado en matarse ni han tenido un pensamiento necesario de querer estar muertos, más bien para algunos ha aparecido a la par de la depresión como un síntoma conmovido por ciertos ataques de ansiedad.

P4: Es necesario aclarar que hay diferencias entre una persona que tiene pensamientos suicidas y otra que lleva a cabo actos suicidas, por otra parte existen suicidas cuyos actos suicidas han tenido lugar en momentos en que la depresión ha tenido notable mejoría y tal pareciera que al contrario de lo que se piensa, el individuo depresivo no actúa contra sí mismo mientras

atraviesa por la condición penosa de la depresión, sino que el acto suicida tiene lugar cuando el individuo se siente liberado de dichos sentimientos o recuerdos penosos.

Análisis: La mayoría de los profesionales consideran que existe relación pero no en todos los casos, por lo que se habla de diagnóstico sobre los episodios depresivos donde en ambas hay un riesgo o presencia de ideas autolíticas, donde se han concretado acciones para suicidas o suicidas y no necesariamente generan ideas del querer quitarse la vida y ambas tienen que ver con la impulsividad, pero a la vez los P1 y P4 hacen una diferenciación en la cual en el acto suicida individuo se siente liberado de dichos recuerdos, y en el depresivo no actúa contra sí mismo.

Variable 3: El Pensamiento suicida del adolescente

Subvariable: El pensamiento suicida en relación a la depresión del adolescente

Pregunta #7: ¿Qué problema más frecuente puede presenciar en los adolescentes con pensamientos suicidas causados por depresión?

P1: Como problema estructural no exactamente se da la mala comunicación, sino que a veces hablan su propio idioma dentro de la familia, es decir padres por su lado y jóvenes por otro lado como si ninguno estuviese dispuesto a conversar y cada uno atrapado en una verdad y se da la vivencia personal de que es el uno contra el otro.

P2: Desde mi perspectiva el problema más frecuente es el contexto, como el grupo familiar, social y el grupo de pares, que en estos casos crean las condiciones para el desarrollo de estas conductas, incluida en conductas las cogniciones y las emociones.

P3: Desconfianza en el otro y aislamiento propio que podría influir en una especie de desinterés que no implica un problema cognitivo, como por ejemplo desinterés en los estudios porque no se ven como importantes o no se ve un rumbo por el cual caminar, como que la percepción del futuro no fuese importante.

P4: Problemas de relación con los demás, desconfianza de todo y de todos, baja valorización de sí mismo, sentimientos de abandono parental y social, inadecuación social, necesidad continua de reaseguramiento, incapacidad para comprender sus propios pensamientos y sentimientos.

Análisis: Las respuestas de los entrevistados siguiendo a la mayoría es por desconfianza con sus padres, o relación social, el aislamiento de la sociedad, o el sentirse solo hace que pierda interés en la mayoría de cosas, y poco a poco no se construya una comunicación adecuada con las personas más cercanas que podrían influir a sentirse solo y llevar a conductas suicidas.

Subvariable: Aspectos psicológicos del pensamiento suicida en el adolescente

Pregunta #8: ¿Qué aspectos psicológicos de los pensamientos suicidas se pueden evidenciar en los adolescentes?

P1: Aumento del flujo del pensamiento, aislamiento, pérdida del apetito, interacción de la conservación del sueño, reducción de funciones cognitivas como la atención y memoria a corto plazo.

P2: La desesperanza, el pesimismo, el pensamiento rumiante, la visión de túnel, en cuanto a los contenidos y al curso de los pensamientos.

P3: Aislamiento, desconfianza y desamparo en relación al futuro.

P4: Desesperanza, impotencia, falta de valor, tristeza, perder interés en actividades que se consideran agradables, cambios en los hábitos de alimentación y de sueño, sentirse continuamente agotados y con poca energía, ideas de suicidio recurrentes, retracción social, labilidad afectiva, alteraciones del sueño y del apetito, quejas de cansancio extremo y pérdida de interés en las tareas rutinarias.

Análisis: Los profesionales están de acuerdo en el aislamiento, y en aumento de los pensamientos intrusivos, y desesperanza, además el profesional 2 menciona acerca del pesimismo, mientras el profesional 4 falta

de valor, perder interés en actividades agradables, cambios en la alimentación, ideas de suicidio recurrentes que influyen en aspectos psicológicos de los pensamientos suicidas que se evidencian en los adolescentes.

Subvariable: Factores de riesgo por el cual el adolescente tiene pensamientos suicidas.

Pregunta #9: ¿Cuáles cree que son los factores de riesgo que más predominan en los pensamientos suicidas de los adolescentes?

P1: La soledad, no de falta de persona sino de presencias de figuras que logren hacer una presencia para entenderlos cómo los profesores, los compañeros, los padres porque muchas veces podría ver un sujeto que tiene muchas personas alrededor, pero ninguna dispuesto a escucharlo, incluso antes de llegar a un acto suicida a veces hay señales que están ahí para que alguien las pueda leer.

P2: De forma específica, situaciones continuadas que ocasionan frustraciones y “fracasos”, tales como el rechazo del grupo social, el aislamiento familiar, continuos castigos y la inactividad.

P3: El adolescente no encuentra algún otro o figura con la cual pueda resolver lo que le pasa a su tiempo, ante esa ausencia de figura el sujeto repita una y otra vez distintos mensajes con los cuales se va haciendo daño en el cuerpo y emocionalmente y el otro no pueda leer lo que le pase, que se aíse completamente y no quiera dar explicaciones de sus amigos, de las redes sociales y que la familia no sea un soporte en lo más mínimo que le parezca como extraña, muy demandante y muy autoritaria y crea una especie de sentimiento de rechazo.

P4: Antecedentes de enfermedad mental en un pariente consanguíneo, como son los padres abuelos o hermanos, pérdida repentina de seres queridos, divorcios, relaciones amorosas frustradas, dificultades económicas agobiantes situaciones de maltrato o lidiar con enfermedades físicas crónicas como el asma la artritis o la diabetes.

Análisis: Según las entrevistas a los profesionales, la mayoría plantea que es por ausencia de familiares, en el sentido de falta de atención hacia los adolescentes, por otro lado, en el profesional 4 plantea que podría ser antecedentes de enfermedad mental en un pariente o pérdida de un familiar, divorcio o relaciones amorosas sin éxito, que podrían afectar el estado mental del adolescente.

Subvariable: Incidencia en la conducta suicida del adolescente

Pregunta #10: ¿Cómo incide la conducta suicida en el adolescente?

P1: Hay que considerar dos cosas diferentes el acting out y el pasaje del acto, esto podría generar las muertes, depende si quiere ser escuchado para salir, la incidencia del acto es esperar a que algo suceda.

P2: Que tenga conductas autolíticas.

P3: Sin duda cuando alguien lo comete, deja una marca, establece una especie de antes y después, marca la historia de vida de esa persona y en el mejor de los casos en el encuentro con un psicólogo que puede repararse de su historia, ubicar que lo hizo, porque paso y nuevas herramientas quizás para el futuro, deja una marca y el sujeto necesita reconstruir su vida con los otros pares, las autoridades y con la gente que quieren.

P4: En las frecuentes riñas entre los padres o las peleas con los hermanos, las bajas expectativas acerca de sí mismo y sobre los demás, lo que va unido a la desesperanza generalizada ante toda situación lo que les impide generar un proyecto mínimo de vida y la sensación de ser una carga para los demás y la continua apatía y desconfianza lo traba de entrada la generación de vínculos objetales que sirvan de apoyo o sostén emocional.

Análisis: Los 4 profesionales tienen posturas diferentes acerca de la pregunta, el primero profesional habla acerca de cómo podría incidir a través del acting out y pasaje del acto concluye diciendo que la incidencia sería esperar a que algo suceda, el profesional 2 solo dice que el adolescente tenga autolesiones, la perspectiva del profesional 3 establece que marcar una historia al ser escuchado para de esa forma poder reconstruir su vida

con la gente que lo quieren y con ayuda de un psicólogo, por último el profesional 4 señala acerca de persona que sirven de apoyo, después de problemas familiares, bajas expectativas de todo y dejar de sentirse una carga.

CONCLUSIONES

A partir de la investigación realizada acerca de la relación de la depresión con los pensamientos suicidas en los adolescente, a través de la revisión bibliográfica se pudo analizar el cómo se relaciona la conducta suicida con la depresión y el cómo influyen en el adolescente, las causas y factores que podrían tener, por lo cual se entiende que la depresión durante la adolescencia puede influir en los cambios que tiene el adolescente y que entre estos están el cambio fisiológico, social, psicológico y emocional, puede ser influenciada por los pensamientos suicidas, además las causas que pueden afectar a la distorsión de estos pensamientos son las que influyen en la depresión del adolescente. Si se tiene un protocolo adecuado en cada institución que permita a los pacientes adolescentes con depresión ser capaces de entender su situación y de mejorar por sí mismo, se llevará a reducir con ayuda los pensamientos suicidas. De esta forma, se logra reconocer las distintas causas y factores de cómo los adolescentes se podrían ver afectados con depresión y de esa manera se puede ver cómo está relacionado la depresión con los pensamientos suicidas. De acuerdo con las entrevistas semiestructuradas que se aplicaron a los profesionales se analizaron las respuestas de cada pregunta planteada durante las entrevistas, en las cuales se obtuvo información similar que concuerda con todo lo investigado en cada uno de los subtemas de cada capítulo.

Por lo cual referente al objetivo general que corresponde en analizar la relación de la depresión con los pensamientos suicidas en los adolescentes para identificar cómo incide este trastorno del humor en dichos pensamientos, por medio de una revisión bibliográfica y entrevistas semiestructuradas a especialista en Psicología Clínica. Mediante estas técnicas utilizadas en la metodología podemos decir que la relación de la depresión con los pensamientos suicidas en los adolescentes incide en los cambios que encontramos en la adolescencia como la falta de comunicación con los padres, o familiares y aislamiento, y desde este punto de vista podemos identificar este trastorno del humor en el pensamiento suicida.

Por consiguiente el primer objetivo específico se da en definir qué es la adolescencia por medio de fuentes bibliográficas, que se explicó en el capítulo uno, donde se expone a profundidad sobre la definición, características de su comportamiento, cambios y etapas mediante subtemas y basándose en la orientación conductual, en donde se manifiesta la fase de crecimiento que se da antes de la niñez y antes de la edad adulta y además, la importancia del valor adaptativo, decisivo y funcional que se da en esa etapa.

Por otro lado, el segundo objetivo específico consiste en identificar la depresión en el adolescente por medio de una revisión de fuentes bibliográficas. Esto se da a conocer en el capítulo 2 por medio de subtemas, por lo que se explica el cómo se percibe la conducta de un adolescente con depresión, en el cual suele sentirse con desesperanza, preocupación por algunas situaciones, ira, pérdida de apetito, y de sueño, pueden tener problemas para concentrarse, sentirse desmotivados y sentirse rechazados.

Por último, el objetivo específico tres se trata de caracterizar los pensamientos suicidas por medio de una revisión de fuentes bibliográficas. Esto se explica en el capítulo tres mediante subtemas, en la cual se puede comprender que tanto en lo investigado como en las entrevistas realizadas a profesionales se puede comprender que los pensamientos suicidas se caracterizan por un desorden del estado de ánimo, el contexto psicosocial del adolescente, influyen en variables personales, sociales y psicológicas.

REFERENCIAS

- Adam, K., Lorenz, J., Harper, D., & Steiner, D. (1982). Early Parental Loss and Suicidal Ideation in University Students. En *The Canadian Journal of Psychiatry*, 27 (4), 275-281. <https://doi.org/10.1177/070674378202700403>
- Aguirre, A. M. & Auquilla, I. D. (2018). *Ideación suicida en adolescentes* [Disertación doctoral inédita]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Alonso, F. (1988). La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico. Barcelona: Editorial Labor S.A.
- Andrade, J. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. recuperado por: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi122q.pdf>
- Argota, N., Alvarez, M., Colas, V., Sánchez, Y., & Román, M. (2015). Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes. *Revista médica electrónica*, 37(1), 3. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000100004
- Arias, J., Villacis, M. & Miranda, M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 63 (2), 201. <https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755023011.pdf>
- Aruso, J., & Saiz, J. (1981). Las depresiones. Nuevas perspectivas clínicas, etiopatogénicas y terapéuticas. Madrid: Editora Importecnica, s.a.
- Beaumont, G. (1989). Suicide and Antidepressant Overdosage in General Practice. *British Journal of Psychiatry*, 155, (suppl. 6), 27-31.
- Beck, A. T. (1973). *The Diagnosis and Management of Depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 2, 343-352.

- Bettes, B., y Walker, E. (1986). Symptoms Associated with Suicidal Behavior in Childhood and Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14(4), 591-604.
- Bonner, R. (1990). «A «M.A.P.» to the Clinical Assessment of Suicide Risk». *Journal of Mental Health Counseling*, 12(2), 232-236.
- Bravo, R., Orozco, M., Ruvalcaba, N A., Colunga, C., & Gonzales, M. A. (2018). Factores sociales de riesgo y protección. *UNIFE*, 26(2), 179-181. https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2018_2/HectorBravo.pdf
- Brennan, T. (1986). «Adolescent Loneliness: Linking Epidemiology and Theory to Prevention». En G. L. Klerman (Ed.). *Suicide and Depression among Adolescents and Young Adults*. Washington D. C: American Psychiatric Press Inc.
- Brent, D. A. (1990). *Affective Illness and Suicide*. En M. Green y R. J. Haggerty (Eds.). *Ambulatory Pediatrics, IV*. Philadelphia: W. B. Saunders Company
- Brooksbank, D. J. (1985). Suicide and Parasuicide in Childhood and Early Adolescence. En *British Journal of Psychiatry*, 146 (5), 459-463. <https://doi.org/10.1192/bjp.146.5.459>
- Brown, S. L. (1985). «Adolescents and Family Systems». En M. L. Peck, N. L. Farberow y R. E. Litman (Eds.). *Youth Suicide*. New York: Springer Publishing Company.
- Brown, G., y Andrews, B. (1986). *Social Support and Depression*. En M. H. Appley y R. Trumbull (Ed.). *Dynamics of Stress*. New York: Plenum Press.
- Campaign Against Living Miserably (CALM) (2022). Suicidal doesn't always look suicidal. recuperado por: <https://www.therapychat.com/post-es/por-que-es-importante-visibilizar-hablar-suicidio>
- Campo, A., Cogollo, Z. & Díaz, E. (2008). Comportamientos de riesgo para la salud en adolescentes estudiantes: prevalencia y factores asociados. *Revista de Salud Uninorte*, 24 (2), 226-234.

- Campos, M., Padilla, S., & Valerio, J. (2004). El suicidio. *En Prevención del suicidio en adolescentes* (pág. 14). Liceo de Aserri. Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/adolescencia/aserr1.pdf>
- Cañón, S., & Parra, C. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes: Recuperado por: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014
- Características del comportamiento típico de un adolescente. (s.f.). <https://www.andaluciaesdigital.es/educarparaproteger/adolescentes/capitulos/familia/adolescentes/caracteristicas-comportamiento-adolescencia.html>
- Chabrol, H., & Moron, P. (1988). Depressive Disorders in 100 Adolescents who Attempted Suicide. *American Journal of Psychiatry*, 145(3), 379. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.3.379a>
- Connell, H. M. (1972). Attempted Suicide in Schoolchildren. *The Medical Journal of Australia*, 1(14). 686-690. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1972.tb47011.x>
- Cyrułnik, B. (2014). *Cuando Un Niño Se Da Muerte*. Barcelona: Gedisa.
- Del Amo, T., Carmen, B. (2015). El diseño de investigación cualitativa. Madrid: morata. pp. 12 <[file:///c:/users/usuario/downloads/flick-diseno-investigacion-cualitativa%20\(2\).pdf](file:///c:/users/usuario/downloads/flick-diseno-investigacion-cualitativa%20(2).pdf)>.
- Delgado, A., Insuasty, D., & Villalobos, F. (2004). Factores de riesgo asociados a la conducta suicida. *Revista del centro de estudios en salud*, 1(4), 60-76. Obtenido de <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/293/pdf>
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167. Recuperado en 12 de diciembre de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=iso&tlng=es

- Douglas, L. (1986). Is Adolescent Suicide a Third Degree Game and Who is the Real Victim. *Transactional Analysis Journal*, 16(3), 165-169: <https://doi.org/10.1177/036215378601600304>
- Durkheim, E. (1965). El suicidio. Madrid: Akal Editor. Original publicado en 1897.
- Florenzano, R., & Cáceres, E. (2011). Relación entre Ideación Suicida y Estilos Parentales en un grupo de Adolescentes Chilenos. *Revista médica de Chile*, 12, 1529-1533. https://www.researchgate.net/publication/216319712_Relacion_entre_Ideacion_Suicida_y_Estilos_Parentales_en_un_grupo_de_Adolescentes_chilenos
- García, A. (2021). *La depresión en adolescentes*. Obtenido de <https://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>
- Garfinkel, B. D. (1974). Suicide and Depression in Childhood and Adolescence. *CMA Journal*, 8, 1278-1281.
- Garfinkel, B. D., & Golombek, H. (1983). Suicidal Behavior in Adolescence. En B. D. Garfinkel, Y. H. Golombek (Eds.). *The Adolescent and Mood Disturbance*. New York: International University Press.
- Gómez, F., Díaz, C., & Zaldívar, D. (2022). Caracterización de la conducta suicida en Las Tunas, 2016-2020. *Revista Didasc*, 13(5), 159-160. Obtenido de <https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didasca/article/view/1505/1682>
- González, Abarca A.J, Ramos, Corrales J., & Nolasco, García. (2014). Depresión y suicidio. Recuperado por: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141k.pdf>
- Guevara, G., Verdesoto, A., y Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Recimundo*, 4 (3), 163-173. 10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173
- Hawton K., O'grady, J., Osborn, M., & Cole, D. (1982). Adolescents who Take Overdoses: Their Characteristics, Problems and Contacts with Helping Agencies. *British Journal of Psychiatry*, 140, 118-123.

- Hawton, K. (1987). Assessment of Suicide Risk. *British Journal of Psychiatry*, 150, 145-153.
- Hoberman, H. M., y Garfinkel, B. D. (1984). Completed Suicide in Children and Adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 6, 689-695.
- Isherwood, J., Adam, K. S., & Hornblow, A. R. (1982). Life Events Stress, Psychosocial Factors, Suicide Attempt and Auto-Accident Proclivity. *Journal of Psychosomatic Research*, 26(3), 371-383. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(82\)90010-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(82)90010-1)
- Jacq. J., Quenard, O., Hanauer, M., & Verinne, J. (1981). Etude du vécu des Relations Individuelles chez les Jeunes Suicidants. *Journal of Médecine de Lyon*, 62, dic., 581-584.
- Kerfoot, M. (1987). *Suicidal Behavior in Adolescents*. London: Academic Press Inc.
- King, C., Raskin, A., Gdowski, C., Butkus, M. & Opipari. (1990). Psycho-social Factors Associated with Urban Adolescent Female Suicide Attempts. *Journal of American Academy and Child and Adolescent Psychiatry*, 29(2), 289-294.
- Konopka, G. (1983) Adolescent Suicide. *Exceptional Children*, 49(5), 390-394. Van Orden, A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A., Joiner Jr., T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. DOI 10.1037/a0018697
- Lilia, G. (2017). *Adolescencia*. Obtenido de <https://www.cch.unam.mx/padres/sites/www.cch.unam.mx.padres/files/archivos/07-Adolescencia2.pdf>
- Lillo. J. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. Recuperado por: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200005

- Linehan, M. M., & Shearin, E. N. (1988). Lethal Stress: A Social-Behavioral Model of Suicidal Behavior. En S. Fisher y J. Reason (Eds.). Handbook of Life Stress, Cognition and Health. New York: John Wiley and Sons Ltd.
- Margolin, N. L. & Teicher, J. D. (1968). thirteen adolescent male suicide at-tempts. *Journal of American Academy of child psychiatry*, 7, 396-415. citado por Brooksbank, D. J. (1985). *suicide and parasuicide in childhood and early adolescence. British journal of psychiatry*, 146, 459-463.
- Mckeithen, R. J. (1989). Suicide and the Adolescent. Manuscrito no publicado.
- Mirales, L., & Cabrera, R. (2023). *Orientación psicológica*. Obtenido de <https://orientacionpsicologica.es/como-aparecen-los-pensamientos-suicidas/>
- Morris, J. (2008). DSM-IV TR. Guía Para El Diagnóstico Clínico. México: El Manual Moderno.
- National institute Health. (2023, 24 de junio). *la depresión en la adolescencia*. Obtenido de <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/la-depresion-en-la-adolescencia/19-mh-8089s.pdf>
- Neiger, B. L., & Hopkins, R. W. (1988). Adolescent Suicide: Character Traits of High-Risk Teenagers. *Adolescence*, 23, 90, 469-475. Neimeyer, R. A. (1983). Toward a Personal Construct.
- Neuringer, C. (1974). Problems of Assessing Suicidal Risk. En C. NEURINGER, C. (Ed.). *Psychological Assessment of Suicidal Risk*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher.
- Organización mundial de la salud (2013). Depresión. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/index.html
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Depresión. Recuperado por: <https://www.paho.org/es/temas/depresion#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20una%20enfermedad%20que%20se%20caracteriza%20por%20una,durante%20al%20menos%20dos%20semanas.>

- Perlman, D., & Peplau, L. (1981). Toward a Social Psychology of Loneliness. En S. Duck y R. Gilmour (Eds.). *Personal Relationships. 3: Personal Relationships in Disorder*. Brennan, T. (1986). «Adolescent Loneliness: Linking Epidemiology and Theory to
- Pere, O., & Piquera, J. (2018). *El suicidio en la adolescencia*. Obtenido de https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf
- Petzel, S., & Riddle, M. (1981). Adolescent Suicide: Psychosocial and Cognitive Aspects. *Adolescent Psychiatry*, 9, 343-398.
- Pfeffer, C. (1987). Families of suicidal children. En R. F.W. Diestra y K.
- Pfeffer, C. (1986). *The Suicidal Child*. New York: The Guilford Press.
- Pokorny, A. D. (1986). A Scheme for Classifying Suicidal Behaviors. En Beck, A. T., Resnik, H. L. y Lettieri, D. J. (Ed.). *The Prediction of Suicide*. Philadelphia: The Charles Press.
- Prevención. En G. L. Klerman (Ed.). *Suicide and Depression among Adolescents and Young Adults*. Washington D. C: American Psychiatric Press Inc. New York: Academic Press.
- Richman, J. (1981). Family Treatment of Suicidal Children and Adolescents. En C. F. Wells y I. R. Stuart (Eds.). *Self-Destructive Behavior in Children and Adolescents*. New York: Van Nostrand Meinhold Company.
- Rojas, E. (1978). *Estudios sobre el suicidio*. Salvat. Barcelona.
- Rubio, A. (2021). La etapa de la adolescencia. Recuperado por: <https://sepeap.org/la-etapa-de-la-adolescencia/>
- Sanchis, S. (2020). *Psicológica online*. Obtenido de <https://www.psicologia-online.com/etapas-de-la-adolescencia-y-sus-caracteristicas-4961.html>

- Sandín, M (2003). «Síntesis de las características de los paradigmas de investigación.» Investigación cualitativa en educación: Fundamentos y tradiciones. Barcelona: Mc Graw Hill, pp. 34.
 <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Sandi%CC%81n%20Esteban%20Maria%20Paz%20-%20Investigacio%CC%81n%20cualitativa%20en%20educacio%CC%81
- Secretaria de salud (2015). ¿Qué es la adolescencia? Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-adolescencia>
- Shneidman, E. (1973). Suicide. Encyclopaedia Britannica, printing of the 14th Edition, Vol 21, 383-385. (1981) Reeditado con permiso de Willia, Benton Publisher por Suicide and Life-Threatening Behavior, 11, 4, 198-220
- Silberfeld, M. (1978). Psychological Symptoms and Social Support. Social Psychiatry, 13, 11-17. Coos, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. Psychosomatic Medicine, 3, 300-314.
- Smith, K. & Crawford, S. (1986). Suicidal Behavior among Normal High School Students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 16(3), 313-325. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.1986.tb01013.x>
- Snackers. J., Ladame, F., & Nardine, D. (1980). ¿La Famille Peut-Elle Empêcher l'Adolescent de se suicider? *Neurpsychiatrie de l'Enfance*, 28(9), 393-398.
- Spalt, L. (1980). Suicide behavior and Depression in University Student Psychiatric Referrals. *Psychiatric Quarterly*, 52(4), 235-239. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01080284>
- Stanford Medicine Children 's Health (2023). Suicidio en los adolescentes. Recuperado por: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=teen-suicide-90-P05694>
- Stater. Mdeste. RA. osiOnshe Contribution of Environmental Events and Socia Suoport to Senous Suicide attempts in Primary coressive Disorder Journal of sonomal 'Scholey 90, 4,415-289

- Taylor, E. A & Stansfeld, S. A. (1984). Children who Poison Themselves. 1. A Clinical Comparison with Psychiatric Controls. *British Journal of Psychiatry*, 145(2). 127-135. <https://doi.org/10.1192/bjp.145.2.127>
- Tishler, C., & Mckenry, P. (1982). Parental Negative Self and Adolescent Suicide Attempts. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 2(14), 404-408.
- Troncoso, C., & Amaya, A. (2016, 21 de septiembre). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista Fac Med*: 330. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>
- Trout, D. L. (1980). The Role of Social Isolation in Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 10(1), 10-23. doi: <https://10.1111/j.1943-278x.1980.tb00693.x>.
- Turner, J. (1983). Direct, Indirect and Moderating Effects of Social Support on Psychological Distress and Associated Conditions. En H. B. Kaplan (1983). *Psychological Stress. Trends in Theory and Research*. New York: Academic Press.
- Vallejo, J. (Ed.). (1997). *Introducción a La Psicopatología y La Psiquiatría* (4 ed.). Barcelona, España: Editorial MASSON.
- Van Egmond M.& Diekstra, R. (1988). Correlates of Suicidal Inclination among Depressed Female Patients in General Practice. Paper no publicado.
- Wade, N. L. (1987). Suicide as a Resolution of Separation-Individuation among Adolescent Girls. *Adolescence*, 22(85), 169-177.
- Wenz, F. V. (1979). Self-Injury Behavior, Economic Status and Family Anomie Syndrome among Adolescents. *Adolescence*, 14(54), 387-398.
- Wodarski, J & Harris, P. (1987). Adolescent Suicide: A Review of Influences and the Means for Prevention. *Social Work*, 32(64) 774-484. <https://doi.org/10.1093/sw/32.6.477>.
- Young. T. J. (1985). Adolescent Suicide: The Clinical Manifestation of Alienation. *The High School Journal*, 69(1), 55-60.

ANEXO I: Consentimiento Informado para participantes de la Investigación

Yo _____ con C.I.# _____
acepto participar voluntariamente en esta investigación: **Relación de la depresión con los pensamientos suicidas en el adolescente**

He sido informado de que el objetivo general de la investigación es: **Analizar la relación de la depresión con los pensamientos suicidas en los adolescentes, para identificar cómo incide este trastorno del humor en dichos pensamientos, por medio de una revisión bibliográfica y entrevistas semiestructuradas a especialista en Psicología Clínica**

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista semidirigida la cual tomará aproximadamente entre 15 y 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha: ---de --- del 2023

ANEXO II: Entrevistas a profesionales

Entrevistas a profesionales

Psicólogo 1

Código de entrevista: 001

Día de la entrevista: 10/08/2023

Batería de preguntas:

1. ¿Cómo define la adolescencia?

Como un momento de transición subjetiva donde se puede a revaloración del sujeto los elementos de la infancia que van a persistir en su funcionamiento, también es como un movimiento de creación de recursos humanos y también de lo que uno hace con lo que ya está, es decir con esos elementos generales y simbólicos que ya están escritos en ese primer momento de la vida.

2. ¿Para usted cómo se caracteriza la adolescencia?

Una de las características principales no en todos los adolescentes, pero en los que llegan clínicamente a las conductas es la desorientación, sobre todo en esta época porque los referentes son un poco más inestables, las estructuras familiares también y eso hace que uno de los elementos de los cuales sostenerse al momento de enfrentar las nuevas condiciones cuando han sido por transiciones de edad y conectar con el otro, hay una dificultad muy general, eso no la cree solamente en los que llegan a consulta, en la adolescencia hay como una movilidad de la lengua propia a la lengua del otro y puede ser que en ese movimiento de permitirse una articulación con la lengua del otro podrían verse muchas discrepancia a nivel de las creencias, rasgos que tiene el otro y características.

3. ¿Qué cambios más comunes se han dado en la adolescencia?

El cambio más común es el distanciamiento que hay del endógeno como un quiebre como si el adolescente viviera una rotura o quebrante frente a esos elementos familiares que han estado presente en la infancia y de repente

como que algo de eso no sirviera para todo lo nuevo que viene como para las amistades, para el amor y la educación.

4. ¿Qué protocolo aplica en casos de que se presente un adolescente con depresión?

Protocolo de riesgo suicida elaborado por mí, es un protocolo institucional que dice las rutas de acción del profesional, cuáles son los síntomas que debemos detectar, que se hace con la detección que es la valoración psiquiátrica y la consideración de ingreso hospitalario, y está orientado en las guías del ministerio de salud pública sobre el trabajo con adolescentes y en los protocolos internacionales de la OMS sobre el manejo de riesgo suicida.

5. ¿Cuál es la causa más común de los pensamientos suicidas en el adolescente?

La imagen, las relaciones con el otro y las dificultades del aprendizaje, es decir patologías duales cuando han sido chicos o chicas que son portadores de una discapacidad intelectual que no han sido diagnosticados a tiempo que en escuelas han estado secciones más pequeñas donde docentes han favorecido que vayan pasando, aunque no vayan aprendiendo y ya cuando llegan a secundaria se siente la diferencia y no han sido valorados, no es reconocido por el equipo como un portador de discapacidad o necesidades especiales y eso genera que estén con diferentes lenguajes y la institución pensando que es el chico el que no se concentra, que no quiere aprender, que no le importa, que los papás no saben o no han logrado verles las dificultades o se han creído la información que han estado de recibiendo de es medio vago, pero no han buscado esa valoración para saber si realmente hay otra cosas más de fondo que no permite, es decir como un síntoma secundario a otra cosa.

6. ¿Cree usted que existe una relación entre la depresión y la conducta suicida? ¿Por qué?

En el DSM y en los manuales de diagnósticos si porque cuando se habla de diagnóstico sobre los episodios depresivos esos de ahí ya tiene una lectura de que hay un riesgo o que hay presencia de ideas autolíticas o que se han

concretado acciones para suicidas o suicidas entonces en el manual hay una correlación y clínicamente son como elementos que hay que reducir porque en la clínica no habría que dejar que síntomas o efectos como tristeza o enojo todo caiga en un mismo saco de la depresión, creo que en la clínica hay que hacer esa diferenciación de cuando son afectos que son vividos por una persona en función de alguna situación y cuando entramos a una categoría diagnóstica por el riesgo que implica por ejemplo porque hay una desconexión con la vida y entonces diagnosticamos depresión por manual o porque estamos en un entorno hospitalario y consideramos el riesgo suicida.

7. ¿Qué problema más frecuente puede presenciar en los adolescentes con pensamientos suicidas causados por depresión?

Tal vez un problema estructural no quiere decir que se la mala comunicación, sino que a veces suele ser como si cada uno hablara en su propio idioma dentro de la familia, sus padres por un lado y los jóvenes por otro lado y como si ninguno estuviera dispuesto a conversar, cada uno está atrapado en su verdad y entonces hay la vivencia muy personal de que es el uno en contra del otro, entonces aparte de los problemas que ya podrían tener no quedan dentro del núcleo primario nada de que valer.

8. ¿Qué aspectos psicológicos de los pensamientos suicidas se pueden evidenciar en los adolescentes?

Aumento del flujo del pensamiento, aislamiento, pérdida del apetito, interacción de la conservación del sueño, reducción de funciones cognitivas como la atención y memoria a corto plazo.

9. ¿Cuáles cree que son los factores de riesgo que más predominan en los pensamientos suicidas de los adolescentes?

La soledad, no de falta de persona sino de presencias ósea de figuras que logren hacer una presencia para entender cómo los profesores, los compañeros, los padres porque muchas veces podría ver un sujeto que tiene muchas personas alrededor, pero ninguna dispuesto a escucharlo, incluso antes de llegar a un acto suicida a veces hay señales que están ahí para que alguien las pueda leer.

10. ¿Cómo incide la conducta suicida en el adolescente?

Hay que considerar dos cosas diferentes el acting out y el pasaje del acto, esto podría generar las muertes, depende si quiere ser escuchado para salir, la incidencia del acto es esperar a que algo suceda.

Entrevistas a profesionales

Psicólogo 2

Código de entrevista: 002

Día de la entrevista: 10/08/2023

1. ¿Cómo define la adolescencia?

La adolescencia es una clasificación social más no biológica, porque en esta transición experimentan lo que es la vida del mundo exterior.

2. ¿Para usted cómo se caracteriza la adolescencia?

Hay diferentes etapas, con el desarrollo de la pubertad, como la definición de la perspectiva de la identidad, haciendo énfasis de algunos roles que tienen ellos, como interacciones en pareja, familiares, sociales.

3. ¿Qué cambios más comunes se han dado en la adolescencia?

Desde medio yo me desenvuelvo tanto profesional como personal, hay bastantes cambios, no sé por dónde comenzar, pero hay cambios en los roles, en las ideas en la concepción de cómo funciona el mundo, cambios significativos en los valores.

4. ¿Qué protocolo aplica en casos de que se presente un adolescente con depresión?

Aquí no hay protocolo definido, usamos los manuales, y como estoy en la institución médica, aplicamos opiniones de medicina.

5. ¿Cuál es la causa más común de los pensamientos suicidas en el adolescente?

¿Es como ir a comer y el mesero dice que postre quiere? pero bueno la desesperanza como un constructo cognitivo funcional y fisiológico, explica que la conducta suicida sea una estrategia “racional” para escapar del sufrimiento.

6. ¿Cree usted que existe una relación entre la depresión y la conducta suicida? ¿Por qué?

En la mayoría de los casos creo que existe la conducta suicida y la depresión, lo que hace que sea indispensable en la evaluación que tenga que ver con correspondencia entre otros antecedentes, impulsividad.

7. ¿Qué problema más frecuente puede presentarse en los adolescentes con pensamientos suicidas causados por depresión?

Desde mi perspectiva el problema más frecuente es el contexto, como el grupo familiar, social y el grupo de pares, que en estos casos crean las condiciones para el desarrollo de estas conductas, incluida en conductas las cogniciones y las emociones.

8. ¿Qué aspectos psicológicos de los pensamientos suicidas se pueden evidenciar en los adolescentes?

La desesperanza, el pesimismo, el pensamiento rumiante, la visión de túnel, en cuanto a los contenidos y al curso de los pensamientos.

9. ¿Cuáles cree que son los factores de riesgo que más predominan en los pensamientos suicidas de los adolescentes?

De forma específica, situaciones continuadas que ocasionan frustraciones y “fracasos”, tales como el rechazo del grupo social, el aislamiento familiar, continuos castigos y la inactividad.

10. ¿Cómo incide la conducta suicida en el adolescente?

Que tenga conductas autolíticas.

Entrevistas a profesionales

Psicólogo 3

Código de entrevista: 003

Día de la entrevista: 12/08/2023

Batería de preguntas:

1. ¿Cómo define la adolescencia?

La defino como una etapa que no puede entenderse sólo como de transición a la vida adulta, sino una etapa con unas particularidades muy propias en relación a la búsqueda de identidad y que implica en muchas ocasiones una serie de duelos en relación a la imagen del cuerpo, a las referencias familiares y a las amistades que se van conformando.

2. ¿Para usted cómo se caracteriza la adolescencia?

Por una etapa en la cual un sujeto está buscando consolidar una identidad que tiene que ver con la sexualidad, con lo amoroso, con el modo de hacer vínculo con una elección vocacional, además es una etapa de donde un sujeto experimenta una serie de necesidades que tiene que ir solventando poco a poco en la medida que se enfrenta distintas experiencias con sus pares más que con sus padres.

3. ¿Qué cambios más comunes se han dado en la adolescencia?

Por un lado, los cambios que voy a mencionar tienen que ver con una pregunta fundamental que tienen que ver con la identidad y existencias, es decir el quién soy y para qué estoy acá y esto hace que se produzcan cambios en el modo en el que los adolescentes se agrupan con sus pares y que socializan por supuesto en el modo en que sostienen una amistad, desarrollan un tipo de relación, se comunican y conciben a la autoridad. Por otro lado, en relación a cómo se permiten o no expresar por ejemplo sus emociones, pensamientos frente a sus padres y aquellos que representan una autoridad, por supuesto no es de gratis también que, a partir de los cambios en el cuerpo, cambios biológicos y sexuales también eso influya en la imagen que tienen de sí mismo y que eso haga

que desarrollen ciertos síntomas o comportamientos que encubren cierto malestar en relación en cómo se perciben y se perciben los otros.

4. ¿Qué protocolo aplica en casos de que se presente un adolescente con depresión?

Más que protocolos podría ubicar qué cuál es la dinámica o procedimiento que puedo seguir cuando uno de mis pacientes está deprimido, por supuesto intento ubicar que saber tiene la familia al respecto y que ellos también puedan ir localizando y teniendo hipótesis de este malestar y quizás también determinar si ellos influyen de cierta manera a: como causa de la depresión o como un potencializado, a partir de eso que la familia se pueda reagrupar, repensar y re dinamizar para saber cómo atender a su hija e hijo y luego pues ubicando a partir del discurso del adolescente que está deprimido, que él o ella puede denunciar poco a poco que es lo que lo tiene de esa manera, esa depresión encubre a uno de los otros factores mencionados previamente, lo social, su modo de percibirse, identificarse y hacer vínculo con los otros. Entonces es un trabajo en conjunto entre la familia y el adolescente y de ser necesario también la institución para que nos pueda comprender estos síntomas y de repente desarrollar ciertas estrategias.

5. ¿Cuál es la causa más común de los pensamientos suicidas en el adolescente?

Lo que he podido ubicar ahora último, no diría que se absolutamente en todos, pero son dos cuestiones: Primero las decepciones amorosas que los adolescentes las pueden vivir de una manera muy intensa, es decir que hacen del otro que ha sido su pareja el centro de su mundo y esto se entiende en relación a los primeros modos de vincularse con un otro que aman, así sea de una manera pasajera o intensa que a los adultos les pueda parecer poco sana, hacer del mundo implica que cuando el otro no esta esté se cae y no tener con quien hablar de ello no en relación al desahogarse sino en tener una guía, un acompañamiento que les puede proveer de ciertas herramientas para afrontar un poco lo que son difíciles las relaciones amorosas: Segundo en relación a ciertas decepciones con

su grupo de pares, cuando este cambia o cuando está consistente, cuando hay un malentendido, como que algo de esa depresión empieza a desaparecer de una manera muy fuerte, porque es bajo la pregunta de qué paso que este amigo era cercano y ahora aparece como extraño? y como una dificultad como para ambas partes en reconciliarse completamente, es decir una especie de duelo que empiezan a tener que hacer al entender que los amigos pueden ya no estar o ser los mismos, cambiar de intereses y de grupos.

6. ¿Cree usted que existe una relación entre la depresión y la conducta suicida? ¿Por qué?

Si la hay pero no en todos los casos, por ejemplo en los que he atendido si habían muchos que estaban deprimidos, no necesariamente han pensado en matarse ni han tenido un pensamiento necesario de querer estar muertos, más bien para algunos ha aparecido a la par de la depresión como un síntoma conmovido por ciertos ataques de ansiedad y este ataque ha sido tan fuerte los ha hecho pensar que podrían morir y que evidentemente no es algo que quieren porque quieren de repente remediar su relación amorosa o empezar una nueva o concentrarse en su vocación. Este pensamiento o conducta suicida aparece cuando el adolescente no encuentra ningún referente con el cual apoyarse, no uno igual sino alguien que le represente un saber, una autoridad no autoritaria, sino desde el orden del amor, cuando no encuentra uno al cual dirigir su mensaje, no encuentra uno como referente puede aparecer mucho este comportamiento suicida en primer plano como una especie de mensaje que tiene que ver con lo que está pasando.

7. ¿Qué problema más frecuente puede presenciar en los adolescentes con pensamientos suicidas causados por depresión?

Un poco esta idea de que el mundo es banal como no hay nadie en el mundo que pueda comprender, ayudar o entender la situación, eso crea una serie de desconfianza en el otro y una especie de aislamiento propio, podría influir en una especie de desinterés que no implica un problema

cognitivo, como por ejemplo desinterés en los estudios porque no se ven como importantes o no se ve un rumbo por el cual caminar, como que la percepción del futuro no fuese importante.

8. ¿Qué aspectos psicológicos de los pensamientos suicidas se pueden evidenciar en los adolescentes?

Pueden a ver los dos polos como un recurrente aislamiento porque nadie los comprende, o una necesidad de sacar todo lo que tienen adentro, como el necesitar poner mucho en palabras y no es suficiente porque no logran cernir qué mismo es lo que los pone tan mal todo el tiempo, el aislamiento como un recurrente de tener que hablar. Puede aparecer una especie de desconfianza en los otros y también como un cierto desamparo en relación al futuro, como al estar extremadamente arregado al presente y sentir que el tiempo es eterno y que no tiene un sentido aparente, en el cual las emociones aparecen como eternas como no hay un punto que les ayude a solucionar lo que ocurre.

9. ¿Cuáles cree que son los factores de riesgo que más predominan en los pensamientos suicidas de los adolescentes?

- 1 el adolescente no encuentra algún otro o figura con la cual pueda resolver lo que le pasa a su tiempo.
2. Ante esa ausencia de figura el sujeto repita una y otra vez distintos mensajes con los cuales se va haciendo daño en el cuerpo y emocionalmente y el otro no pueda leer lo que le pase.
3. Que se aíse completamente y no quiera dar explicaciones de sus amigos, de las redes sociales.
4. Que la familia no sea un soporte en lo más mínimo que le parezca como extraña, muy demandante y muy autoritaria y crea una especie de sentimiento de rechazo.

10. ¿Cómo incide la conducta suicida en el adolescente?

Esta conducta incide sin duda cuando alguien lo comete, deja una marca, establece una especie de antes y después, marca la historia de vida de esa persona y en el mejor de los casos en el encuentro con un psicólogo

que puede reperparse de su historia, ubicar que lo hizo, porque paso y nuevas herramientas quizás para el futuro, deja una marca y el sujeto necesita reconstruir su vida con los otros pares, las autoridades y con la gente que quieren.

Entrevistas a profesionales

Psicólogo 4

Código de entrevista: 004

Día de la entrevista: 12/08/2023

Batería de preguntas:

1 ¿Qué es la adolescencia?

Es un momento evolutivo importante en donde dejamos de ser niños y empezamos a convertirnos en adultos. Un periodo de la vida en el que se producen en los seres humanos cambios psicológicos como correlato de los cambios físicos y que implican una nueva manera de relacionarse consigo mismo y con los demás por lo que se necesita desarrollar nuevas pautas de convivencia.

2 ¿Para usted cómo se caracteriza la adolescencia?

Como una descripción de los aspectos específicos que la distinguen de las otras etapas de la vida, por ejemplo, el rol de la sexualidad genital en el proceso de crecimiento. El duelo por la pérdida del cuerpo infantil y la necesidad de identificarse con los nuevos modelos de adulto. La lucha por la independencia trae aparejados conflictos en los vínculos con los padres y la lucha por el control de la agresividad lo que permite la reestructuración de los vínculos objetales fuera del grupo familiar facilitando la aceptación de los demás y la construcción de los vínculos sociales.

3. ¿Qué cambios más comunes se han dado en la adolescencia?

Cambios corporales que influyen en los cambios emocionales que experimenta el adolescente, en primer lugar, están los cambios en la sexualidad experimentada con mayores urgencias y necesidades lo que lo

obliga a relacionarse de modo diferente con personas de su mismo sexo y con las de sexo contrario.

En segundo lugar, están las necesidades sociales de independencia, cuestión que tiene lugar durante un largo periodo en el que la conducta del adolescente varía entre expresiones extremas de dependencia e independencia que muchas veces desconciertan a los padres y que puede convertirse en fuente de conflictos con estos o con sus maestros.

En tercer lugar, está la necesidad yoica de definir una identidad, para ello el adolescente recurre a patrones o modelos presentes en el grupo familiar o externos (presentes en su entorno) con los cuales busca identificarse y ser reconocido/da por los demás.

En cuarto lugar, está la elaboración del duelo por el abandono del cuerpo infantil y la aceptación de ese nuevo cuerpo con el cual se representa ante los demás. Esta aceptación es una condición para el ejercicio de su propia genitalidad.

Cabe señalar que los cambios no ocurren de idéntica manera para todos los individuos pudiendo variar en función de aspectos culturales y familiares propios de los contextos en los que se desarrolla la vida del adolescente.

4. ¿Qué protocolo aplica en caso de que se presente a la consulta un adolescente con depresión?

En primer lugar, es preciso determinar si se trata de una verdadera depresión o no, por lo general los adolescentes tienen oscilaciones del humor que ocurren por el mismo proceso de crecimiento, por lo que sus estados de tristeza no deben ser considerados como verdaderas depresiones. Tengo por norma incluir siempre los padres en el abordaje diagnóstico y terapéutico, pues son ellos los que proporcionan la información necesaria sobre el adolescente, en algunos casos, son los padres más que el adolescente los que requieren ser ayudados a entenderse a sí mismos y a entender lo que ocurre con sus hijos.

Recordemos que con frecuencia las inconductas de los adolescentes reactivan viejos conflictos en los adultos y son estos conflictos sin resolver los que generan angustia en los padres recurriendo para controlarlos a la confrontación directa o por el contrario se apartan con temor de ellos.

La tarea diagnóstica con él o la adolescente es fundamental para entender cómo se está produciendo el clivaje entre fantasía y realidad, y cuáles son los mecanismos de defensa que el adolescente emplea para lidiar con la agresión o la ansiedad resultante, es importante que el adolescente tenga oportunidad de hablar con libertad de sí mismo y de ejercer su nueva condición de adultez, por ello en la relación terapéutica, es necesario aplicar las mismas reglas presentes en el trabajo con adultos tales como guardar el secreto profesional y ayudar al chico a madurar la demanda de ayuda, base fundamental tal para sostener un eventual tratamiento.

De encontrar elementos clínicos que nos lleven a un diagnóstico de depresión en el adolescente, es necesario determinar el tipo de trastorno con el que vamos a lidiar pues no es lo mismo trabajar con un paciente con una condición depresiva actual, resultado de una pérdida o abandono sufrido, que trabajar con un paciente con una condición maníaco depresiva que lleva algún tiempo caracterizada por una deficiente lectura de la realidad.

5. ¿Cuál es la causa más común de los pensamientos suicidas en los adolescentes?

No existe una causa común de los pensamientos suicidas en los adolescentes, cada paciente presenta una dinámica y problemática particulares que nos lleva a indagar sobre los Psico dinamismos en juego y sobre el contexto particular en el que su patología adquiere sentido.

En algunos casos los adolescentes intentan suicidarse como una forma de desafío a sus figuras de autoridad, buscan mostrarles a sus progenitores que ellos tienen el control de sí mismos y que pueden decidir que hacer o no con sus vidas, en otras ocasiones el acto suicida es la búsqueda de una salida desesperada frente a intensos sentimientos de culpa o de angustia. El individuo fantasea que a través del suicidio puede lograr alivio, aunque paradójicamente este mismo acto termina con su vida.

Se dice que una persona que en realidad quiere suicidarse no lo intenta, sino que lo hace y que el suicida busca medios letales para lograr su propósito, en cambio muchas veces el adolescente que verbaliza que quiere suicidarse fantasea con un estado de bienestar y mueve a su grupo familiar a estar

pendiente de ellos y a proporcionales los suministros narcisistas que sienten que necesitan.

En algunos casos existen señales clínicas que son pasadas por alto por los progenitores tales como la baja actividad física, el desapego por las tareas rutinarias, los sentimientos de no ser ellos mismos, la retracción social, el insomnio y falta de apetito. Estos signos pueden ser señales que indican que el individuo está lidiando con intensos estados de angustia que pueden ser precursores de reales intentos de suicidio.

6. ¿Cree usted que existe una relación entre la depresión y los pensamientos suicidas? ¿Por qué?

Es necesario aclarar que hay diferencias entre una persona que tiene pensamientos suicidas y otra que lleva a cabo actos suicidas, muchas personas luchan con pensamientos de auto aniquilación todos los días, pero ello no significa necesariamente que atraviesen por una depresión, otra configuración clínica es cuando la persona pasa al acting out y pone en marcha en la realidad acciones concretas para terminar con su vida.

Por otra parte, existen suicidas cuyos actos suicidas han tenido lugar en momentos en que la depresión ha tenido notable mejoría. Tal pareciera que al contrario de lo que se piensa, el individuo depresivo no actúa contra sí mismo mientras atraviesa por la condición penosa de la depresión, sino que el acto suicida tiene lugar cuando el individuo se siente liberado de dichos sentimientos o recuerdos penosos, para algunos investigadores esto puede ser entendido dinámicamente como un intento del Yo de escapar de un superyó sádico que continuamente lo somete a estados penosos de culpa y desasosiego.

7. ¿Qué problemas más frecuentes se pueden presenciar en los adolescentes con pensamientos suicidas causados por la depresión?

Problemas de relación con los demás, desconfianza de todo y de todos, Baja valorización de sí mismo, sentimientos de abandono parental y social, Inadecuación social, necesidad continua de reaseguramiento, incapacidad para comprender sus propios pensamientos y sentimientos.

8. ¿Qué aspectos psicológicos de los pensamientos suicidas se pueden evidenciar en los adolescentes?

Sentir desesperanza, impotencia, falta de valor, tristeza. Perder interés en actividades que, por lo general, se consideran agradables. Cambios en los hábitos de alimentación y de sueño. Sentirse continuamente agotados y con poca energía. Ideas de suicidio recurrentes, retracción social, labilidad afectiva, alteraciones del sueño y del apetito, quejas de cansancio extremo y pérdida de interés en las tareas rutinarias.

9. ¿Cuáles cree que son los factores de riesgo que más predominan en los pensamientos suicidas de los adolescentes?

Los factores de riesgo no predominan en los pensamientos suicidas de los adolescentes, los factores de riesgo son aquellas características o circunstancias que cuando están presentes en una persona, hacen más probable que sufra un trastorno en comparación con otra persona que no los presenta.

En el caso de los individuos suicidas son:

Antecedentes de enfermedad mental en un pariente consanguíneo, como son los padres abuelos o hermanos, pérdida repentina de seres queridos, divorcios, relaciones amorosas frustradas, dificultades económicas agobiantes situaciones de maltrato o lidiar con enfermedades físicas crónicas como el asma la artritis o la diabetes.

10. ¿Cómo incide la conducta suicida en el adolescente?

El adolescente que intenta suicidarse experimenta sentimientos de congoja, ansiedad y culpa, rabia reprimida y confusión acerca de sus propias motivaciones para el suicidio. Los problemas antes descritos coartan en ellos las posibilidades de generar vínculos sanos con el entorno y tanto los familiares como los amigos tienden a apartarse de él o ella, por considerarlo desagradable o por sentirlo como amenaza para la armonía familiar, el adolescente suicida pocas veces tiene conciencia de la necesidad de recibir ayuda, existe más bien en ellos una postura de desesperanza general, muchos esperan pasivamente a que ocurra algo mágico que los saques de su condición.

Esta conducta incide en:

Las frecuentes riñas entre los padres o las peleas con los hermanos, las bajas expectativas acerca de sí mismo y sobre los demás, lo que va unido a la desesperanza generalizada ante toda situación lo que les impide generar un proyecto mínimo de vida y la sensación de ser una carga para los demás y la continua apatía y desconfianza lo traba de entrada la generación de vínculos objetales que sirvan de apoyo o sostén emocional.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Costales Cedeño, Shaskia Carolina**, con C.C: # **0951822071** y **Moreno López, María Paulina**, con C.C: # **0956569958** autoras del trabajo de titulación: **Relación de la depresión con los pensamientos suicidas en el adolescente** previo a la obtención del título de **Licenciada en psicología clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 6 de septiembre de 2023

f. _____

Nombre: **Costales Cedeño, Shaskia Carolina**

C.C: **0951822071**

f. _____

Nombre: **Moreno López, María Paulina**

C.C: **0956569958**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Relación de la depresión con los pensamientos suicidas en el adolescente		
AUTOR(ES)	Costales Cedeño, Shaskia Carolina Moreno López, María Paulina		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psi. Cl. Colmont Martínez, Marcia Ivette, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de filosofía, letras y ciencias en la educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	6 de septiembre de 2023	No. DE PÁGINAS:	75
ÁREAS TEMÁTICAS:	Adolescencia, Pensamiento suicida, Enfoque cognitivo conductual		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Depresión; Pensamientos suicidas; adolescencia; conducta suicida; Aspectos psicológicos; Factores de riesgo.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El presente trabajo tuvo como finalidad recabar información para conocer acerca de la relación de la depresión con los pensamientos suicidas en los adolescentes, ya que constituye un problema de salud a nivel mundial debido a su alta tasa de casos de depresión en adolescentes, esta investigación propone indagar acerca de la relación entre la depresión y las ideas suicidas para tener en consideración estrategias de prevención, realizando intervenciones adecuadas que puedan abordar y modificar aquellos pensamientos e ideaciones suicidas, que en muchos casos llegan al suicidio. El objetivo principal fue analizar la relación de la depresión con los pensamientos suicidas en los adolescentes para identificar cómo incide este trastorno del humor en dichos pensamientos, por medio de una revisión bibliográfica y entrevistas semiestructuradas a especialista en Psicología Clínica. El método que se eligió para la realización de este trabajo de investigación fue el descriptivo, el paradigma interpretativo en relación con el enfoque cualitativo por medio de una revisión bibliográfica como técnica y por medio de entrevistas semiestructuradas como instrumento, los cuales permitieron obtener experiencias, conocimientos y perspectivas en profundidad para complementar la información encontrada en la literatura. En base a los resultados de la revisión bibliográfica se pudo analizar sobre el cómo se percibe la conducta de un adolescente con depresión y cómo puede llegar a tener pensamientos suicidas, por medio de las entrevistas se pudo comprender sobre las características de un paciente adolescente depresivo que tiene pensamientos suicidas que llegan a tener conductas suicidas, ya sea porque muchas personas como el ambiente familiar, social llegan a ser afectados para el adolescente.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-999777555 +593-939567045	E-mail: shaskia.costales@cu.ucsg.edu.ec maria.moreno20@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.		
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419		
	E-mail: francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			