



Universidad de Chile

Facultad de Ciencias Sociales – Facultad de Medicina

Magister en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto Juvenil

**“SIGNIFICADOS ACERCA DE LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE Y
SUS MANIFESTACIONES, A PARTIR DE LOS RELATOS DEL
JOVEN Y SU MADRE: UNA MIRADA FENOMENOLÓGICA”.**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología,

Mención Psicología Clínica Infanto - Juvenil

Alumna : María Teresa Pavez Rosales.
Tutora : María Elena Montt Steffens.
Asesora Metodológica : Adriana Espinoza Soto

Santiago, 2016

*A Darío y Teresa,
porque con vuestro paciente amor incondicional,
continuo cultivando mi desarrollo.*

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo fue realizado gracias al apoyo, colaboración, impulso, guía e inspiración de valiosas personas que quiero reconocer muy sinceramente. Primero agradecer a mi madre y a mi hijo, Teresa y Darío, por su amor incondicional, con ello, todo esfuerzo y trabajo fluye, ellos son siempre la mejor inspiración en mi vida. A mi hermana, Andrea, por ser una compañera fiel en todos mis pasos. A mi padre, Sergio, y hermanos, Fabián y J. Danilo, por apoyarme siempre. A mi profesora guía, María Elena Montt, por todo su valioso conocimiento y el impulso motivador que le dio a este trabajo, desde la primera idea hasta el final, por su paciencia y ayuda, su guía fue fundamental para el logro de esta investigación. Al apoyo y fuerza que me entregó la asesora metodológica, Adriana Espinoza, su conocimiento y aportes fueron esenciales para la comprensión amplia que se le pudo dar a los resultados. A cada uno y una de las jóvenes que participaron en este trabajo, y a cada una de sus madres, que pese a todo lo que puede provocar, la evocación de los difíciles momentos que relataron en este trabajo, lograron entregar de manera íntegra su vivencia, lo que posibilitó la realización de esta investigación. A todo el equipo de la Unidad Infanto Juvenil del Hospital Psiquiátrico Del Salvador de Valparaíso, por la acogida y gran apoyo brindado. Finalmente, quiero reconocer la gran contribución que me brindan siempre mis amigas y amigos, mi familia elegida desde el camino recorrido, Ivis, Carolina, Daniela, Macarena, Bárbara y Tomas.

“SIGNIFICADOS ACERCA DE LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE Y SUS MANIFESTACIONES, A PARTIR DE LOS RELATOS DEL JOVEN Y SU MADRE: UNA MIRADA FENOMENOLÓGICA”.

RESUMEN

La presente investigación cualitativa, estudia los significados de la vivencia depresiva del adolescente, en el curso de su desarrollo. Nuestro objetivo es conocer los significados que adolescentes diagnosticados y tratados por depresión, tienen acerca de su vivencia depresiva, se complementa esta información, con los relatos de sus madres, comprendiendo que ellas poseen información relevante respecto de la gestación y del desarrollo de estos jóvenes, además, ellas son quienes acompañan el ingreso y proceso de intervención, de estos jóvenes a los sistemas de salud.

Se trabajó con 5 adolescentes, que están siendo tratados, en el Hospital Psiquiátrico Del Salvador de Valparaíso. Para el análisis se utilizó el método fenomenológico hermenéutico desarrollado por Lindseth & Norberg (2004), basado en el trabajo del filósofo Paul Ricoeur.

Esperamos contribuir con un conocimiento poco investigado, como es el significado que tiene esta enfermedad, para quienes la presentan y para quienes gestan y acompañan sus vidas. Se pretende aportar al campo de la psicología clínica infanto juvenil, cuyo desafío respecto de la depresión, es muy importante, debido a la alta prevalencia en la población general y específicamente, por el deterioro que conlleva en la vida de las personas, cuando se presenta en etapas tempranas del desarrollo.

INDICE.

Introducción:

Antecedentes Generales.....	7
-----------------------------	---

Marco Teórico:

Adolescencia.....	15
Depresión en adolescentes chilenos.....	19
Depresión, del diagnóstico a un análisis comprensivo.....	21
Depresión en el proceso de desarrollo.....	25
Síntomas complejos:	29
- Autoagresión.....	29
- Pérdida de Motivación Vital en la Adolescencia.....	30
Teoría del Apego, ampliando la comprensión.....	35

Objetivos:

Pregunta de Investigación.....	35
Objetivo General.....	35
Objetivos Específicos.....	35

Marco Metodológico:

Enfoque Teórico-Metodológico del Estudio.....	36
Diseño.....	37
Universo.....	37
Muestra.....	37
Criterios de Inclusión.....	38
Criterios de Exclusión.....	38

Técnica de Recolección de Datos.....	38
Análisis e Interpretación de la Información:	
Análisis Narrativo según Lindseth y Norberg.....	40
Comprensión Amplia.....	40
Análisis Estructural de la Información.....	72
Comprensión Amplia.....	85
Conclusiones y Discusión.....	98
Bibliografía.....	103
Anexos.....	118

INTRODUCCIÓN

Antecedentes generales.

Las enfermedades de salud mental son un grave problema a nivel mundial, especialmente, por su alta prevalencia y por el impacto negativo que generan en la calidad de vida de las personas que las presentan. Al respecto, variados estudios a nivel mundial, exponen que del total de la población, entre un 20% a un 25%, presenta algún trastorno de este tipo, en algún momento de su vida, además, ya en el año 2000, se calculaba que los trastornos mentales y neurológicos, fueron responsables de un 12% del total de Años de Vida, Ajustados en función de la Discapacidad o también mencionados con la sigla AVAD (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

En Chile, esta realidad se presenta en el mismo sentido, evidenciándose una prevalencia en la vida, de los principales trastornos mentales, de un 36%, además, esta situación explica el 15% del total de AVAD (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn & Torres, 2002).

Ahora bien, dentro de las enfermedades de salud mental, son los denominados Trastornos Depresivos (American Psychiatric Association [APA], 2013), uno de los más relevantes, principalmente por la alta prevalencia y por el sucesivo aumento a través de los últimos años (Pelkonen & Marttunen, 2003; Brent, 2007). Por su parte, el Informe Sobre la Salud en el Mundo del año 2001, refiere que la prevalencia de los episodios de depresión unipolar es del 1,9% en hombres y del 3,2% en mujeres, agrega además, que el 5,8% de la población masculina y el 9,5% de la población femenina, experimentarán un episodio depresivo, en un período de 12 meses (OMS, 2001). Datos más actualizados refieren que 350.000.000 de personas ya han sido diagnosticadas con depresión y que esta patología ocupara el primer lugar en la carga global de enfermedades para el año 2030 (World Federation for Mental Health [WFMH], 2012). Actualmente, ya es la segunda causa de AVAD en la categoría de 15 a 44 años (OMS, 2002).

En América Latina la depresión esta entre las tres patologías mentales más prevalente, solo por debajo del abuso y dependencia del alcohol (Kohon et al., 2005).

Respecto de nuestro contexto nacional, se ha observado que los episodios depresivos poseen una prevalencia en una semana, de un 5,5% (8% en mujeres, 2,7% en hombres), esto considerando un estudio realizado entre los habitantes de Santiago y teniendo como foco, el rango de edad de 15 a 64 años (Araya, Rojas, Fritsch, Acuña & Lewis, 2001). Una investigación más recientes, que estudio la prevalencia de las patologías psiquiátricas en adultos chilenos y que considera las provincias de Santiago, Concepción, Iquique y Cautín (con base en criterios DSM III-R), refiere que de los trastornos con mayor prevalencia de vida, la depresión mayor es la segunda, con un 9%, luego de la agorafobia (11,1%), la distimia (8%), y la dependencia de alcohol (6,4%) (Vicente et al., 2002).

La Encuesta Nacional de Salud, con datos recopilados durante los años 2009 y 2010, estableció que para personas de 15 años y más, la prevalencia de sintomatología depresiva del año, fue de 17,2%, llegando a un 25,7% entre las mujeres. Se estima además, que la depresión unipolar, es la segunda causa de AVAD, en población general chilena y la primera, en las mujeres entre 20 y 44 años (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2011).

El panorama de la depresión, en población infanto juvenil chilena, es también muy complicado, se considera que cada generación, a partir de 1940, presenta un riesgo mayor de desarrollar un trastorno depresivo, siendo factible reconocer dicha psicopatología a edades tempranas, además, los jóvenes con depresión, tienen un riesgo mayor de suicidio, abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos (Larraguibel, 2006. En Valdivia & Condeza, 2006). Cabe señalar, que se ha observado que aquellas personas que presentan depresión en etapas más tempranas de la vida, presenta más probabilidades de experimentar episodios depresivos recurrentes, a lo largo de su vida, comparado con las personas cuya depresión comenzó en un periodo posterior (Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein & Gotlib, 2000; Clarke & Debar, 2010). Estas características, respaldan la relevancia

de realizar investigación sobre depresión en la adolescencia, para la salud pública y para la clínica infanto juvenil.

En nuestro país, un reciente estudio reconoce que la prevalencia de los denominados Trastornos Afectivos (DSM-IV) en población infanto juvenil, es de un 5,1%, presentándose en mujeres en un 7,1% y un 3,2% en hombres, y respecto de la prevalencia según edad, se evidencia que en el rango entre los 4 a 11 años, la prevalencia es de 3,5% y entre los 12 a los 18 años, de un 7% (De La Barra, Vicente, Saldivia & Melipillán, 2012)

Los síntomas que se han descrito como parte de los que manifiestan las personas que presentan trastornos depresivos, se relacionan con alteraciones en el estado del ánimo, melancolía o irritabilidad, cambios concomitantes en el sueño, bajo interés en las actividades que realiza, sentimientos de culpa, pérdida de energía, problemas de concentración, cambios en el apetito, retraso o agitación en el procesamiento psicomotor e ideación suicida (APA, 2014).

Respecto de los factores asociados a la prevalencia, la evidencia expone, que la depresión mayor, definida de acuerdo a los criterios del DSM-IV, es casi dos veces más prevalente en mujeres que en hombres, con cifras de aproximadamente 8% a 10% en mujeres y 3% a 5% en varones (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas & Walters, 2005). Por su parte, la raza aparece también, como un factor a considerar, de esta manera, un importante estudio realizado en Estados Unidos, refiere que la prevalencia de vida para los episodios depresivos, fue de 17,9% en personas de raza blanca, de 12,9% en las personas de raza negra caribeña y de 10,4%, en las personas afroamericanas; sin embargo, la depresión mayor, era más crónica y se asociaba a mayor deterioro funcional, tanto en los individuos afroamericanos, como en los individuos negros del Caribe, en comparación con los individuos blancos (Williams, González, Neighbors, 2007).

Con relación al curso de esta enfermedad, se observa alta variabilidad, pudiendo presentarse a cualquier edad, donde la etapa de inicio más frecuente, es entre la adolescencia y los 39 años (Mrazek & Haggerty, 1994; Valenzuela & Muñoz, 2006). Se observa que presenta un primer incremento alrededor de los 17 años, una

segunda alza a la edad de 32 años y por último, un posterior incremento a los 65 años de edad (Medina-Mora, Borges, Muñiz, Benjet & Jaimes, 2003). En investigaciones posteriores, se reconoce un marcado aumento después de los 13 años (Cova, Melipillán, Valdivia, Bravo & Valenzuela. 2007). Encontrándose que la edad media de comienzo de la depresión, ha disminuido en las últimas décadas. Esta idea es reforzada por el documento de la OMS (2003), llamado “Caring For Children And Adolescents With Mental Disorders”, que ubica a la depresión y a los actos suicidas, asociados a esta condición psicopatológica, como uno de los problemas más relevantes y urgentes, que afectan a niños y adolescentes, señalando que la asociación entre la depresión y el abuso de sustancias, dispone a los jóvenes a un alto riesgo de suicidio.

Los trastornos depresivos son particularmente una enfermedad que dispone a la persona, hacia una reflexión vital, es tal el nivel de deterioro que la persona percibe en sí mismo, que se vincula con el deseo de morir, y esto muchas veces, moviliza a la persona hacia la búsqueda de formas concretas y activas, de lograr su muerte, como manera de poner fin a su sufrimiento. De este modo, la depresión, es uno de los antecedentes psicopatológicos mayormente vinculados con los intentos de suicidios (Bella, Fernández & Willington, 2010). Al respecto, lo informado por la OMS, en el “Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud” (OMS, 2002), expone que el suicidio da cuenta de la primera causa de muerte violenta, entre la población general (49,1% por suicidio, 31,3% por homicidios y 18,6% por acciones bélicas). Específicamente, en la infancia y adolescencia el suicidio corresponde a la quinta causa de muerte entre los 5 y 14 años, y a la tercera entre los 15 y 24 años de edad (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2003; Kochanek & Smith, 2004; Arialdi et. al. 2007). Además, se estima que entre un 2% a un 8%, de los niños y niñas depresivos, cometería suicidio, en una década de observación (Shafii, Lenarsky, Derrick, Beckner & Whittinghill, 1988; Rao, Weissman, Martin & Hammond, 1993), entre el 60% al 70% de los niños y niñas depresivos, experimentan ideación suicida, y de un 35% a un 50%, realizara intento suicida (Fombonne, Wostear, Cooper, Harrington & Rutter, 2001).

Se han realizado además, importantes esfuerzos para intentar pronosticar el inicio de la depresión y con ello, enfocar intervenciones preventivas, al respecto, cabe señalar el denominado estudio “Predict D” que se realizó en Europa (7.209 pacientes), con una contraparte en España y Chile (2.488 pacientes), con pacientes tratados por depresión en atención primaria, este laborioso estudio, busco obtener un algoritmo para predecir riesgo de depresión en consultantes de atención primaria, a través de un índice de riesgo para prever el inicio y los posibles resultados de los tratamientos, los investigadores demostraron que la depresión mayor en atención primaria, se puede predecir en su inicio, por un índice de riesgo de 10 factores: 6 de ellos denominados como no modificables (edad, sexo femenino, nivel educativo, antecedentes personales de depresión, antecedentes de problemas psicológicos en familiares de primer grado), y 4 modificables (falta de apoyo en el trabajo remunerado y no remunerado, peor percepción de salud física, peor percepción de salud mental y percepción de discriminación) (Saldivia et al., 2014). Sin embargo, estas investigaciones son muy recientes y aún no se cuenta con programas de implementación preventivos, basados en sus resultados.

Se ha reconocido que la mayor parte de los factores de riesgo de esta enfermedad, lo constituye la mantención o no remisión, de un episodio depresivo anterior y temprano (Bottomley, Nazareth, Torres-González & Svab, 2010).

Así la depresión, presente en adultos, jóvenes y niños, es una problemática realmente relevante por su alta prevalencia, sus daños medidos en AVAD, por el deterioro en el curso del desarrollo y además, porque se encuentra altamente vinculada a las acciones suicidas. Todo lo anterior, se complejiza más cuando vemos la eficacia de los tratamientos que hoy en día se recomiendan para su abordaje. Al respecto, si bien por un lado, se cuenta con evidencia acerca de que la psicoterapia sería una buena forma de tratarla (Friedman, et. al. 2004; De Maat, Dekker, Schoevers & De Jonghe, 2007; Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick & Munizza, 2004), se ha constatado también, en meta análisis posteriores, que los efectos de la psicoterapia para la depresión en adultos, parecen estar sobreestimados considerablemente, debido al sesgo de publicación (que se refiere

a la posibilidad de que estudios que demuestren un efecto significativo, tienen mayores probabilidades de ser publicados, que los estudios que no encuentran ningún efecto significativo), cuya consecuencia es que, al revisar la literatura publicada, los efectos de los tratamientos aparecen como más efectivos de lo que son en realidad (Cuijpers, Smit, Bohlmeijer, Hollon & Andersson, 2010).

Por su parte, un importante estudio de eficacia (STAR*D), que se realizó con más de 4.000 pacientes y donde se analizan los beneficios de los antidepresivos como forma de tratamiento, considero una serie de ensayos controlados aleatorios de tratamiento, en un grupo ampliamente representativo de pacientes ambulatorios, diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor no psicótico. Los resultados refieren que las tasas de remisión de la enfermedad, fueron de 36,8% en el primer tratamiento, 30,6% en el segundo, 13,7% en el tercero y 13% en el cuarto, y las recaídas se informaron como la norma, evidenciándose que entre los 6 a 12 meses de remisión, un 50% de los pacientes presentaba una recaída. Este estudio concluye que a mayor cantidad de tratamientos, se esperan menores tasas de remisión y mayores de recaídas (Rush et al., 2006).

Con todo, cabe preguntarnos entonces, si estamos enfocando bien los esfuerzos en el tratamiento para esta importante y compleja patología. Y para respondernos esta trascendental pregunta, debemos remontarnos primero a la forma en que comprendemos esta enfermedad, esto porque los tratamientos están orientados desde la manera en que nos explicamos los síntomas depresivos. En relación con esto, diversas son las teorías que han intentado develar las variables relacionadas con el surgimiento y mantención de esta alteración del estado de ánimo. Así, se han propuesto causas de orden genético, bioquímico, neuroendocrinológico, neurofisiológico y neuroanatómico, y se ha señalado la posible influencia que tienen los traumas vitales tempranos, acontecimientos de vida específicos y factores tales como: el funcionamiento familiar y el nivel de soporte social (Vallejo, 2002; Larraguibel, 2006).

Al analizar la evidencia, vemos como las investigaciones mencionadas, están orientadas en su mayoría, hacia la búsqueda de factores o “causas”, que podrían

anteceder a los síntomas y ser la explicación de ellos. Con esta conceptualización se propone a un individuo aislado y no en un proceso de interacción recíproca con su medio, con ello corremos el riesgo de describir al contexto, como actuando sobre él individuo, con límites entre el sujeto y su contexto social que excluyen del análisis, el proceso de interacción recíproca que se da en un continuum, entre el individuo y su medio. Así, se hacen muy necesarias las investigaciones que complementen la información y que vayan más allá de las propuestas explicativas de esta enfermedad, investigaciones que busquen la comprensión, enfocadas en la interpretación que el sujeto realiza de su vivencia y como su realidad se presenta ante él, como el mismo significa “su verdad” acerca de lo que exteriorizan sus síntomas. Se evidencia así, para el abordaje de la depresión, la imperiosa necesidad del complemento entre la investigación cuantitativa con la investigación cualitativa, que nos permita una comprensión, tan amplia como profunda, de lo que significa en forma global e íntima, este fenómeno de la Depresión en el individuo. La carencia de esta comprensión, es posiblemente, uno de los aspectos que promueve que en el presente, a pesar de que la Depresión es uno de los temas más importante y por ello, uno de los más investigados en salud mental, aún no desarrollemos teorías integrales, que se refieran a la forma en la que actúa la depresión en la estructura psíquica de la persona, no hemos alcanzado tratamientos que logren abordar comprensivamente los significados, que tiene esta enfermedad para el propio individuo que la presenta y por ende, no logramos, tratarla de forma realmente eficiente.

De este modo, se hace muy necesario, el repensar esta patología con reflexión crítica, distinguiendo entre depresión y vivencia depresiva, donde esta última, destaca la experiencia emocional en el encuentro del sujeto con el mundo. El presente estudio pretende lograr ampliar la comprensión de la vivencia depresiva de los adolescentes, como personas que en el curso de su desarrollo, presentan en forma temprana esta enfermedad. Para esto, se pretende conocer los significados que tienen los adolescentes y sus madres, acerca del desarrollo de los síntomas depresivos en la vida del adolescente, de edades entre 14 a 16 años, consultantes en la Unidad Infanto Juvenil, del Hospital Psiquiátrico Del Salvador de Valparaíso.

Es un estudio de tipo cualitativo, ya que esta metodología nos permite acercarnos a la temática depresiva, desde la comprensión más íntima, buscando recoger los significados que los jóvenes y su contexto más cercano, representado por su madre, tienen del proceso vital del joven y en él, de cómo se van constituyendo los síntomas y la depresión en sus vidas. El análisis que se hizo de la información, se fundamenta en la tradición fenomenológica de Edmund Husserl (1859-1938) y en la hermenéutica de Martin Heidegger (1889-1976), esto porque nos interesa lograr comprensión de cómo se vivencian, las primeras manifestaciones de los síntomas depresivos en los jóvenes, desde sus propias interpretaciones y significados.

Se recogieron los relatos de adolescentes con diagnóstico y tratamiento de depresión y de sus madres. Así, pretendemos detenernos en aquello que los adolescente, significan como el proceso en que, en el transcurso de sus vidas, se ha ido configurando, como aquello que otros, han denominado como depresión. Se incorpora el relato de las madres de estos jóvenes, por dos motivos muy relevantes: el primero, porque son ellas quienes nos aportan información de primera línea, acerca de la gestación, parto y primeros años de vida de estos jóvenes y nos permiten con sus relatos, complementar la información recopilada con las y los jóvenes; segundo, porque nos interesan sobremanera, los significados que ellas tienen del proceso vital de sus hijos y de cómo en este proceso, se van desarrollando los síntomas depresivos, para así enriquecer la información y ampliar la discusión.

Se trabajó con jóvenes entre 14 a 16 años, esto porque, como se expuso con antelación, hay evidencias de que relativamente, es a estas edades, cuando se presenta la primera alza en la prevalencia de este trastorno. Esta investigación considero jóvenes que, al momento de la recopilación de la información, estaban siendo tratados en la Unidad Infanto Juvenil, del Hospital Psiquiátrico Del Salvador de Valparaíso (HPDSV). Los relatos de las madres, fueron de gran ayuda, por ser ellas quienes han tenido más contacto con estos jóvenes, sobre todo en los momentos en que sus hijos e hijas, fueron diagnosticados y en los procesos de tratamiento.

Es muy importante señalar, que al momento de seleccionar la muestra, nos encontramos con que la mayoría de los y las jóvenes que componían nuestro Universo, habían realizado previo al ingreso a la Unidad, al menos un episodio de intento de suicidio, esto posiblemente se debe, a que los cupos de atención son muy escasos y logran ser completados con estos jóvenes que presentan mayor nivel de gravedad en sus síntomas.

De esta manera, se pretende aportar a la comprensión acerca de los significados de la vivencia depresiva en jóvenes con diagnóstico de depresión y sus madres, y con ello, se aspira acceder a nuevas y mejores herramientas para el tratamiento y trabajo clínico con población infanto juvenil que presenta esta compleja, grave y prevalente enfermedad.

MARCO TEÓRICO

A continuación, presentamos las temáticas que enmarcan conceptualmente, esta investigación.

Adolescencia, momento de cambios trascendentales para el individuo.

Aquello que hoy denominamos "adolescencia", es un concepto relativamente moderno, definido como fase específica en el ciclo de la vida humana, a partir de la segunda mitad del siglo pasado (Roa, 1983).

La palabra "adolescencia" proviene del latín, deriva del verbo *adolescere*, que significa "crecer y desarrollarse hacia la madurez", que se relaciona más adecuadamente, con la idea de un proceso (Corominas, 1994).

En este proceso, él y la adolescente manifiestan transformaciones e inestabilidades emocionales, derivadas de la búsqueda de una identidad propia. Se ha reconocido en esta fase del desarrollo, la existencia de una fuerte predisposición a la melancolía, que se relaciona con tendencias a suponer consecuencias de fracaso, en todos los planos de su actividad, tendiendo al fatalismo y a la obsesión ante pequeños problemas. (Coleman & Hendry 2003)

Palacios, Marchesi & Coll (1994), refieren que la adolescencia, se caracteriza por:

- Cambios físicos: aparición y desarrollo de los caracteres secundarios y terciarios, se refieren a la madurez física reproductiva.
- Cambios sociales: los adolescentes aprenden una nueva forma de relacionarse con los otros, con base a lo que han aprendido en sus primeros años familiares, y tienden a la búsqueda de un lugar propio que los identifique y los haga partícipes de la sociedad.
- Cambios psicológicos: que se relacionan con la reevaluación de sí mismos, en un entendimiento y comprensión de la realidad, más amplia.

Los cambios mencionados, interactúan y se superponen, convirtiendo la adolescencia en un proceso muy conflictivo e inestable, en el cual las y los adolescentes están en una constante búsqueda de identidad (Palacios, Marchesi, Coll, 1994).

Uno de los aspectos a destacar en la adolescencia, es el establecimiento de nuevas formas de relaciones con los adultos, así como también con sus pares, cuya aceptación dentro del grupo, se convierte en motivo de gran significación para el bienestar emocional de la y el adolescente. Así, la adolescencia se distingue, teniendo como base, los logros del desarrollo de la personalidad alcanzados en etapas anteriores, por la aparición del pensamiento conceptual teórico y de un nuevo nivel de autoconciencia, por la intensa formación de la identidad personal y el surgimiento de una autovaloración más estructurada, por la presencia de juicios y normas morales no sistematizadas, de ideales abstractos, de intereses profesionales, aun cuando la elección de la futura profesión, no constituya un elemento central de la esfera motivacional de él y la adolescente (García, 2008).

En esta etapa, el individuo intenta distanciarse para obtener independencia, pero a la vez siente nostalgia de la protección materna. Así, el y la adolescente, se halla en una situación ambigua. Esta continua búsqueda de independencia, de deseo, y del temor de libertad y elección, requiere integrar la idea de estabilidad y continuidad con el pasado, con la idea de algo nuevo y de cambio (Gracia, Vigo, Fernández & Marcó, 2002).

Además, en todo este proceso de cambios y ambigüedades del adolescente, está presente un incremento de la afectividad, toda la conducta adquiere una tonalidad afectiva. Los sentimientos son realmente la riqueza psicológica, refuerzan los motivos y las conductas, y según estos sentimientos, la dirección será hacia la consecución de metas positivas, o así también, pueden promover conductas con objetivos autodestructivos, como la auto agresión, consumo de drogas o alcohol (Carvajal & Caro, 2009).

Es importante destacar además, otro concepto en el desarrollo del adolescente, como es la autoestima, con este término, se designa a la actitud o forma habitual, de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo. Los individuos en la adolescencia se vuelven más reflexivos sobre quiénes son y quiénes desean ser, se vuelcan hacia la contemplación de las diferencias en la forma en que actúan y en que piensan que deberían actuar. Las ideas que tenía antes de sí mismo, ya no se aplican más en iguales términos, sus nuevas capacidades y conocimientos, les permiten cuestionar opiniones y valores de los adultos (Alcántara, 2005). De este modo, se observa como muy relevante la búsqueda su propia identidad. Según Erik Erikson (1950), la búsqueda de identidad es un aspecto esencial de la expresión misma de la adolescencia, y los problemas relativos a la identidad con frecuencia constituyen una zona de conflictos importantes. Así, cuando él o la adolescente, se le dificulta definir los conflictos acerca de su personalidad, su independencia y su sexualidad, no logra desarrollar un concepto claro de sí mismo o una identidad adecuada (Fishman, 1990).

En este sentido, se ha identificado que la madurez adolescente, se adquiere dentro del contexto de una progresiva y mutua definición de la relación padres e hijo (Grotevant & Cooper, 1985). Se trata de que la familia sea un apoyo, y se pueda mantener una relación protectora y recíproca de respeto e independencia (Erikson, 1968). Sin embargo, la transición hacia esta etapa, también implica que los adolescentes dediquen menos tiempo a la familia y más a sus pares, reemplazando las figuras primarias de contacto (Carvajal & Caro, 2009).

Todo lo anterior, implica la formación de la identidad que agrupa de forma coherente, sus nuevas características físicas, psicológicas y su forma particular de entablar relaciones sociales. Es en este proceso de búsqueda de autonomía, individualidad y formación de la identidad, aparecen sentimientos de separación y responsabilidad, y con ello el riesgo de experimentar la vulnerabilidad a la soledad emocional y social, y una necesidad más fuerte para la afiliación. (Carvajal & Caro, 2009).

Con todo, este proceso de cambios y búsqueda de estabilidad e identidad de la y el adolescente, se ven muy afectadas las relaciones familiares, ya que todo lo que le ocurre al individuo en la etapa adolescente, amerita cambios profundos en la forma de relación que promueven mayor tensión en esta etapa (Zamorano, Navarro & Sotta, 2008).

El y la adolescente empieza a tener un sentido de su identidad que actúa con una fuerza orientadora de su vida: los intereses, los valores, la toma de decisiones y los motivos de logro, les llevan a observar los problemas familiares de manera diferente. Al respecto, Piaget (en Madrigal & Nuño, 2007) sostiene que en esta etapa, el pensamiento alcanza su máximo desarrollo, logrando la capacidad de abstracción que tiene el adulto, lo cual promueve observar las situaciones de forma más abstracta y ver lo que antes no lograba percibir y esto promueve mayor cuestionamiento y reflexión más amplia de las circunstancias.

Dentro del contexto del adolescente, el grupo de pares, se convierte en el centro de sus intereses, teniendo gran relevancia su opinión. Así aparece la rivalidad y los intentos de liderazgo y la preferencia, siendo la consigna el no ser rechazado y estar, por lo tanto, incluido en todas las actividades grupales. El ostracismo grupal se teme mucho y si se llega a aplicar, puede llegar a desencadenar en el adolescente gran agresión, episodios depresivos, trastorno de alimentación, ideas suicidas o intentos autodestructivos, puesto que la vivencia es de abandono y pérdida de la integridad interior (Carvajal, 1993).

También, Minuchin y Fishman (1983) plantean que la familia empieza a interactuar como un sistema de control, sobreprotección y a menudo competidor en el periodo

de la adolescencia de los hijos e hijas. Por otra parte, la capacidad cada vez mayor de él y la adolescente, les habilita cada vez más para demandar reacomodamientos de sus padres en los temas de autonomía y el control, los cuales se tiene que renegociar en todos los niveles. En este sentido, el ciclo vital de la familia varía entre períodos de estabilidad y períodos de cambios. Estos eventos familiares van construyendo hechos de alta significación para el adolescente y la familia, y que provocan cambios en el ritmo normal de ella, originando momentos de estrés, que se pueden entender como crisis familiares (Minuchin & Fishman, 1983).

Para los padres resulta muy doloroso aceptar un nuevo tipo de relación, en la que van perdiendo gradualmente el control de sus hijos e hijas, produciéndose la llamada crisis o ruptura generacional, que consiste en el choque entre formas de vida diferentes, entre la presión familiar que quiere que la nueva generación continúe reproduciendo su mismo modelo de vida, y el adolescente que quiere por sí mismo optar por formas diferentes de concebir y vivir su propia vida, construyendo realidades distintas y forjando una identidad propia (Micucci, 2005).

Depresión en adolescentes en nuestro contexto nacional, miradas cuantitativas.

El estudio chileno de Rivas, Vásquez y Pérez (1995), en base a una muestra de 411 niños y niñas, entre 8 y 15 años, investigaron consultando a padres, profesores y niños, acerca de la presencia de sintomatología depresiva observada y concluyen que la prevalencia de depresión fue del 9% según los padres, 26% según los profesores y 13% según los propios niños y niñas.

Cumsille & Martínez (1997) con el propósito de conocer la sintomatología depresiva exteriorizada por la población adolescente, realizaron un estudio en dos colegios del área sur de Santiago. Para dicho propósito, utilizaron una batería de cuestionarios de auto reporte, consistente en una versión modificada del Inventario de Depresión de Beck (BDI). El puntaje obtenido en la muestra fue de $15,61 \pm 9,8$ puntos, lo cual de acuerdo a un puntaje de corte de 15 puntos (como límite que permite discriminar entre la presencia o ausencia de depresión), posiciona al 44%

de la muestra dentro de la categoría de episodio depresivo mayor (51,2% en mujeres; 36% en hombres). Utilizando un puntaje de corte de 20 (más conservador y conforme a las sugerencias de Beck) se observó una prevalencia de 32,2% (37% en mujeres; 26% en hombres). Entre los diversos componentes del BDI, los adolescentes mostraron una tendencia a tener dificultades para tomar decisiones (32,2% de la muestra), culparse continuamente (25,9%), escasas o ningunas esperanzas en el futuro (sobre el 21%) y pérdida de interés o aburrimiento (sobre el 19%).

En miras a estimar la prevalencia de síntomas y síndromes depresivos y ansiosos en una muestra de adolescentes de la ciudad de Concepción, Cova y sus colaboradores, en el año 2007, desarrollaron un estudio con 746 estudiantes de enseñanza media (374 mujeres y 372 varones), con una edad promedio de 16,08 años, los instrumentos utilizados en esta investigación fueron la segunda versión del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI27). La puntuación promedio obtenida fue de 16,2%, con una desviación estándar de 11, arrojando dígitos más altos que en otros países, consiguiéndose las mayores puntuaciones en los ítems relacionados con cambios en el patrón de sueño, dificultad de concentración, autocríticas y cambios en el apetito. Basados en los valores de corte sugeridos por Beck, se puede señalar que un 32,6% de los adolescentes de la muestra, presenta sintomatología depresiva de tipo moderada o severa, mientras que el 42,3% reporta síntomas ansiosos de severidad similar. Además, los resultados de esta investigación indican que la sintomatología ansiosa y depresiva se manifiesta en mayor medida en mujeres, y que existe un incremento de aquella en el subgrupo 17 a 19 años, al compararse con el subgrupo 14 a 16 años, lo cual sería concordante con datos obtenidos en otros estudios.

Posteriormente, Cova, Rincón, Valdivia & Melipillán (2008), en una investigación titulada *“Prevalencia de trastornos depresivos e impedimento asociado en adolescentes de sexo femenino”*, buscaron cuantificar la prevalencia de último mes y último año, de depresión mayor y distimia, en mujeres de primer año de enseñanza media de la ciudad de Concepción, mediante una entrevista digitalizada (NIMH-

DISC-IV) que posibilitó la obtención de diagnósticos orientados según criterios DSM-IV. En esta investigación se observó que un 9,3% del grupo, vivenció un episodio depresivo mayor durante el último año, mientras que un 5,2% lo presentó a lo largo del último mes. En todos los casos, los síntomas depresivos se asociaron a una significación clínica, entendiéndose por aquella, a la presencia de malestar o impedimento intermedio o severo, en al menos una de las siguientes áreas de funcionamiento: diestrés atribuible a los síntomas, relaciones con cuidadores o familiares, participación en actividades familiares y con amigos, adaptación escolar y relaciones con profesores. Por último, la prevalencia del trastorno depresivo mayor subumbral fue de 11,6%, mientras el trastorno distímico subumbral alcanzó el 8,5%. Los autores concluyen que a pesar de las dificultades que existen para hacer comparaciones, y de las limitaciones que puede poseer el estudio, los porcentajes de prevalencia observados en la muestra tendieron a ser mayores que los descritos en otras sociedades (Cova et al., 2008).

Finalmente, el estudio de epidemiología psiquiátrica en niños, niñas y adolescentes, realizado por De La Barra, Vicente, Saldivia y Melipillán (2012), con población de Santiago, Iquique, Concepción y Cautín, que incorpora una muestra total de 1.558 niños, niñas y adolescentes, en la que se aplicó la versión computarizada española de la entrevista DISC – IV y un cuestionario de uso de servicios, realizándose entrevista a los padres o cuidadores del grupo de niños y niñas, de 4 a 11 años, y directamente a los adolescentes del grupo de 12 a 18 años. En esta investigación, se determinó que el Trastorno Depresivo Mayor es el más prevalente, dentro de los Trastornos Afectivos (5.1%), siendo además, la tercera patología más prevalente. Se estimó también, que la psicopatología presente en la familia, aumento 5 ½ veces, el riesgo de presentar un Trastorno Afectivo y que, tanto el vivir con un solo padre, como el vivir con otras personas, aumenta el riesgo para los Trastornos Afectivos.

Depresión: desde los síntomas y el diagnóstico, a un análisis fenomenológico comprensivo.

Los síntomas que se describen como parte del Trastorno Depresivo, han estado presentes en la historia humana, desde hace muchos años, así sabemos que se

estudiaba desde los tiempos de los filósofos griegos como “Melancolía” (Moreira, 2007). Se trata de una enfermedad que en épocas pasadas, se la ha descrito como un “hundimiento vital” en el que se sufre en todo el ser, se sufre por vivir (Aguirre, 2008).

En el presente, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta versión (DSM-V), propone realizar diagnóstico de Depresión, en la medida en que la persona presente por al menos dos semanas, varios indicadores, entre los que se cuentan: el estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer; alza o baja de peso; hipersomnia o insomnio; agitación o retraso psicomotor; fatiga o disminución de energía; sentimiento de culpabilidad o inutilidad excesiva; dificultades para: concentrarse, tomar decisiones y pensar; posibles pensamientos de muerte, ideas o plan suicida; todo ello evaluado desde la propia persona o siendo observable desde las personas con quienes se relaciona; estos síntomas logran ser un cambio importante en la forma de ser de la persona y causan malestar significativo. En esta versión además, se incluye dentro de los Trastornos Depresivos (TD), el Trastorno de la Desregulación Destructiva del Estado de Animo (DAS), que se incluye pensando específicamente, en esta sintomatología presente en los niños y adolescentes, y para ello, propone que el primer diagnóstico se realice entre los 6 y 18 años, logrando abarcar sintomatología ligada a intensos accesos de cólera, con estado de ánimo irritable o irascible la mayor parte del tiempo, durante 12 o más meses. Finalmente, dentro de los TD, se mantienen en esta versión, el TD Mayor; TD Persistente (Distimia); Trastorno Disfórico Premenstrual; TD inducido por sustancias/medicamentos; TD debido a otra enfermedad médica; Otro TD especificado; Otro TD no especificado. Además, se recomienda identificar diversos especificadores de gravedad y cualidades sintomatológicas, como son la presencia de ansiedad, mixtos, melancólicos, atípicos, psicóticos congruentes o no, con el estado de ánimo, con catatonía, con inicio en el peri parto o con patrón estacional (APA, 2013).

En nuestro contexto nacional, existe la Guía Clínica AUGE, del Ministerio de Salud Chileno, para el Tratamiento de Personas con Depresión, con edades de 15 años y

más, donde se define la Depresión, como un trastorno del humor y del estado de ánimo, que se manifiesta a partir de variados síntomas, que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal (MINSAL, 2007).

Miradas más amplias acerca de la Depresión, incluyen las dimensiones cultural, endógena y situacional, que se presentan en mutua interrelación en la persona deprimida. Descrita así, la Depresión es descrita como una experiencia cultural que surge no sólo a partir de estructuras y procesos clínicos, sino también, a partir de factores políticos y sociales. Caracterizando la depresión tanto por la universalidad de cómo se presenta en las diversas culturas, como por su diferenciación en las diferentes formas de expresión y ocurrencia en cada cultura particular (Moreira, 2007; Fox, Prilleltensky & Austin, 2009).

Existe también, el análisis fenomenológico que problematiza la Depresión, su abordaje y tratamiento, este se concentra en la experiencia emocional en el encuentro del hombre con el mundo y sugiere un diagnóstico que distingue, entre depresión y vivencia depresiva. Desde esta comprensión de la depresión, se propone concebir a esta enfermedad como una experiencia emocional que surge en la dinámica de coordinaciones conductuales del individuo con su medio y que determina modos particulares de acción, en el encuentro del hombre con el mundo. Así, esta perspectiva refiere a la Depresión, no como una agrupación de síntomas, sino una forma particular de estar en el mundo, una manera de relación con el Mundo, que se caracteriza por la presencia de 3 fenómenos de base (Dör, 1995):

- Compromiso corporal: un cambio en la experiencia de la corporalidad que compromete estados de decaimiento, falta de ánimo y fuerza, pesadez corporal, ansiedad localizada, entre otras similares.
- Compromiso de las funciones que nos conectan con el mundo: se presenta como fenómeno inhibitor en las diferentes funciones que nos vinculan con el mundo, que se manifiesta como desconcentración, rumiación de

pensamiento, dificultad para decidir y moverse, rigidez corporal que en ocasiones se manifiesta como estupor depresivo.

- Compromiso de la ritmicidad biológica, con alteración o inversión de los ritmos fundamentales, como se constatan en las manifestaciones de insomnio, anorexia, oscilación del ánimo, bradicardia, disminución de la libido, etc.

Dentro de los aportes fenomenológicos acerca de la depresión, cabe destacar además, los esfuerzos que realiza la autora brasileña, Virginia Moreira, quien expone en su trabajo denominado "*Significados Posibles de la Depresión en el Mundo Contemporáneo: Una Lectura Fenomenológica Mundana*" (2007), una perspectiva diferente para analizar la depresión, en el contexto del mundo contemporáneo, este lo realiza basada en un proyecto de investigación transcultural, acerca de la depresión en Brasil, Chile y Estados Unidos. En él, la autora se sostiene en la perspectiva que incluye tanto la dimensión cultural, como la endógena y situacional. Así, ella refiere que "si se entiende la depresión de forma *mundana*, es decir, en la intersección entre el hombre y el mundo, su etiología se comprenderá de manera antropológica, sociológica y política, y no sólo individual". Ella concluye en este innovador trabajo, que las maneras de vivir narcisista del mundo contemporáneo, incentivan la depresión, además, se hace dificultoso identificar hasta donde se diagnostica como depresión de hecho, al natural y humano sufrimiento psíquico. Finalmente, refiere que nos encontramos entonces, con que muchas veces se prescribe un tratamiento para la tristeza, la cual es un sentimiento genuinamente humano, ontológico y no patológico (Moreira, 2007). Lo que expone la autora, sin duda es una mirada acerca de la depresión, que significa un cambio de paradigma muy radical, esto nos promueve nuevas herramientas para el trabajo con personas que se sienten deprimidas.

Los denominados enfoques cognitivo constructivistas en psicoterapia, refieren que para tomar decisiones en relación a la terapia con niños, niñas y adolescentes, es muy importante considerar la etapa del desarrollo del niño, además de los aspectos familiares y sociales, y el pronóstico, teniendo en cuenta la información acerca de

la evolución del problema sin terapia (Ronen, 1997; 2003). Cabe señalar, la distinción que propone Ronen (2003), entre los conceptos de diagnóstico y evaluación en la infancia, donde el primero, resulta de la comparación del comportamiento infantil en relación a criterios clínicos que se relacionan con diferentes normas (como APA y otros), la evaluación en cambio, se relaciona con un proceso dinámico de observación y valoración de la información entregada, tanto en las etapas iniciales como posteriores del proceso terapéutico, y una búsqueda del cambio del funcionamiento del niño, niña o adolescente. La evaluación psicológica, se comprende desde esta perspectiva, como un proceso cualitativo e inferencial a nivel descriptivo y explicativo, que parte desde la observación de las conductas del niño, niña o adolescente, de la apreciación de su ambiente familiar, escolar, social y de la evaluación de los rendimientos en diferentes pruebas psicológicas. Desde esta misma perspectiva, el enfoque cognitivo evolutivo, comprende la psicopatología como la desequilibración permanente de los procesos centrales del desarrollo psicológico (Sepúlveda, 2013). Desde estas miradas, el Trastorno Depresivo puede ser visto como parte de los Trastornos del Desarrollo Afectivo Social, en la Línea Internalizaste, y se describe como una dificultad en la regulación emocional (Sepulveda y Capella, 2012).

La perspectiva evolutiva aporta además, con una mirada de la psicopatología como un proceso que se desarrolla en el tiempo en un organismo en desarrollo (Cicchetti, 1984; Cicchetti y Toth, 2009).

Depresión en la infancia y adolescencia, su evolución y las diferentes manifestaciones en el proceso del desarrollo humano.

Hace sólo algunos años, se planteaba que la depresión era un trastorno que afectaba más bien a los adultos, en el presente se reconoce la depresión infantil, como una entidad clínica independiente, dentro de la psicología (OMS, 2001; Méndez, 2002). Sin embargo, es evidente que en las clasificaciones tradicionales de la depresión (DSM, Guía Clínica AUGÉ, entre otros), aún no se reconoce cabalmente, la perspectiva evolutiva y con ello, las diferencias en el desarrollo físico, emocional, cognitivo y social del individuo, que promueven importantes divergencias

en las manifestaciones de esta enfermedad en las diferentes etapas del desarrollo (Birmaher et al., 1996; Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein & Gotlib; Yorbik, Birmaher, Axelson, Williamson & Ryan, 2004; Fergusson et al., 2005).

A temprana edad, la depresión es un cuadro complejo debido especialmente, a la diversa gama de manifestaciones sintomatológica y a su multi causalidad. Así, en los niños y niñas pequeños con depresión, son más visibles conductas de rabietas, irritabilidad, hiperreactividad emocional, agitación psicomotriz, alteración del sueño y del apetito, labilidad emocional y síntomas de ansiedad por separación o molestias físicas generalizadas e inespecíficas, además, se puede presentar un estancamiento en su desarrollo psicomotor, que puede enlentecerse o, incluso involucionar (regresión), respecto a la comorbilidad, un niño o niña deprimido, pueden presentar comorbilidad con un trastorno de conducta negativita o disocial (Biederman et al., 1995; Rutter, 1996). Algunas investigaciones, indican que la depresión en escolares no presentaría continuidad con la depresión en el adulto (Harrington, Fudge, Rutter, Pickles & Hill, 1990; Kovacs, 1996; Weissman et al., 1999). Por otro lado, existe evidencia, de que en el adolescente con depresión, si suele producirse esta continuidad de la depresión en el adulto, además, la depresión prepuberal, aumenta el riesgo de aparición de otros trastornos en el adulto, como son la enfermedad bipolar, trastorno de ansiedad y de abuso de sustancias (Kovacs, Feinberg, Crouse-Novak, Paulauskas & Finkelstein, 1984; Kovacs, 1996). Por su parte, en los adolescentes, los episodios depresivos mayores, suelen ir asociados a trastornos disociales, trastornos de déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias, y trastornos de la conducta alimentaria (Méndez, Olivares & Ros, 2001).

Al respecto, Soutullo y Mardomingo (2010), proponen que un niño, niña o adolescente con un trastorno depresivo, pueden presentar tres tipos de síntomas:

- Síntomas afectivos: humor triste, deprimido o irritable; incapacidad para experimentar placer (anhedonia); pérdida de interés (apatía); labilidad e incontinencia emocional; aplanamiento afectivo; irritabilidad, disforia;

insatisfacción, pesimismo generalizado; aislamiento social; síntomas de ansiedad y angustia.

- Síntomas físicos: retraso psicomotriz (enlentecimiento, letargia, mutismo); inquietud psicomotriz (agitación); disminución de la energía (fatigabilidad); astenia; alteración del apetito (disminución o aumento); alteración del sueño (insomnio de conciliación, despertar precoz); molestias físicas inespecíficas; activación autonómica.
- Síntomas cognitivos: disminución de la capacidad de concentración; fallas de memoria (olvidos, despistes); indecisión; distorsiones cognitivas negativas (de soledad, vacío, incomprensión, culpa); baja autoestima, ideas de inutilidad; Rumiación del pensamiento persistente y negativa; ideas de muerte y de suicidio; ideas delirantes.

Así, se puede observar que la sintomatología afectiva infantil, es mucho más variada y va además, mostrando diversos cambios con la edad, por lo que se hace pertinente la consideración de una orientación evolutiva que distinga las manifestaciones depresivas en cada etapa del desarrollo, que muestre las diversas manifestaciones de la depresión, en las diferentes etapas del desarrollo, del niño o niña y adolescente con depresión, como la proponen Gillberg, Harrington y Steinhausen (2006):

- En el *Lactantes*, las dificultades emocionales se expresan a través del cuerpo, con dificultades alimentarias, como regurgitaciones, con posible rumiación, vómitos y cólicos. También como alteraciones de la relación con la figura materna: con presencia de llanto inconsolable, reticencia al abrazo, ausencia de la sonrisa social, inhibición y letargia.
- En *Pre Escolares*, los síntomas depresivos se presentan con perturbaciones de conducta: rabietas, desafíos, crisis clásticas (rotura furiosa de objetos) y desobediencia, así como en complicaciones en el control de esfínter: enuresis y encopresis.
- En *Escolares*, la depresión se manifiesta con síntomas de tristeza, auto depreciación, disminución del rendimiento académico, pérdida de interés por los

- juegos y compañías, aburrimiento, aislamiento, etc. En esta edad, suelen mantenerse algunos síntomas psicósomáticos como en los niños y niñas más pequeños: cefaleas, dolores reumatóides y abdominales, y alteraciones de la conducta como en el pre escolar: rechazo al colegio, comportamiento oposicionista. En esta etapa del desarrollo, se observan ya las ideas de suicidio.
- En la *Adolescencia*, lo más destacable son las conductas negativas y disociales, el consumo de alcohol y tóxicos, la impulsividad, la sensación disfórica de malestar continuo consigo mismo y con los otros, las fugas domiciliarias, la hipersensibilidad en el trato con los adultos y los intentos de suicidio de carácter imprevisto, sin planificación.

En los cuadros depresivos de los escolares mayores y los adolescentes menores, se observan cambios graduales, con los que tienden a somatizar más sus quejas, a presentar mayor agitación psicomotora y, en algunos casos, alucinaciones (Bernad, 2000).

Los trastornos depresivos muestran un incremento particularmente luego de la pubertad (Muñoz, Lee, Clarke & Jaycox, 2002), esto se debe a que en esta etapa, se desencadenan procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes, un amplio cúmulo de estrategias de afrontamiento que deben desarrollar, para lograr establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social (Blum, 2000). Se ha identificado además, que la cronicidad de la depresión es más probable en aquellas personas en las que la edad de inicio del trastorno, ha sido temprano (Thase, 1992).

En los casos en que no se diagnostican ni tratan, los síntomas depresivos en la adolescencia, se observa una mayor probabilidad de presentar depresión en la adultez, funcionamiento psicológico y social adverso y abuso de sustancias, comparados con los adultos que no reportaron síntomas depresivos en la adolescencia. Además, la depresión en la adolescencia está relacionada con mayor ocurrencia de hospitalización y problemas de ajuste social e interpersonal, suicidio

e insatisfacción con la vida (Aalto-Setälä, Marttunen, Tuulio-Henrikson, Poikolainen & Lonnqvist, 2002).

Síntomas complejos presentes en la Depresión adolescente:

- ***Auto agresión: llamado de alerta, manipulación o indicador de deterioro más grave.***

La auto agresión, si bien puede parecer un fenómeno nuevo en la sociedad, ha existido desde tiempos remotos, y se podría entender como un fenómeno oculto o tabú debido a la estigmatización que existe de ésta, sin embargo, en este último tiempo se ha comenzado a revelar (Conterio y Lader, 1998). En nuestro país, el fenómeno de la auto agresión, si bien se encuentra en el discurso desde hace varios años, es escaso el material que se dispone del tema (Zamorano et al., 2008). Sin embargo, se estima que es un fenómeno más frecuente que antes, ya que han aumentado las consultas en los servicios de atención primaria del país (Maturana, 2008).

Al respecto, se ha observado que la auto agresión en los adolescentes, además de ser un pedido de ayuda o un llamado de atención, es una forma de aliviar el dolor emocional, la sensación de descontrol, angustia e impotencia que sienten las y los jóvenes, a partir de los problemas que tienen que afrontar (Conterio & Lader, 1998). Al parecer, el o la adolescente, al no poder expresar en palabras sus vivencias, recurren a su cuerpo y es en él donde escriben sus experiencias y sus llamados de atención, donde exponen a los otros, que no la están pasando bien y que necesitan ayuda. Para Conterio y Lader (1998) los cortes son el mudo testimonio de las emociones y pensamientos del adolescente. De este modo, el auto infligirse heridas, es una conducta que surge en aquel adolescente, bajo circunstancias en las cuales su estar en el mundo en ese momento particular, es el resultado de su participación en la historia de lenguaje con otros, siendo el sistema de las relaciones familiares, uno de los dominios de interacciones que más lo compromete afectivamente con los demás y con la definición de su identidad (Zamorano et al., 2008).

- ***Pérdida de motivación vital en la adolescencia, del intento suicida, al suicidio consumado.***

La depresión es la principal causa de muerte por suicidio (Conwell, 1996). Las conductas suicidas en la infancia y adolescencia, se definen como la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca provocar daño a sí mismo o la muerte (Cañon, 2011; Pfeffer, 1985, en Miranda y Velásquez, 2008), estas conductas incluyen, las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos o tentativas suicidas) y los suicidios consumados o completados (Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela, 2000, en Miranda y Velásquez, 2008). Esta definición refiere a un amplio continuo de auto destructividad que abarca desde la ideación suicida aguda o persistente, la amenaza o gesto suicida, el intento suicida, hasta el suicidio consumado (Almonte, 2012; Cañon, 2011; Pandolfo et al., 2011; Tapia, Vöhringer & Ornstein, 2010; Valdivia, 2006).

Se considera que el suicidio adolescente, es el momento final de un proceso iniciado en la niñez debido a conflictos emocionales y conductuales de moderada magnitud, que se acrecientan con el inicio de la edad juvenil y convergen en el intento de suicidio o suicidio consumado (Ulloa, 1994, en Miranda & Velásquez, 2008)

La conducta suicida en niños, niñas y adolescentes, ha aumentado de manera importante en las últimas décadas, considerándose actualmente, como un problema de salud pública (Miranda & Velásquez, 2008), no solo en los servicios psiquiátricos, sino que también las unidades de urgencia de los hospitales generales (Tapia et al., 2010). En el mundo hay cuatro millones de adolescentes que intentan suicidarse anualmente, siendo alrededor de cien mil jóvenes que mueren por esta causa (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2009). No obstante, este fenómeno, específicamente en la población adolescente, ha sido un tema omitido y evadido debido al impacto que provoca pensar el suicidio en menores y a la vinculación que podría tener con los problemas actuales de la sociedad (Almonte, 2003).

El suicidio es poco frecuente en los niños y las niñas menores de diez años, siendo escasamente estudiado en esta población (Valdivia, Ebner, Fierro, Gajardo &

Miranda, 2001). Se observa un claro aumento en la adolescencia, encontrándose entre las tres primeras causas de muerte en las personas entre 15 a 44 años y es la segunda en el grupo de 10 a 24 años (Valdivia, Schaub & Díaz, 1998; Shaffer & Pfeffer, 2001, en Miranda & Velásquez, 2008; Rueda-Jaimes, Rangel, Castro-Rueda & Camacho, 2010;). Se estima que por cada adolescente que comete suicidio, cerca de 300 lo intentan (Pérez 2001, en Balsa & Naranjo, 2012). Las muertes por suicidio en adolescentes, son más frecuentes en varones que en mujeres, obteniendo una proporción de 3:1, mientras que son las mujeres quienes realizan mayor cantidad de intentos de suicidios en relación a los hombres, con una proporción de 3:1 (Balsa & Naranjo, 2012).

Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE] Chile es el segundo país del mundo con mayor aumento en la tasa de suicidio adolescente entre los 10 y 14 años de edad, siendo sólo superado por Corea del Sur (Ministerio de Salud [MINSAL], 2011).

A continuación, se expone, las diversas manifestaciones que incluye la conducta suicida:

- Ideación Suicida: que incluye pensamientos, deseos y verbalizaciones recurrentes, con diversos grados de intensidad y elaboración, relacionados con la intención de autoagresiones o la muerte (Almonte, 2012; Baader, Urra, Millán & Yáñez, 2011), implica distintos procesos afectivos y cognitivos que varían desde sentimientos sobre la falta del sentido de vivir, pasando por procesos de elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción (Golden & Col, 1989, en Casullo, 2004).
- El deseo de morir se entiende como la inconformidad e insatisfacción que el sujeto evidencia con su manera de vivir en el momento presente (Balsa & Naranjo, 2012).
- La representación o pensamiento suicida, que es definida como imágenes que el sujeto tiene respecto de su propia muerte (Balsa & Naranjo, 2012).

- Amenaza suicida: constituida por las verbalizaciones o las insinuaciones de las intenciones suicidas. Por lo general, son expresadas ante personas con las que se mantiene un vínculo estrecho. Deben ser consideradas como una solicitud de ayuda (Balsa & Naranjo, 2012).
- Gesto Suicida: actos que si se llegan a realizarse en su totalidad, conducirían a un daño serio o la muerte (Almonte, 2012).
- Intento de suicidio o para suicidio: es definida como la conducta, acto o acciones que el individuo ejecuta intencionalmente para causarse daño y/o la muerte, no logrando su consumación independientemente de la letalidad del método empleado (Valdivia, 2006; Peña, Casas, Padilla, Gómez & Gallardo, 2002). Según la gravedad y el riesgo vital que tengan estas acciones, pueden sub clasificarse en intentos leves (actos que no implican riesgo vital) o intentos serios (actos que de no mediar la intervención de un tratamiento médico eficaz, concluirían en la muerte) (Almonte, 2003).
- Suicidio frustrado: definido como acto suicida sin resultado de muerte debido a la mediación de situaciones fortuitas, casuales y no esperadas por el sujeto (Balsa & Naranjo, 2012).
- Suicidio accidental: gesto suicida con resultado de muerte, llevado a cabo con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto (Balsa & Naranjo, 2012).
- Suicidio Consumado: incluye todos los actos intencionalmente autoinfligido por el niño/a o adolescente que tienen como resultado su propia muerte (Mardomingo, 1998, en Cruz & Roa, 2005).

De esta manera, entendemos la conducta suicida en niños y las niñas y adolescentes, como un continuo de todas las manifestaciones definidas anteriormente, estableciendo una secuencia progresiva de gravedad creciente que se inicia en el instante en que comienzan los pensamientos y deseos de quitarse la vida, pasando posteriormente por la realización de intentos de suicidio (los cuales van incrementando la letalidad a medida que se repiten los intentos), hasta lograr finalmente el suicidio consumado (Cañon, 2011; Fernández & Merino, 2001).

Ulloa (1994, en Cruz & Roa, 2005) clasifica el suicidio como un proceso que incluye tres fases:

- Fase inicial: constituida por una historia de problemas conductuales y emocionales de moderada magnitud en la niñez temprana.
- Fase de escalada: se produce en la etapa inicial de la adolescencia, pues con la incorporación de nuevos problemas propios de la edad, que promueven en el o la joven un sentimiento de soledad producto de problemas en las relaciones con los padres y amigos, preocupaciones sobre el rendimiento escolar, cambios corporales, etc.
- Fase precipitante final: ocurre los días previos a que el adolescente intenta suicidarse, en los cuales la comunicación que mantiene con sus padres se bloquea y hay un distanciamiento de los amigos. Con esto aumenta el sentimiento de soledad que apareció en la fase anterior, pues hay un quiebre en las relaciones interpersonales que mantiene el sujeto. Esto probablemente culmine en una conducta suicida.

La conducta suicida se considera un fenómeno multicausal, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, culturales y biológicos. La conducta suicida en el niño, niña y adolescente, es heterogénea pues refleja los diversos patrones predisponentes que incluyen las vulnerabilidades familiares, individuales o sociales, comorbilidad, trastornos psiquiátricos y conductas de riesgo (Almonte, 2012; Torres, Rodríguez, Font, Gómez y García, 2006, en Balsa & Naranjo, 2012). Por lo tanto, un punto característico de la conducta suicida en la niñez y adolescencia es su estrecha dependencia con el ambiente, lo que tiene importancia en la evaluación psicopatológica y diagnóstica, en el pronóstico y en las estrategias de tratamiento (Almonte, 2003).

En relación a los factores que estarían asociados, Balsa y Naranjo (2012) consideran que la conducta suicida en adolescentes, es expresión de una falla de los mecanismos adaptativos del sujeto a su medio ambiente, provocado por una situación conflictiva actual o permanente, que genera un estado de tensión emocional. Se estima que es más frecuente la ideación que el intento suicida, en

los menores de doce años de edad, lo que podría estar relacionado, con una mayor protección por parte del entorno y la familia, la inmadurez cognitiva para poder planificar y ejecutar un intento y por la menor asociación a trastornos afectivos presentes en ese rango etario (Almonte, 2003). En los adolescentes que intentan suicidarse, se ha observado que la mayoría lo hacen como respuesta inmediata e impulsiva a una situación angustiosa, frustrante o punitiva que sobrepasa su capacidad adaptativa. Posteriormente ocurre un bloqueo cognitivo y una interferencia emocional que les impide medir las consecuencias reales de su acción (Almonte, 2003).

Teoría del Apego, ampliando la comprensión:

Nos parece relevante mencionar, a partir de los resultados y con la intención de ampliar nuestra discusión y conclusiones, las propuestas que surgen a partir de la Teoría del Apego, desarrollada en primera instancia por Jhon Bowlby (1969, 1973, 1980), esta teoría es posteriormente ampliada y enriquecida por variados autores y equipos de trabajo investigativo. En la actualidad, las reformulaciones tienden a considerar al “sistema de apego” como un sistema evolutivo que tiene la finalidad, no solo de protección hacia la cría, como propone Bowlby (Bowlby, 1973), sino que además, se propone como un sistema que permite el desarrollo equilibrado o no, de todo el aparato mental y social del individuo (Hofer, 1994; Thompson, 1994; Polan & Hofer, 1999; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Estos aportes señalan que existe una motivación intrínseca en los seres humanos por generar lazos emocionales prolongados y consistentes con personas con más sabiduría o posibilidades de sobrevivencia, con la finalidad principal, de obtener cuidado, protección y estimulación en su desarrollo evolutivo (Bowlby, 1969; Broberg, 2000; Robinson, 2002; Lecannelier, 2004).

Dentro de los amplios aportes que entregan las investigaciones realizadas respecto de este tema, nos parece importante destacar que se considera que la consecución de la madre en reestablecer el nivel fisiológico y afectivo homeostático normal del bebe en situaciones de estrés, determina la experiencia de seguridad e inseguridad que este niño o niña, experimentara durante su vida, y sentara las bases futuras del

desarrollo equilibrado o desequilibrado de una serie de procesos psicológicos posteriores como, la capacidad de control y regulación mental, habilidades sociales, autoestima, desarrollo equilibrado del self, entre otros (Kopps, 1982; Crittenden, 1995; Atkinson & Zucker, 1997; Bradley, 2000), del mismo modo, el patrón recurrente de experiencias de regulación o desregulación se configura como parte de la estructura mental del niño o niña, lo cual constituirá un modelo epistémico para ver, anticipar y controlar el mundo y a sí mismos, a esto se le denomina “Modelo Operante de Apego” (Bretherthon & Munholland, 1999). Visto así, se considera la existencia de una continuidad y persistencia de los estilos de apego durante toda la vida, constituyéndose como estructuras organizadas de la personalidad (Walters, Merrick, Albersheim, Treboux & Crowel, 1995)

Estos interesantes aportes, nos permiten comprender de mejor manera los resultados y hallazgos recogidos en esta investigación.

OBJETIVOS

Pregunta de Investigación.

¿Cuáles son los significados que tienen los adolescentes y sus madres, acerca del desarrollo de los síntomas depresivos, en la vida del adolescente?

Objetivo General

Conocer los significados que tienen los adolescentes y sus madres, acerca del desarrollo de los síntomas depresivos en la vida del adolescente, de edades entre 14 a 16 años, consultantes en la Unidad Infanto Juvenil, del Hospital Psiquiátrico Del Salvador de Valparaíso.

Objetivos Específicos

1. Describir los significados que tienen el o la adolescente, acerca del desarrollo de los síntomas depresivos en su vida.
2. Describir los significados que tiene la madre, acerca del desarrollo de los síntomas depresivos en la vida de su hijo o hija adolescente.

MARCO METODOLÓGICO

Enfoque teórico- metodológico del estudio.

El presente estudio es de tipo cualitativo, esta metodología se fundamenta, según Cook y Reichardt (1979, en Christin, 2010), en un paradigma centrado en lo humano, que procura la comprensión, se basa en la interpretación, está orientado al proceso, es holístico y asume a la realidad como dinámica y cambiante, lo cual es pertinente a los objetivos que se pretenden.

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, que busca conocer los significados acerca de las vivencias de la depresión, en jóvenes que presentan este diagnóstico y se encuentran en tratamiento, y de los significados que sus madres tienen del proceso de vida de sus hijos e hijas, y de cómo en estos procesos se presenta la depresión y sus síntomas. Para lograr este propósito, se recopilaron narrativas, en base a dos momentos, el primero en el que ambos, madres e hijos o hijas, refieren una *línea de vida* del proceso vital del joven, y un segundo momento, en el que se realizó una entrevista semi estructurada a cada uno.

Dentro de la amplia gama de formas de análisis de datos textuales, y debido a la problematización que pretende abordar nuestro estudio, se ha preferido usar un método de análisis de la información, inspirado en la fenomenología de Husserl, Heidegger y luego ampliado por Ricoeur, que es sistematizado por Lindseth y Norberg (2004) en un método para la investigación clínica. Estos autores destacan que el significado esencial de la experiencia, se conoce por medio de las prácticas de vida, las narrativas y la reflexión (Lindseth & Norberg, 2004; Schwandt, 1998). Así, en este estudio, nos interesa conocer, con los relatos de las y los jóvenes y sus madres, sus significados, respecto de como los síntomas depresivos se constituyen y desarrollan, en la vida de estos jóvenes.

La investigación basada en el enfoque fenomenológico, busca la comprensión de los fenómenos dados a la conciencia y compromete el estudio de la vivencia y la descripción de la esencia de los fenómenos, en función de cómo aparecen en la consciencia (Rodríguez, Gil & García, 1999). Según Heidegger el "*fenómeno*", comprende al mismo tiempo al síntoma que lo enuncia, como a la perturbación de

lo subyace, así la fenomenología intenta por medio de lo que denomina, la “epoché” o reducción, alcanzar la intimidad de su estructura hasta su esencia. Este proceso funda sus orígenes en la filosofía griega, que buscaba ir más allá de la “doxa” (para los griegos entendida como el conocimiento superficial, parcial y limitado, vinculado a la percepción sensorial, primaria e ingenua) y lograr la “episteme”, que se entiende como un saber que penetraba hasta las causas y fundamentos de las cosas, que dependía de la naturaleza misma; un conocimiento pleno y total, que versa sobre la realidad misma, comprende sus conexiones profundas, necesarias y últimas, de modo que es capaz de dar razón del porqué íntimo de las cosas. Posteriormente, con los aportes de Husserl, este enfoque supero el dualismo sujeto-objeto, al proponerse investigar los procesos subjetivos del conocimiento, junto con lo que se nos muestra como objeto, en el acto de conocer el fenómeno (Husserl, 1963, en Dörr, 2008).

De este modo, la pregunta de investigación apunta a buscar, dentro de los relatos, los significados que expresan las y los entrevistados, para luego a partir del análisis cualitativo, comprender sus significados respecto del fenómeno de la Depresión.

El tipo de análisis elegido, se enmarca en los que Joan Calventus, denomina como *Análisis interpretativos o estructurales de contenido*, (Calventus, 2008), que se corresponde con los que Austin, considera como análisis del nivel ilocutivo de los datos cualitativos textuales (Austin, 1955, en Calventus, 2008).

El análisis propuesto por Lindseth y Norberg (2004) busca observar “*lo que se dice*”, con tres momentos diferentes de análisis de la información:

- Lectura Ingenua: primer momento de análisis, que consiste en la lectura repetida de los relatos, se realiza con una actitud abierta que busca comprender el texto como una totalidad. Esta etapa más descriptiva del análisis, guía la dirección de la etapa siguiente y es la primera aproximación al sentido, que con posterioridad, es validado o invalidado por el análisis estructural con el que se finaliza. Lindseth y Norberg plantea esta etapa, basándose en Ricoeur (Lindseth & Norberg, 2004), quien plantea que el investigador se mueve desde un enfoque natural, hacia un enfoque

fenomenológico, lo que le permite reflexionar sobre el significado. Así, la descripción que se logra en esta etapa, se formula en un lenguaje que busca describir, sin emitir juicios.

- Análisis Estructural: esta segunda etapa de análisis, se trata del proceso metódico de la interpretación en este método de análisis, en el que se ordena la información en *unidades de significado*, que consisten en partes del texto, de diversa amplitud, que refiere solo un significado, expresa un solo contenido desde donde se analiza la vivencia. Luego, y a partir de lo anterior, se reconocen las *unidades temáticas*, que son los temas que se extraen, al observar las *unidades de significado*, en este proceso se divide el texto, realizando agrupación de la información, que pretende analizar interpretativamente los relatos.
- Comprensión Amplia: finalmente, se realiza una lectura crítica que busca lograr la comprensión global de los significados.

Diseño.

Es un estudio descriptivo, de diseño no experimental, transversal.

Universo.

Diadas de madres con su hijo o hija adolescente, entre 14 a 16 años, con diagnóstico de depresión, consultantes en el Hospital Psiquiátrico Del Salvador de Valparaíso, Unidad Infanto Juvenil.

Muestra.

5 diadas, de madre con su hijo o hija adolescente, entre 14 a 16 años, con diagnóstico de depresión, consultantes en la Unidad Infanto Juvenil del Hospital Psiquiátrico Del Salvador de Valparaíso. A continuación, se presenta la descripción de los adolescentes y sus madres en una tabla, para mostrar de forma más ordenada la información, cabe señalar, que en esta descripción y en el análisis mismo, se decidió modificar todos los nombres, para mantener la privacidad de cada adolescente y su madre:

Joven	Edad	Diagnostico	Edad y ocupación de la madre
1. Matías	15 años.	Depresión, en evaluación por posible bipolaridad.	Mujer de 47 años, en el momento de la entrevista, se desempeña como dueña de casa.
2. Rodrigo	16 años.	Depresión, en evaluación por Trastorno de la Personalidad Limite.	Mujer de 53 años, dueña de casa, su marido es pastor evangélico y su casa es templo de oración.
3. Claudia	14 años.	Depresión	Mujer 56 años, trabaja en centro de ayuda a niños y niñas con dificultades cognitivas severas.
4. Carolina	16 años.	Depresión	Mujer de 48 años, actualmente, dueña de casa
5. Lorena	15 años.	Depresión	Mujer de 54 años, actualmente, trabaja cuidando a un anciano.

Criterios de inclusión:

- Diadas de adolescente con sus madres, estos adolescentes con diagnóstico de depresión, de 14 a 16 años, consultantes en la Unidad Infanto Juvenil del Hospital Psiquiátrico Del Salvador de Valparaíso.

Criterios de exclusión:

- CI deteriorado en cualquiera de los miembros de la diada, adolescente con diagnóstico de depresión y comorbilidad con esquizofrenia, trastorno del espectro autista, psicótico, no escolarizado y/o diado con madres que presenten esquizofrenia y/o juicio de la realidad alterado.

Técnica de recolección de datos.

1. Línea de Vida: se realizó con los y las joven y con sus madres, una línea de vida que dio cuenta de la historia de vida de él o la joven, buscando situar la vivencia depresiva en el curso de la vida de él o la adolescente. Se trata de un análisis diacrónico de la depresión en el curso de la vida de él o la joven y del análisis que realiza su madre. La línea de vida es un esquema o tabla temporal donde se disponen los momentos más importantes de la propia biografía, los eventos vitales más relevantes. No hay pautas concretas, cada cual valora la importancia

de sus propios recuerdos, y es libre de poner aquellos que piense que más influyeron a lo largo de su vida. El objetivo es reflejar la propia historia de forma cronológica, para después generar, a partir de sus datos, una narración donde los eventos vitales adquieran un contexto personal y así adopten todo su significado (ver Anexo 1).

2. Entrevista en semi estructurada: En el caso de esta investigación y de acuerdo a los objetivos que se proponen, se contó con diversas preguntas para lograr abordar algunos temas que nos parecen más relevantes, estas se constituyeron como lineamientos y no como pautas estrictas (ver Anexo 2).

ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION

Análisis narrativo según Lindseth y Norberg.

A continuación, se expone el análisis realizado con la descripción de cada adolescente con quienes se trabaja.

- 1. Lectura Ingenua:** en esta etapa, se realizó una lectura reiterada de cada relato que realizan las y los jóvenes y sus madres, para lograr la comprensión de los significados como una totalidad. A continuación, se describen estos relatos, conservando el lenguaje que cada uno de ellas y ellos, ocupa, para mantener intacto los significados que se extraen de los relatos originales.

Joven 1:

Descripción: Matías, 15 años, estudiante de segundo medio. En el colegio, después de un ejercicio de debate grupal, presenta crisis que promueve que el psicólogo del colegio lo asista, el profesional decide derivarlo con psiquiatra quien resuelve hospitalizarlo en forma inmediata, por ideación suicida (el joven le cuenta a los profesionales, acerca de dos intentos que ya había realizado con antelación, los cuales no fueron advertidos por nadie). Es el mayor de los tres hijos de la madre, él y su hermana son hijos del mismo padre, su hermano menor, es hijo de otra pareja de la madre.

Diagnóstico: Depresión, en evaluación por posible bipolaridad

Relato: Joven refiere una historia que comienza a sus 3 a 4 años, en la que él se auto describe como un niño inquieto y con cambios humorísticos, que según agrega, pueden estar relacionados con la alta ingesta de azúcar que consumía. Estos cambios, los refiere como risas sin motivo ni control, que duran hasta los 6 a 7 años y que siente raros. Luego hace referencia a sus 5 años, cuando recuerda que se comía mucho las uñas (onicofagia), en este periodo recuerda que sus padres se separan, según él cree, porque se llevan muy mal, luego a sus 6 años, recuerda que se aleja del lado de la madre, el padre le dice que ella se va de vacaciones. El

recuerda que ella en este tiempo, desaparece de su vida. Expone que al principio la recuerda y luego, ya se olvida, siente que esta como muerta y se siente súper vacío.

El padre se lo lleva a vivir con él y Lucia (pareja del padre), a quien reconoce como su madrastra, con quien señala se lleva mal.

Describe que en este tiempo, mantenía cambios de ánimo repentinos e incontrolables, caracterizados ahora por ir de la risa al enojo y la rabia, comenta que en la casa sentía celos porque Lucia se llevara bien con su hermana menor (Francisca, hermana menor consanguínea de Matías) y que él se enojaba y le pegaba a su hermana. Por lo anterior, la madrastra y el padre lo castigan (verbal y físicamente).

Cuenta que en el colegio al que asiste en ese tiempo, es nuevo y la profesora expone su situación de que la madre no vivía con él, los compañeros lo molestan por esta situación, el refiere que vive bullying por parte de sus compañeros, luego recuerda que el golpea a sus pares y se relaciona muy poco con ellos. Se describe en este periodo como distraído, no hacía las tareas, pensaba en su madre y casi queda repitiendo. Expone con detalle, situación en la que agrede físicamente a un niño porque luego de sacarle una caja con dinero, este lo molesta diciéndole que su acción es porque él no tiene madre y esto le promueve a Matías mucha rabia y golpea a su compañero en forma muy violenta. Se siente desadaptado, aislado. En esta etapa, recuerda que su padre trabaja mucho y lo ve poco.

Cuenta que en la casa, le gustaba jugar diciendo que se iba a matar con un cuchillo en la mano, aguantaba la respiración y comenta que manipulaba con esto.

Al mentir en el colegio, siente que los niños lo aíslan y le llaman “mentiroso”, esta situación la refiere como muy incómoda y que promueve que sienta ganas de desaparecer.

Luego en tercero básico (8 años), logra conocer a 3 compañeros y se acerca a su padre dibujando muebles para él y esto lo hace sentir más observado y bien.

Posteriormente, cuando ya tiene 9 años, vuelve a ver a la madre y está mucho más feliz, recuerda que en este tiempo, los problemas del colegio son menores por lo feliz que estaba de ver a su madre. Sube sus notas y no le pega a su hermana.

En sexto básico (11 años) recuerda que su madrastra abandona al padre y este es diagnosticado con depresión, en este periodo el refiere que se siente mal, esta “como desorientado”, él y su padre asisten al neurólogo y les recetan medicamentos. El padre en este periodo, esta rabioso y les pega a él y a su hermana. Matías expone que su padre en esta etapa, parece como muerto y que bebe alcohol en exceso. Matías siente que todo se derrumba, se siente muy triste y no muestra esta tristeza para no hacer más problemas.

Luego sus compañeros lo vuelven a molestar y recuerda que se refugia en la comida y esto lo lleva a subir de peso.

Además, un vecino adulto, molesta a él y a su hermana, hasta que un día Matías se siente sobrepasado con esto, decide rallar el auto de este adulto, esto provoca que el padre lo envíe castigado a casa de la madre en Valparaíso, y una vez viviendo con su madre, Matías decide quedarse con ella, primero por rencor con el padre, luego porque le comienza a gustar vivir con su mamá y estar en Valparaíso, refiere este momento como “volver a nacer”. Estaba contento, no se siente solo. Recuerda a su padre pero, no habla con él.

Asiste a un colegio nuevo que el siente como oportunidad de conocer amistades. En este periodo el joven describe una situación en la que él se pierde porque se confunde de locomoción, y como no tenía dinero, se va a pie hasta su casa y llega muy tarde, la madre se enoja mucho y lo golpea.

Luego de un tiempo, a la madre le cortan suministro eléctrico y de agua potable y a él lo envían a casa de un compañero de curso, esto lo “bajonea” mucho. En la casa de su compañero, la madre del compañero era Hare Krishna y el refiere que aprende mucho con ella, deja de consumir carne, se hace vegetariano y se debilita. En este tiempo además, se relaciona con grupo de pares con quienes comienza a hacer grafitis y le saca dinero a la madre.

Luego se va a vivir a una nueva casa con la madre, su hermano (hijo menor de la madre con otra pareja que el joven no menciona, sin embargo, en la entrevista de la madre si se expone) y la pareja de la madre, comenta que está muy feliz, refiere que ya no se “manda embarazadas” grandes, ve feliz a su madre y esto lo hace feliz a él.

Posteriormente, a los 13 años, recuerda que se deprime, de un día para otro, siente que todo lo malo es su culpa, quiere desaparecer y llora, la directora del colegio se da cuenta y lo lleva al psicólogo del colegio, este lo deriva con psiquiatra y es la misma directora, quien lo lleva y paga la atención con la profesional. A estas personas, Matías les relata que desde hace tiempo que quiere morir, que lo ha intentado dos veces sin buenos resultados y que sabe que con cortes no lograra suicidarse. La Dra. Lo envía a hospital donde se queda 3 a 4 días. La madre le cuenta lo que ocurre al padre que viaja de Santiago a verlo.

Siente que hoy ya no quiere suicidarse, que lo piensa pero, no siente que tenga sentido, agrega que le ayuda más “meditar”. Ahora se siente “normal”.

Madre de joven 1:

Descripción: Mujer de 47 años, en el momento de la entrevista, se desempeña como dueña de casa.

Relato: Relata que la gestación de su hijo, fue por irresponsabilidad de ella. La mujer relata que trabaja en la prostitución al momento de conocer al padre de Matías, como cliente. Se entera del embarazo a los 4 meses de gestación. Cuando le dice al padre, el responde con dudas de su paternidad, por lo que le pide que aborte y ella no quiere. Ellos son amigos en ese momento y en este contexto, él le cuenta a ella que le gusta mucho una vecina, Lucia (12 años de edad).

La mujer se describe como sola, sin familia, su madre fallece en el parto y su padre se va al extranjero, en el momento de la gestación de Matías, ella no tiene familia.

Ella refiere al padre de Matías, como flojo y frio, por lo que decide alejarse y pasar el embarazo y parto, en casa de una amiga donde vive muy hacinada, de forma precaria e incómoda. Durante el embarazo ella expone sentirse muy sola, con pena

y rabia, sin ninguna red de apoyo. Al parto ella presenta patologías (prediabetes e hipertensión). Sin embargo, al nacer el niño, llega toda la familia paterna y la abuela paterna queda fascinada con el nieto, especialmente, por los rasgos del bebe (ojos celestes, colorín, gordito y sanito), la abuela paterna del niño, le ofrece a la madre que conviva con ella y la familia. Los primeros meses de Matías, la madre convive con el padre, los dos hermanos del padre y la abuela paterna de Matías, quien es la dueña de casa. En este periodo, el padre de Matías presenta problemas y luego de un episodio de violencia de el hacia ella, por celos de la relación que ella tiene con los hermanos de él, y una vez que ella se entera de que él está pololeando con Lucia, se va con su hijo, a casa de unos familiares lejanos, allí el padre los visita poco, aquí se queda hasta los 9 meses de Matías.

Al décimo mes de Matías, el padre está sin trabajo, entonces la madre decide trabajar puertas adentro en una casa particular y le pide al padre que se haga cargo de Matías, este periodo ella lo describe como muy difícil, lloraba mucho, debe discontinuar la lactancia. El padre, por problemas de violencia con su madre, se traslada a vivir cerca de ella con Matías, ella trabaja y el padre cuida de Matías. La madre visita al niño y provee de todo lo necesario para su manutencion. Ella recuerda que el padre es muy brusco en el trato con Matías. Los problemas en la pareja se mantienen y ella decide volver a vivir con su hijo, al año y cuatro meses de Matías. Ellos mantienen relación de pareja sin compromiso serio, ella queda embarazada nuevamente y esta situación ella la describe como “segundo condoro”. Al contarle del nuevo embarazo al padre de Matías, al día siguiente, el realiza intento de suicidio con sobredosis de medicamentos que tomaba por diagnóstico de depresión. El deja cartas y ella lee una que va dirigida a Lucia y se entera de la relación paralela que él tiene con ella y Lucia.

Después del intento de suicidio, el padre no asiste a servicio de salud, luego de unos días, se recupera y le propone a la madre convivencia y a los dos años de Matías, ellos conviven. La madre recuerda que en este tiempo ingresa a Matías y a su hermana menor, a sala cuna y jardín, hasta que Matías presenta meningitis y es hospitalizado por 5 días, no queda con secuelas evidentes.

A los 3 años, la madre describe a Matías, como llorón, con mucha personalidad, hablador y fantasioso (cuenta historias que no son ciertas en el jardín, con mucho detalle) a tal nivel que ella señala que no lo entiende.

A los 4 años de Matías, se cambian a casa más grande y el padre regresa a la casa de su madre por trabajo cerca, sin embargo, ella se entera de que el vuelve con Lucia. La madre de Matías trabaja en las noches (aseo en aeropuerto), una niñera cuida a ambos niños, ella comenta que Matías en ese tiempo, tiene crisis de rabia y en varias oportunidades, dice que se va a matar con un cuchillo en la mano, la madre siente angustia y esconde los cuchillos.

A los 6 años de Matías, la madre trabaja mucho, ve poco y reta mucho a Matías por las tareas, el padre los visita y ella queda embarazada por tercera vez, él le pide que aborte y ella acepta, llama a una mujer que realiza el aborto en la misma casa, la madre está sola con los niños y sufre hemorragia severa, síntomas de ITU (Infección del Tracto Urinario), gripe fuerte, no asiste a médico por miedo a ser arrestada y deja a la hija menor a cargo de Matías porque se siente muy débil.

El padre se acerca después de varios días y ella con mucha rabia por lo sola que la había dejado en el momento del aborto, lo hecha y le pide que se lleve a los niños con él, después de esto los niños viven con el padre, la madre los visita por unos meses, luego el padre los cambia de colegio y deja de comunicarse completamente con la madre, ella pierde contacto con el padre y con ambos hijos, por 3 meses. En todo este tiempo, la madre refiere que los busca, se cambia de casa para intentar mantener contacto con abuela paterna de Matías y de Francisca para saber dónde están, la abuela no la ayuda. Finalmente, es un compañero de trabajo de ella quien consigue número telefónico y se entera de que los niños viven con el padre y Lucia, además el padre en tribunales habría conseguido legalmente los cuidados personales de ambos hijos. Ella se molesta mucho por toda esta situación y retoma las visitas con ambos niños, los fines de semana pero, con dificultades con Lucia y el padre. En este tiempo, Matías tiene ya 8 años, la madre refiere que a su hijo no le gustaba nada, todo le molestaba y presenta pataletas y comportamiento raro que ella no comprende ni sabe cómo abordar.

Luego, la madre entabla relación amorosa con compañero de trabajo, quien era casado. Ella refiere que con esta pareja, deciden tener un hijo, mantienen relación, ella queda embarazada y él le paga arriendo y mejora las condiciones habitacionales de ella. Ella visita a Matías y Francisca todos los fines de semana. Este periodo, la madre lo relata, como el de mayor felicidad y estabilidad para ella. En este tiempo, Matías le comenta a la madre, que Lucia habría abandonado al padre y que tenían muchas discusiones, que su padre y Lucia, se golpeaban y que ve a su papá muy mal, bebía todos los días, estaba muy triste, agresivo y les pegaba a Matías y a su hermana.

Nace el hijo menor de la madre, Alonso y según ella recuerda, Matías lo recibe muy bien, a los meses de nacido, el niño comienza a presentar problemas graves de salud (Traqueobroncomalacia) y el médico que lo asiste, le pide a la madre que lo saque de Santiago por riesgo vital. La pareja de la madre (padre del último hijo), decide quedarse en Santiago y terminar relación de pareja entre ambos. La madre con su hijo menor, se trasladan a Valparaíso, a una media agua de un tío materno de ella que es alcohólico, y Matías se queda junto a su hermana y el padre en Santiago. Ella recuerda que en este periodo, pierde contacto con ambos hijos, durante 2 a 3 años. Su hijo menor en el jardín, presenta dificultades de comportamiento y es derivado a escuela de lenguaje.

A los 12 años de Matías y después de haberle rallado el auto a un vecino, el padre lo castiga con corte de pelo y enviándolo a casa de la madre por las vacaciones de verano a Valparaíso. Matías toma la decisión de quedarse a vivir con la madre, ella es quien habla con el padre y matricula a Matías en un colegio de la zona.

La madre describe un episodio en el que Matías llega mucho más tarde de lo acordado a la casa y ella le pega en forma severa (“le saque la cresta”).

La madre trabaja y el joven mejora mucho sus resultados académicos, la directora del colegio lo acoge y se interioriza en la vida de Matías, lo apoya y le ayuda a obtener becas para estudios.

La madre presenta fibromialgia, lo cual le promueve mucho dolor. En este periodo, la madre conoce a su pareja actual y este le propone convivencia, así todos se cambian a vivir a una mejor vivienda.

En este contexto, Matías asiste a su graduación y decide ocupar sus limitadas invitaciones en invitar a su madre, la pareja de ella, y a su hermano menor, frente a esto su padre lo acusa de desleal, traicionero y no le habla por varios meses.

Matías al entrar al siguiente año escolar, estudia pero, no logra el primer lugar como si lo había logrado el año anterior, se frustra. Tiene nuevas amistades y comienza a hacer grafitis, la madre lo apoya y el hace un dibujo muy bonito en su pieza, sin embargo, al cabo de unas semanas, pinta encima ladrillos, de un color negro. Luego hace grafitis con amigos en las calles y es detenido por hacer un dibujo en un auto particular, la madre lo agrede en forma severa y la familia acuerda dejar de hablarle por unas semanas, luego la madre lo nota agresivo con ella. Cinco meses después, la directora del colegio, la llama para informarle que a Matías lo internarían en el hospital de la ciudad. Los antecedentes que la madre tiene, acerca de cómo pasaron las cosas, no son claros. En el hospital ella se entera de que el Matías llevaba dos meses intentando suicidarse y le entregan diagnóstico de depresión severa y posible bipolaridad. Al salir de la internación, lo visita el padre y la madre se muestra muy cariñosa. Continúa la intervención ambulatoria y el joven termina el año con el primer lugar en rendimiento académico en el colegio.

En el presente, la madre averigua y realiza varios cambios de rutinas y dieta familiar para abordar el diagnóstico del joven, ella sienten que está mejor, que el tratamiento le ha hecho bien, sin embargo, reconoce que no sabe bien como ayudarlo cuando lo ve triste, el aún se aísla y no habla con ella en esos periodos.

Joven 2

Descripción: Rodrigo, 16 años, asiste a octavo básico, su rendimiento académico es regular. Llega al HPDSV después de que en segunda sesión psicológica en el consultorio del Cerro donde vive, le expone a la profesional, que el día anterior, habría ingerido una alta dosis de medicamentos. Queda hospitalizado 5 días. Luego

de este evento, relata que habría realizado un intento de suicidio anterior, también con ingesta de medicamentos, y hay otro episodio en el que bebe veneno pero, expone que esta situación es accidental.

Diagnóstico: Depresión, en evaluación por posible Trastornos de la Personalidad Límite.

Relato: Relata sus primeros recuerdos desde los 5 años, cuando ingresa a kínder, donde se señala como tierno, hiperactivo, agrega que en el colegio era más callado que en la casa, le gustaba llamar la atención y era más hablador que en el presente, ahora siente más miedo de hablar. Se auto define como flojo desde siempre.

Recuerda que de niño, había compañeras que lo molestaban porque era gordito, le pegaban y él al principio no se defiende, luego sí lo hace. Se acuerda de 3 episodios en los que él es muy violento con algunos compañeros. Ante esto, él comenta que su madre reaccionaba retándolo y luego lloraba sin poner límite claro a su comportamiento.

Agrega que en kínder es el único año en el que asiste al colegio durante las mañanas, luego es trasladado a la jornada de la tarde, esto porque él no puede levantarse temprano, no entiende por qué. En este tiempo además, recuerda que era solitario en el colegio, comenta que se sentía solo en el colegio y que en la casa hacía "leseras" y que no tenía límites.

También se acuerda con culpa, que molestaba a un compañero, que le hacía bullying de forma agresiva, con resultado de que al compañero lo retiran del colegio por este motivo.

Recuerda que se come las uñas (onicofagia) desde muy pequeño y que luego se comía la piel de sus nudillos, más tarde comienza a tener ganas de hacer cortes en sus brazos cuando estaba en quinto básico y comienza a realizarlos en forma suave, que no se notaran, agrega que no sabe porque lo hacía, que era como que tenía que hacerlos o cree que es porque lo estresa que le vaya mal en el colegio, en quinto se saca purros rojos, por flojo o quizá también, porque él quería verse más grande y no lo dejaban hacerse tatuajes, o por su sexualidad, porque él siente que

es homosexual y en ese tiempo no lo tiene claro, o porque en la casa no siente tener libertad. Refiere que los cortes se intensifican a sus 11 años, al principio son en forma esporádica y luego se transforman en vicio, hay cinco heridas que recuerda como más “bacanes”, porque son muy profundas, la que más le gusta es una en que la sangre salía en forma violenta, esta se la hace porque su madre lo vigila, porque quería estar en su pieza y la madre lo hace dormir con ella, y porque la pareja que él tiene de ese tiempo, le hace daño, en ese tiempo pensaba todo el día en matarse y no lo decía a nadie. En este período además, ingiere medicamentos para vomitar y así bajar de peso.

Su madre se da cuenta de los cortes, cuando él está en octavo, porque en la peluquería la peluquera le descubre los brazos y le comenta a la madre. La madre lo lleva a consulta psicológica dos años después, según refiere Rodrigo, solo cuando los cortes se intensifican, asiste a psicóloga en el momento en que el joven cursa primero medio por segunda vez, y en la segunda sesión le comenta a la profesional, que el día anterior, había tomado un vaso lleno de pastillas diferente, luego de una pelea con sus padres, porque se sentía mal y quería dejar de sentirse mal, esta situación promueve la primera internación en el hospital, por 4 días, allí recuerda que queda con otros adultos (ya tiene 15 años), uno de ellos le roba y amenaza, le cuenta a sus padres y la madre lo retira del recinto, luego la madre lo lleva al psiquiatra infante juvenil, que lo diagnostica con depresión y deriva al HPSV, donde continua con atención ambulatoria desde febrero del 2014 a la fecha. Luego de este primer episodio de intento de suicidio, hay dos más, el segundo, lo describe como accidental, él bebe de un bidón, que estaba en la casa con veneno, sin saber que este era su contenido. El tercero, fue también con ingesta de medicamentos, después de una discusión con el padre. Cabe señalar, que después del primer intento, los padres le permiten cosas que antes no, como por ejemplo, el hacerse piercing.

Siente que en su familia, lo apoyan más sus tíos, y que sus padres solo lo retan y critican, agrega que sus padres no se dan el tiempo para informarse bien de la

depresión que tiene y que siempre ha sido así, siente que los padres no se relacionan con él en forma más íntima, si no solo para retarlo o criticarlo.

Respecto del tratamiento, comenta que lo único positivo es que falta al colegio, que los medicamentos no le sirven para nada, solo dormir, que lo que cambio es que ahora no le gusta que los demás sufran por él y que ya le duelen los cortes. Siente que para mejorar, solo debe tener fuerza de voluntad y aprender a tolerar más las críticas.

Culmina su relato diciendo que su depresión se relaciona con que él no encuentra bonita la vida, aunque sabe que debe acostumbrarse a la cara y cuerpo que tiene. Expone que él cree que la gente no sabe nada de lo que significa la depresión, que no se informan.

Madre de Joven 2:

Descripción: Mujer de 53 años, dueña de casa, su marido es pastor evangélico y su casa es templo de oración.

Relato: Refiere que ella no podía tener hijos, se hace varios tratamientos pero, no dan resultado, y siente que es milagro divino, el primer embarazo de su hija mayor y cuando esta tiene 4 años, ella quiere trabajar, hace plan y se entera del embarazo de Rodrigo, no lo quiere aceptar, llora y pide perdón a su hijo en gestación. Su esposo no quería tener hijos. El embarazo de Rodrigo es muy dificultoso, con poca esperanza de parte del médico tratante. La madre presenta anemia aguda, diabetes, hipotiroidismo, hipertensión y debido a que tiene 38 años, siente que su hijo nacerá con dificultades, siente mucha culpa, pena y angustia. Agrega que ve muchos niños con Síndrome Down en los controles que asiste al consultorio y esto le provoca más angustia por la posibilidad que su hijo tenga esta complicación. A las 35 semanas de embarazo, es hospitalizada, siente pena por no poder ver a su hija, se autodefine como aprehensiva y sobre protectora, (lo ejemplifica señalando que aun ahora, a los 16 años de Rodrigo, lleva a su hijo de la mano en la calle). Además, ella siente que siempre ha tenido que estar mediando entre el joven y su padre, porque son de

carácter parecidos y su marido siempre ha tenido como un rechazo a Rodrigo, agrega que de chico dormía con ella y el padre se molestaba.

La madre describe a Rodrigo en las primeras etapas de desarrollo, como un niño muy lindo, feliz y querido, además de ser un niño muy enfermizo, con cambios de ánimo repentino, muy inquieto y desordenado de pequeño, que rompe muebles y todos los adornos de la casa, agresivo con su hermana, con dificultades para dormir de noche desde que nace, que ella siempre le ha hecho todo, no le pone límites, lo ha querido tener en una burbuja y se siente culpable por esto. Según ella refiere, Rodrigo presentaba pataletas muy fuertes desde pequeño, el padre la culpaba a ella, entonces la madre para bajar la tensión del momento, cedía. Recuerda que sentía temor de salir con su hijo a la calle, por los escándalos que provocaba. Además, recuerda que desde muy pequeño, Rodrigo dice ser niña y le gusta jugar con muñecas, esto promueve molestias del padre. En el presente, él joven le ha dicho a la familia que es bisexual, la familia extensa lo apoya pero, su padre no y a ella le cuesta mucho. Siente que ella cría a su hijo sola, porque su esposo no quería tenerlo y que le cuesta la forma de ser de él, ella refiere que para ella no ha sido fácil tampoco, desde que se embaraza de él, recuerda que sentía un cierto rechazo que cuando el niño va creciendo, se va aumentando, ella cree que es porque Rodrigo es muy complicado.

Respecto de los cortes, ella siente que se da cuenta tarde, porque según refiere, Rodrigo desde pequeño le sale sangre de nariz, y cuando las sabanas o el colchón tenían sangre, ella creía que eran por eso. Luego en la peluquería, la mujer que le corta el pelo, ve los cortes de los brazos en el joven, se lo dice a la madre y ella llora. Esto a los 13 años del joven. Ella siente que son para manipular, llamar la atención y por rebeldía, porque no le gusta que le digan que no a nada. Al tiempo de los primeros cortes, él estaba muy agresivo, ya no era el niño feliz, sino más bien, es insolente y agresivo en la casa. En ese tiempo lo ve una endocrinóloga que le receta medicación por diabetes, luego a los 15 años, la doctora lo deriva a psiquiatra pero, otro médico se opone y lo deriva con un psicólogo, que a la segunda sesión, lo hospitaliza por el primer intento de suicidio con ingesta de medicamentos.

La siguiente internación es porque Rodrigo ingiere veneno por accidente y, la tercera por cortes e ingesta de medicación, no lo lleva al hospital esta vez, lo deja dormir. Ella siente que estas situaciones son solo manipulación, que siempre ha sido manipulador, lo describe actualmente, como un joven muy desaseado, manipulador, agresivo, molesto y reitera que Rodrigo no acepta un no por respuesta.

Respecto de la depresión, ella refiere que siente que su hijo siempre tuvo síntomas, por los rasgos que presenta desde chico (que fueron descritos más arriba). Para poner límites a Rodrigo desde las primeras etapas y en el presente, ella le grita, lo insulta, amenaza y le pega.

Refiere que donde más siente que le han ayudado es en el HPDSV, sin embargo, comenta que ella se siente sola y no sabe bien como ayudar a su hijo.

Joven 3:

Descripción: Claudia, 14 años, asiste a segundo medio, su rendimiento académico es regular a bueno. Después de una discusión con su madre, se encierra en su pieza e ingiere alta dosis de medicamentos que la madre usaba para tratamiento de cefaleas. Queda hospitalizada 7 días y es derivada a la Unidad Infanto Juvenil del HPDSV, para tratamiento ambulatorio.

Diagnóstico: Depresión. Este es el segundo tratamiento por diagnóstico de depresión en la vida de la joven, el primero es a los 7 años.

Relato: Refiere que no tiene recuerdos de su familia paterna aparte de su padre, que de pequeña vivía con la familia materna, según lo que le han comentado los adultos, ella sabe que se cambian de casa varias veces, porque al principio, viven con la abuela materna y, después de que la familia se va de viaje, al regreso, la abuela ya no los recibe. Su madre y la abuela materna, tienen problemas de relación. Recuerda ver a su madre y a su hermano mayor (hijo de su madre con otra pareja), sufrir por estas situaciones, ella tenía 3 años. Sus padres trabajan mucho.

Con la abuela materna, ella desde pequeña, tiene una buena relación pero, ahora la relación es compleja.

Cuando pequeña, la joven refiere que no tenía amigos, su madre no le permite salir, tenía solo su vecina como amiga y se sentía sola, la madre le pegaba desde chica y hasta ahora, en el presente, siente que se merece estos golpes pero, no sabe si de chica se los merecía. Describe a su madre como autoritaria, injusta y estricta, que la compara mucho con su hermana, que siempre tiene mejores notas y mejor comportamiento que ella, esto a ella, la hace sentir muy mal.

Recuerda que cuando era pequeña (4 a 5 años), le gustaba mucho estar con sus primos, porque siempre se ha sentido sola y estar con ellos, en ese tiempo, le servía y hacía feliz. En ese tiempo se describe como tranquila, callada, inocente, siente que no se daba mucho cuenta de lo que pasaba a su alrededor.

En el colegio desde muy chica (6 años), le hacían bullying por ser gorda, por ser callada, porque no tenía amigos, por su ropa, recuerda que en los recreos estaba sola y que se sentaba sola a mirar como los otros niños jugaban y ella se comía las uñas (onicofagia). Esto ocurre de forma más aguda hasta tercero básico, ya en ese curso conoce a una niña muy competitiva, pelea mucho con ella. Recién en sexto básico (11 años), conoce a una amiga con quien se siente más comprendida pero, la niña se va de la ciudad. A fines de ese año, ella comienza a cortarse los brazos, según su relato, porque ya no aguanta más que la madre le pegue y agreda, por la sensación de soledad que sentía en el colegio y en la casa, también porque le afecta ver a su hermano sufrir por el duelo de su abuelo materno y por la compleja relación que tiene su madre con su abuela materna. Continúa haciendo cortes en sus brazos y piernas durante 3 años. La frecuencia es relativa y se intensifican cuando fallece una tía, con la cual se sentía más comprendida y cada vez que tiene dificultades más severas con su madre o en el colegio con sus compañeras.

Ya en séptimo básico (12 años) llegan compañeros nuevos a su curso y conoce a su mejor amiga. En octavo (13 años) comienza a leer y pintar, refiere que esto le hace muy bien. Participa en concursos de pintura y en primero medio, saca segundo lugar en uno de estos concursos. Ese mismo año (14 años), tiene dificultades con compañeras y su padre se enferma, ella ve como él se queja de dolores y por los costos, no puede operarse, ella siente miedo de que él se pueda morir. En este

periodo, ella presenta baja en su rendimiento escolar, no tiene ganas de nada, duerme mucho y continua cortándose con mayor intensidad. Recuerda que un día, después de una salida con una amiga, se atrasa en la micro y al llegar a la casa, la madre le pega en forma violenta, esto intensifica lo que ya venía sintiendo. Entra a primero medio, sintiéndose mal y en marzo, ella había acordado con la madre, ir a un concierto, la madre le niega el permiso y deja de hablarle por una semana, esto porque Claudia no habría ordenado su pieza, según el relato de la joven, esta situación promueve que Claudia realice un intento de suicidio, tomando las pastillas de su madre para el dolor de cabeza, la trasladan al hospital y tiene pocos recuerdos de lo que ocurre. Refiere que ya había intentado matarse antes, con ingesta de medicamentos pero, no se atrevía y solo tomaba una dosis menor, que le provoca mucho sueño, esta vez, toma muchos medicamentos más, porque siente que no soporta más. Claudia recuerda que queda hospitalizada 4 días y que luego de esto, sus compañeros del colegio la visitan.

Ella relata que después de este evento (intento de suicidio e internación), todo en parte, empezó a mejorar, su madre la trata mejor y le da más permisos, la directora del colegio, le presenta a un compañero que también había hecho intento de suicidio y conoce a otros compañeros, que se hicieron amigos. Claudia cuenta que estos amigos que tiene ahora, se transformaron en su pilar y gracias a ellos, descubre que es una joven divertida y extrovertida, los define como un grupo de depresivos que se entienden, acompañan y quieren.

A la fecha, siente mucho dolor por haber hecho sufrir a su madre y familia con estos episodios, sin embargo, continua haciendo cortes en sus brazos y piernas y solo se los cuenta a su grupo de amigos, busca que ni su hermana ni su madre se enteren. Comenta que para ella, es muy importante que su hermana no haga lo mismo.

Siente que sus síntomas provienen de sentirse muy sola y que el tratamiento en esto, la ha ayudado, porque le permite relacionarse mejor con los demás pero, que los medicamentos no le ayudan en nada, no le gustan y no siente gran diferencia, tomándolos o no.

Claudia señala que le sirvió que le dijeran que tenía depresión, porque esto le permitió entender varias cosas que le pasaban. Además, le ha servido para lograr relaciones más íntimas en el colegio, con algunas compañeras y con dos profesores. Refiere que cuando sus compañeros se enteraron de su intento de suicidio, hay algunos que se alejan y otros que se acercan más. Claudia siente que la sociedad no comprende que es la depresión y lo peor, es que a pesar de no saber, las personas se sienten con el derecho a criticar y nada más, y esto a ella le provoca rabia, porque las personas no les interesa saber más allá, la vida, lo que realmente le pasa a una persona con depresión.

Claudia siente que los síntomas se presentan porque siempre se sentía sola y no encajaba en ninguna parte. Respecto del tratamiento, la joven siente que ha aprendido a relacionarse mejor con los demás pero, sigue sintiéndose sola y lo que menos le gusta es tomar pastillas. Refiere que cuando estaba más decaída, respondía muy mal y eso ha cambiado. Ahora comenta que se siente mucho mejor porque tiene buenos amigos. Relata que recibió apoyo del colegio y del servicio de salud donde asiste (HPDSV).

Madre de Joven 3:

Descripción: Mujer 56 años, trabaja en centro de ayuda a niños y niñas con dificultades cognitivas severas.

Relato: La madre refiere que el embarazo de Claudia, si bien no fue planificado, ella estuvo feliz, cuando se entera, porque su hijo mayor, tiene una diferencia con Claudia, de 16 años, su esposo al principio, no lo toma muy bien, porque él es mayor que la madre por 20 años y no quería seguir criando hijos, según la madre agrega, que esta situación de rechazo del padre, solo es durante los primeros meses de embarazo, después ya no, después el padre lo asume bien.

La madre relata que los tres primeros meses del embarazo, presenta mucho vómitos, después se mejora la situación, luego al séptimo mes, le diagnostican embarazo de alto riesgo, porque había subido 40 kilos de peso, la hospitalizan un mes y Claudia nace a las 39 semanas, la madre comenta que todos estaban muy

felices, Claudia fue la primera niña de la familia. La lactancia de Claudia, solo dura un mes, porque la madre se hace operación de esterilización, luego de esta operación la madre vive complicaciones que se van resolviendo con más intervenciones quirúrgicas, por lo que recuerda que debe estar varias semanas hospitalizadas en diferentes momentos.

A los 4 meses de Claudia la madre se entera del embarazo de su última hija y al año y dos meses de Claudia, nace su hermana menor. La madre se entera de este embarazo y refiere que ella no toma bien esta noticia, la madre trabaja con niños discapacitados y al enterarse tan tarde, siente que al no cuidarse, este último hijo saldría con dificultades, además, su marido la culpa a ella por este embarazo, el padre rechaza a esta niña y es agresivo verbalmente (sin garabatos) con la madre, tienen problemas de pareja por este motivo.

A los 6 meses Claudia va a sala cuna y la madre vuelve al trabajo. La madre recuerda que al principio, Claudia lloraba mucho, porque en la casa pasaba en los brazos de todos y en el jardín esto cambia. Es retirada a los 8 meses de esta institución, porque los padres encuentran algunas negligencias por parte del jardín y contratan a una tía materna que cuida a Claudia en la casa, hasta los dos años, que ingresa al jardín, se adapta muy bien, aquí se mantiene un año, hasta que presenta un virus que se aloja en uno de sus pulmones y es necesario hospitalizarla durante 10 días, luego por recomendación del Dr. no vuelve al jardín por un año y queda a cargo de la abuela materna con quien la madre siempre mantiene dificultades de relación.

A los 5 años, Claudia es ingresada nuevamente al colegio, a kínder y la madre recuerda que según ella, la niña estaba bien, sin embargo, ahora que pasa todo esto, sabe que no fue tan bien, argumenta que Claudia nunca dio luces de nada, porque ella es totalmente diferente a su hermana, a pesar que fueron criadas igual, son súper diferentes, Claudia es muy tranquila, callada y su hermana es extrovertida y muy hábil en todo. En ese tiempo, a sus 5 a 6 años, según comenta la madre, Claudia presenta sobrepeso, por este motivo, en el consultorio la derivan al neuropsiquiatra y este profesional le dice a la madre, que Claudia es una “niña

cacho”, porque hay que darle de comer hasta que se reviente, la madre comienza a poner límites en las comidas y, en este periodo, la niña empezó a hacer cosas que no corresponden, como defecar en el baño y luego pasar excremento por las paredes, además, se sacaba el pelo, se empieza a orinar, se roba la comida, la madre comenta que le habla, le grita, la castiga y como Claudia tiene un carácter duro y es desafiante, la madre le pega, agrega que sabe que los golpes no se justifican, sin embargo, cuenta que no era posible hacerlo de otra forma, por lo desafiante que era y es Claudia hasta ahora. La madre habla con una amiga que es psicóloga y esta amiga evalúa a Claudia y con este informe, en el consultorio, la derivan con una psiquiatra muy buena, le dan sertralina y luego le dan el alta, esto a los 7 años de Claudia. Según la mamá, Claudia no mostraba ningún indicador de lo que estaba pasando en el colegio, tenía buenas notas, buen comportamiento y nadie se daba cuenta que los niños allí la aislaban y ella lo pasaba mal. Solo en quinto básico, ella como madre sabe que en el colegio la molestan. La madre agrega que además, siempre su hermana resalta mucho, porque tiene una actitud diferente a Claudia frente a la vida, es más sociable, lo que se propone lo logra, se destaca por sus notas.

Cuando aparecen los problemas más graves con Claudia, la madre refiere que es por varias razones, lo relaciona con las dificultades que ella tiene con su esposo (padre de Claudia), además en ese año (2012) el abuelo paterno de Claudia queda postrado y desahuciado, entonces la madre lo cuida y se ausente mucho de la casa, hasta que un día Claudia y su hermana, le piden llorando que por favor, este más en la casa, ella llora y les responde pidiéndoles a las hijas que por favor, no le pidan eso y continua asistiendo a su padre hasta su muerte a fines de ese año. En ese tiempo la madre comenta que tiene un problema con su madre (abuela materna de Claudia), por el testamento y esto promueve el quiebre total de la relación entre ellas, esto, según ella cree, le afecta mucho a Claudia. Además, Claudia escucha a su abuela materna hablar mal de su madre, le dice a Claudia, que su madre le había robado y otras cosas que ella no entiende como muy dañinas de escuchar para Claudia. Además, el padre de Claudia, comienza a presentar olvidos, no hace los cuidados que debería tener a su edad y la madre recuerda que, en una ocasión,

tienen una discusión fuerte con él, ese día Claudia está en casa de una amiga y se quedaba en casa de esa niña, recuerda que su hija menor después de la discusión le pide dormir juntas y en la mañana siguiente, el padre se había ido, dejando una carta que decía que se iba porque se sentía un estorbo en esa casa, el padre completa 3 días fuera de la casa, en esos días, la madre refiere que se sintió muy feliz, especialmente, porque ella cree que después de que el padre rechazara a su hija menor, ellos tuvieron un quiebre que dura hasta la fecha. Después de los tres días, que el padre estuvo fuera, hubo un momento en el que él les contesta el teléfono a las niñas (que lo llamaron constantemente) y les dice que él necesita que la madre le pida que vuelva, la madre les dice que ella no quiere que vuelva, las niñas lloran mucho y finalmente, el papá vuelve, la madre refiere que acepta que él regrese, solo por las niñas.

Posteriormente, a mediados del 2013, Claudia empieza a dormir mucho, la madre la lleva al médico en el consultorio, él profesional les dice que es un cambio hormonal, y al mes siguiente, después de que ella tiene una discusión fuerte con Claudia, porque ella no quiere comprarle entradas para un concierto y, como Claudia es transgresora de reglas, discuten y entonces la castiga, luego de este evento, Claudia hace el intento de suicidio, tomando una alta dosis de remedios que la madre tenía en su dormitorio (entre ellos, morfina y clonazepam). La madre se da cuenta y Claudia se desmaya, el padre se queda llorando en la casa y la madre, la herma y un vecino, llevan a Claudia al hospital, donde fue internada por 7 días (fines de marzo del 2014), en ese momento la Dra. que ve a su hija, le muestra el brazo con las cicatrices de los cortes que ella se hacía, la madre por primera vez, se da cuenta de esto, la madre piensa que son recientes. La madre reconoce que este evento, es lo más fuerte que le puede haber pasado en la vida. Al día siguiente, la psiquiatra le informa que Claudia tiene una depresión grave, que es complejo que ella no se diera cuenta, ella informa que la había llevado al médico allí mismo, porque veía que Claudia dormía mucho pero, que no vio ninguna otra cosa que le señalara lo que pasaba. Ahora la revisa entera, en las noches cuando Claudia duerme o cuando se ducha, agrega que muchas veces la va a revisar ahora y le sigue encontrando cortes, ella le dijo a Claudia que le iba a invadir su intimidad pero,

por protegerla. Hasta que por primera vez, el padre conversó con Claudia, la madre no estaba por lo que no sabe lo que hablan pero, desde eso, Claudia lleva 4 meses que no se corta, la madre cree que a Claudia, le hacía falta esta conversación, en ese momento, según la madre refiere, el papá paso de ser el hermano mayor a ser de verdad el padre de la joven.

La madre relata que Claudia tiene depresión porque se siente muy sola, desplazada por la hermana, que ocupa toda la atención de todo el mundo, y si bien ella como madre, se sintió muy afectada con esto, cree que Claudia en el presente, ha querido manipular con esto. Agrega que al principio, a ella le costaba decirle que no a Claudia, comenta además que Claudia ha tenido toda la ayuda pero, que ella como mamá, siente que se ha vivido esto muy sola, ella estuvo 6 meses que lloraba día por medio, no dormía nada en ese tiempo, se decía: ¿que hice mal? Y refiere que aún no entiende porque, cuándo o cómo, podrá sobrellevar esto, comenta que hasta ahora, nadie le ha dicho algo concreto, esto ella lo ve como un castigo para ella como madre y persona. Ella se siente como mamá, muy juzgada y criticada, porque ella encontraba que lo hacía fantástico, cuenta que tampoco ha querido conversar de esto con la joven, solo sabe que Claudia se siente sobrepasada por su hermana y que le molestaba mucho cuando ella como madre, le criticaba a su amiga.

La madre expone que en el tratamiento, ella si aprendió a manejar más calmada las situaciones. La madre expone que para los profesionales que la ven, ella tiene una familia disfuncional porque ellos con su esposo, no se ponen de acuerdo, ella como madre, pone las reglas y él, como padre, las quebranta, sin embargo, el cariño siempre ha estado.

La madre comenta que hay periodos de tiempo, en que Claudia es muy buena pero, que cuando la joven se encuentra con un no como respuesta a sus peticiones, Claudia es “terrorífica”, adoptando una actitud rebelde y torturante. La madre agrega que Claudia sufre mucho por el sobrepeso que tiene pero, tampoco hace nada por cuidarse, no toma conciencia.

Claudia hace unos meses por fin le habló a la madre, el por qué se hacia los cortes. La madre expone que ahora sabe que es porque eso liberaba a Claudia del dolor,

del sufrimiento, de la angustia, porque ella antes se callaba el hecho de que la juzgaran por fuera, que la criticaran, y todo esto le provoca a Claudia mucha frustración, no se siente bien con ella misma, Claudia según la madre, siente que no encaja. Además, la madre ahora, le ha contado a Claudia, más acerca de su vida, eso siente ella, que a Claudia le sirvió para entender el problema entre la madre y su abuela materna.

Claudia esta ahora, tomando fluoxetina, dos diarias. La madre siente que le ha hecho bien el tratamiento que le han brindado en el HPDSV, agrega que Claudia ahora tiene más tiempo de estabilidad, eso sí que cuando Claudia pierde esta estabilidad, hay que estar cerca y hablarle mucho, con ejemplos concretos para que pueda entender, agrega que ella muchas veces no sabe qué hacer cuando esto pasa. Según la madre, para Claudia ha sido muy importante el tratamiento psicológico, que ha sido muy bueno también el que ella conozca las situaciones de vida de los otros niños que también asisten a estas terapias acá (HPDSV). Siente también, que las han apoyado mucho desde el colegio.

Ella describe a Claudia como una niña muy señorita, muy dama, inteligente pero, muy sola en su ser, ella se siente muy sola.

Joven 4:

Descripción: Carolina, 16 años, asiste a octavo básico, su rendimiento es regular. Después de una discusión con la madre, ingiere pastillas que ella había reunido desde antes para este propósito, le había pedido a una amiga que le comprara una caja de paracetamol más, para sumarlas a otros medicamentos que ella tenía. Las ingiere en la mañana y asiste al colegio, allí vomita y se va a su casa, la madre que llega más tarde, la encuentra desmayada en su pieza. Es trasladada de urgencia al hospital de la zona, allí permanece 9 días y luego es derivada a la Unidad Infante Juvenil del HPDSV, donde asiste de forma irregular hasta la fecha.

Diagnóstico: Depresión.

Relato: Su primer recuerdo es que se cae de una escalera a los 3 años, y la llevan al hospital, después recuerda a sus 5 años que se va a vivir a España con su familia

nuclear, vivieron en Madrid un año, después se van a Barcelona y luego, viven en Valencia, no estuvieron en un lugar fijo, sino que ella recuerda que se pasaba de colegio en colegio.

Regresan a Chile a los 11 años (2010) de Carolina, en ese momento, ella vuelve al colegio en el que estaba en kínder, antes de salir de Chile, y allí ella siente que empezó todo a cambiar. Ella refiere, que su situación actual pasa porque las personas acá son muy diferente a como son en otros lados, la aislaron mucho sus compañeros, en ese tiempo además, su hermano cae preso y su mamá pasa yéndolo a ver, su papá trabaja mucho y ella pasa mucho tiempo sola en la casa y se siente muy, muy sola, siente que nadie le habla y esto le provoca mucha rabia, siente que habría preferido quedarse en España, no haberse venido de allá. Le empieza a ir mal en el colegio, y ese año queda repitiendo, ella no quiso cambio de colegio, porque era el que le quedaba más cerca de la casa. Allí comienza a cortarse los brazos. La cambian de curso y se siente más acogida, pero en la casa sigue todo igual (2012), allí conoce una amiga pero, al poco tiempo esta amiga se va de la ciudad, y allí siente que es como volver a lo mismo, tampoco estudiaba, agrega que siente que se puso floja y queda repitiendo otra vez en séptimo. Otro curso nuevo, conoce a otro niño que fue su amigo pero, las cosas están mal en la casa, ella continua haciéndose cortes en los brazos y piernas. Además, se empieza a ver que estaba creciendo y no le gustaba, entonces empieza a provocarse vómitos después de las comidas (13 años). A veces, después de comer mucho, porque cuándo sentía ansiedad comía mucho, y otras veces, no comía casi nada e igual vomitaba, quería verse más delgada, más bonita. Estuvo en cheerleader y siente que en esta práctica, se desahogaba, se concentra más en el estudio y ese año pasa de curso pero, sigue cortándose y vomitando. También con las amistades que tiene, fuma marihuana.

En ese tiempo su hermano sale de la cárcel y las cosas en su casa estuvieron mejor, una tía materna, se da cuenta de sus vómitos, y esta tía habla con sus primas, y estas hablan con ella. Además, vienen de visita, su hermana que vive en el Sur, a pasar septiembre del 2013, con ellos. A esta hermana, Carolina le cuenta todo,

agrega que es porque tiene una relación más íntima con esta hermana, en este periodo, ella refiere que deja de vomitar y se siente mucho mejor, sin embargo, a fines de ese mes, su hermana se va de regreso al Sur. No tenía confianza con su mamá y ella nuevamente, se siente muy mal, continua el año escolar pero, esta con muy malas notas y a punto de quedar repitiendo otra vez, discute más con la mamá y en una discusión más fuerte, que se da porque su mamá, ya sabiendo que ella se provocaba vómitos, la crítica mucho, como respuesta a esta discusión, Carolina recuerda que se aísla y toma muchos medicamentos diferentes, relata que habían paracetamol y otros que no sabe, se va al colegio y en el establecimiento educacional, vomita amarillo, luego llega a su casa y no sabe más lo que paso, entiende que la madre la lleva a la posta, la derivan al hospital y queda allí por algunos días, no recuerda cuantos. Ahora se arrepiente de esto, solo quería desaparecer pero, el ver a su madre mal, y a su familia mal, no le gusta.

Carolina luego continua tratamiento, deja de cortarse, duerme mejor y mejora sus notas pero, ha habido cosas en la casa y en su vida que la bajonean, igual no ha tomado siempre la medicación. Siente que aún le cuesta porque se toma las cosas muy a pecho, aún no logra sentirse bien con ella misma.

Respecto del comienzo de los síntomas, Carolina relaciona la aparición de la enfermedad, con su regreso a Chile y al colegio al que asistía, donde el que la apartaran, ella se lo explica con qué era ella quien tenía un problema, por no encajar, se sentía como un fantasma en el curso, ella además, comienza a aislarse en el curso y también en la casa, porque pensaba que ella tenía algo malo, su forma de ser o su físico, y que así, era mejor estar sola y no molestar a nadie, solo después de su intento de suicidio, cuestiona estas ideas y se da cuenta, de que ella no era el problema.

Carolina relata que cuando se da cuenta que no está bien, es cuando su madre está también, con muchos problemas, entonces ella se encierra más, no quiere que su madre además, se preocupe por ella, prefiere vivirlo sola, además, relata que en ese tiempo, pensaba que se le pasaría con el tiempo, y que no había posibilidad de cambiar las cosas porque, el problema era ella y debía acostumbrarse. Al repetir de

curso la primera vez, encaja más con sus compañeros pero, en la casa sigue no hablando con nadie, en este tiempo su hermano queda detenido y ella ve a su madre: concentrada en su hermano, molesta un poco por la repitencia de ella, esperando que por esta repitencia, su madre se le acercara pero, ella no lo hacía. La cercanía mayor con su madre, Carolina la ve solo, después del intento de suicidio, en donde percibe que su madre se acerca más. Carolina refiere que si en el tiempo en que ella estaba más aislada, antes de su intento, ella hubiera tenido la confianza que tiene ahora con su madre, no habría hecho el intento, si el encierro de su hermano las hubiera unido, las cosas no habrían pasado así. Ella sentía ganas de hablarle a su mamá pero, hay cosas que la frenaban, específicamente, el que ella en ese tiempo, no sabía hablar con su madre. Recuerda que cuando su mamá se entera de que estaba vomitando, no se lo dice hasta cuando se lo grita en una discusión, esto la aleja más de su mamá.

Carolina se ha dado cuenta de que su forma es: primero llora, luego siente ansiedad, por esto no come, posterior a esto, vienen los vómitos, después la agresividad y más adelante, se sacaba el pelo. Todo esto ya estaba pasando cuando se entera de que va a quedar repitiendo y de que se su hermana se regresa a su casa en el Sur. En esos días, tiene una discusión más fuerte con su mamá por los vómitos y, ella decide que ya no quiere más y para terminar con todo, se toma muchas y variadas pastillas.

Respecto del diagnóstico de Depresión, Carolina recuerda que se lo dan cuando está hospitalizada, primero, le dan el diagnóstico de depresión a su mamá, y ella se lo dice a Carolina. Después de esto, se genera una mejor relación con su mamá. El tratamiento le ha ayudado mucho, le va mejor en el colegio, expone que lo que más le hace bien es el poder desahogarse con alguien que le da toda la confianza (la psicóloga del HPDSV), aclara que no le gusta nada tomar la medicación.

Carolina hace dos años, que está en tratamiento, ha tenido bajones pero, ahora está mejor, durante este tiempo, solo ha reiterado los cortes una vez, después de una discusión en la casa.

Antes de estos síntomas, Carolina se describe como una niña tierna, muy apegada a su papá y mamá, con los síntomas se describe solitaria, porque andaba siempre triste, sin ánimo, dormía mucho, y ahora siente que es más animosa, le gusta salir con sus amigas, estudiar, leer, le cuenta sus cosas a la mamá, por fin le tiene más confianza.

Madre de joven 4:

Descripción: mujer de 48 años, actualmente, dueña de casa.

Relato: El embarazo de Carolina fue esperado y buscado por la madre y su pareja, Carolina es la menor de sus tres hijos, los dos anteriores son de su primer matrimonio. Cuando nace Carolina, la madre recuerda que todo es maravilloso, la niña es obediente y tranquila. Relata que Carolina va a los 3 años al jardín, va todo el año, van toda la familia a buscarla, agrega que Carolina fue el chiche de toda la familia extensa, que vivían todos muy cerca. La madre recuerda que a los 5 años de Carolina, la familia nuclear se traslada a España, buscando una mejor calidad de vida y porque su hijo mayor vivía allá, y eso según ella cree, a Carolina le afectó, porque se separa de los otros integrantes de su familia más extensa y cuando llegan allá, se instalan en el departamento de la novia de su hijo. Argumenta que allá todo es más caro, por lo que todos deben trabajar, en ese tiempo entonces, la madre recuerda que le enseña a Carolina, a calentar sola su comida en el microondas y debía almorzar sola. En este tiempo, la madre nota cambios en la niña que relaciona con que, como debe trabajar todo el día y, al llegar a casa la niña está durmiendo, se da una desconexión entre ambas, así ve que Carolina se aislaba, no hablaba nada con ella, se comienza a comer las uñas por primera vez (onicofagia), además, en las mañanas la comunicación era solo en relación a instrucciones de las cosas que Carolina debía hacer en el día, Carolina tenía 5 años en ese tiempo.

La madre agrega que Carolina queda a cargo de la novia de su hijo y, esta joven, le tenía celos a Carolina por la relación que tenía con su hermano mayor, pareja de esta joven. La madre comenta que la novia de su hijo no trata bien a Carolina, no la deja bañarse con agua caliente, le apaga el calefón, la pone a hacer aseo, y de toda esta situación, ella solo se entera a los 10 años de Carolina, porque su hija nunca

decía nada, no dio señales de nada de esto. Sin embargo, la madre mientras va relatando, va recordando que se aislaba, que Carolina pasaba mucho tiempo en su pieza, que buscaba estar más sola, agrega que la recuerda más retraída, que la ve más triste. En ese tiempo, la madre relata que Carolina escuchaba las discusiones, que la novia de su hijo tenía con su hijo, en estas situaciones, la novia le gritaba a su hijo que se sentía celosa de Carolina, porque su hijo siempre le hacía regalos y le demostraba mucho cariño.

La madre refiere que después de estas discusiones entre su hijo y su novia, deciden arrendar una casa más grande, para acoger a la mamá de la novia de su hijo, con tal suerte que esta señora, se encariña mucho con Carolina. Esto molesta más a la novia de su hijo y queda más mal la relación de su hijo y esta joven. Carolina le cuenta a la madre, lo mal que esta joven la trataba, recién a sus 10 años, con rabia, con dolor, la madre queda impactada y le reclama que por qué no lo dijo antes, la madre explica que ve a Carolina como que se reveló, luego de esto, empieza a contestarle mal, muestra reacciones de rabia. La madre agrega que después, Carolina a los 12 años, empieza con su pubertad, y le salen granitos y en el colegio le hacen bullying, le dicen que es fea, que es asquerosa y por todo esto, la madre cree Carolina hace el intento de suicidio. Ese día (22 de noviembre 2013), la madre recuerda que estaba en su trabajo, donde cuidaba a un caballero, y no sabe bien por qué, le viene la necesidad de ir a la casa, y allí encuentra a Carolina botada, agonizando, relata que fue terrible, muy fuerte, sale corriendo a buscar ayuda, la llevan al hospital y allí le dicen que si no llega en ese momento, Carolina habría muerto, la joven quedó con su hígado como el de un alcohólico. La madre comenta que ahora debe cuidar mucho, la alimentación de Carolina pero, la joven se molesta, se descompensa, por esto la madre siente que no la entiende. La madre cuenta que ahora, cuando Carolina llega del colegio, solo lo que hace es dormir, ella la invita a cocinar, pasear pero, Carolina no quiere nada, y cuando hace algunas de las cosas que la madre invita, lo hace pateando la perra. La madre relata que en la relación de Carolina con el papa, ella tiene que andar como árbitro entre los dos porque Carolina, lo trata mal, le contesta mal a veces. Para la madre, el papá de Carolina,

es una buena pareja, un buen marido, un buen padre pero, no logra aportar mucho o acercarse a Carolina.

La madre relata que está muy arrepentida de haberse ido a España, porque siente que allá Carolina se vino con las mejores notas, y al llegar, todo empezó a estar mal con esto, ha repetido ya 3 años. La madre agrega que a Carolina le costó adaptarse a los compañeros, a los profesores, volver al mismo colegio al que asistió hasta antes de irse de Chile. La madre comenta que ella no se dio cuenta de nada, llevaban 5 años de regreso en Chile, cuando Carolina hace el intento de suicidio (a sus 12 años), y allí recién la mamá se da cuenta de muchas cosas que le pasaban a su hija. La madre agrega que solo la veía agresiva con ella, recuerda que ella como madre, lloraba, le pedía explicaciones a Carolina, y su hija reaccionaba sacándola de su pieza, a veces, escuchaba y notaba a Carolina llorando y no le decía nada. Recuerda que la joven, en algunos momentos, era agresiva le salía mucha rabia con ella y la culpaba, le decía que la había dejado botada, agrega que Carolina no se daba cuenta del daño que a ella como madre le hacía.

Cuenta que también veía que Carolina comía ansiosa, le llamaba la atención y se molestaba, hasta que en algún momento, la madre la deja, buscando darle su espacio, en ese momento Carolina se aísla más.

Ella percibe que después del intento de suicidio, tuvo que recuperar a su hija y aún está en ese proceso, porque Carolina no le tiene confianza, no le cuenta sus cosas, no quiere estar con ella, siente que le cuesta acercarse a la joven, agrega que a ella no le gusta que Carolina se vista de negro, que ha sido una insistencia grande que cambie su forma de vestir. Agrega que Carolina además, se sacaba el pelo, tenía pelones, que se hacía cortes en las piernas y en los brazos, no comía, vomitaba, se comía las uñas desde muy chiquitita, recuerda que en una ocasión le sacó hora a Carolina en el consultorio pero, a la fecha no ha tenido respuesta, por otro lado, pidió ayuda en el colegio también pero, solo vieron a Carolina, después de que quiso quitarse la vida.

Todos los síntomas de Carolina, siente la madre que parten cuando su otro hijo queda preso, en ese tiempo ella recuerda que Carolina empieza a sacarse el pelo,

que la ve más nerviosa, agrega que Carolina gritaba, porque Carolina adora a su hermano y él a ella. La madre recuerda que las cosas se fueron dando como en una cadena: el 2009 la familia regresa a Chile (10 años de Carolina), luego el hermano cae preso, y esto tuvo repercusiones en la casa, como por ejemplo que no había nada de plata, porque todo era para su hijo en la cárcel, se acuerda que debían pagar 20 mil pesos todas las semanas, a los gendarmes, para que tuvieran a su hijo en un pabellón mejor, no se le podía comprar nada a Carolina, porque se debía guardar la plata al otro hijo.

La madre cuenta que el tratamiento ha sido discontinuado por otros tratamientos que hacen para Carolina y para su hermano, además, Carolina no le coopera para acordarse de las citas, los medicamentos también están discontinuados.

La madre ahora ve a Carolina en búsqueda de otras amigas pero, aún no la ve feliz.

Joven 5:

Descripción: Lorena de 15 años, estudiante de segundo año medio.

Después de una discusión con la madre, presenta crisis nerviosa en la que se autolesiona con cartonero de forma profunda e impulsiva en sus brazos, se desmaya y es llevada a urgencias en el Hospital de la Zona, luego de 5 días internada, es trasladada al HPDSV donde es internada por otros 2 días.

Diagnóstico: Depresión.

Relato: Su primer recuerdo de niña, es estar con un tío cantando para su cumpleaños a los 4 o 5 años, se describe en ese tiempo, como una niña tímida, se sentía bastante excluida, con baja autoestima, era más callada de lo que es en la actualidad. Recuerda que al entrar a primero básico (6 años), tiene buenas notas, es callada, en segundo básico se cambia de colegio, siente que tiene que cambiar para conocer a nuevos compañeros, luego se cambia de colegio nuevamente en quinto básico, allí recién tiene amigos. Durante este periodo en su casa, se siente sola, porque tiene una hermana que nace con una enfermedad metabólica, con un retraso mental y psicomotor, y esto promueve que su madre tenga que estar pendiente de su hermana, por otro lado, su padre trabaja mucho. Según refiere

Lorena, no tiene muchos recuerdos con su mamá o con su papá, así que los recuerdos que más tiene, son con su hermano mayor, es él a quien ve como figura paterna, refiere que tal vez por eso, no tenía mucha seguridad y por eso cuando entra al colegio y no logra relacionarse bien con sus compañeros, esto le provocaba mucho nerviosismo y ansiedad, se comía sus uñas (onicofagia).

Su padre además, tiene problema de alcoholismo que promueven muchas peleas en la casa, violencia que no es con maltrato físico pero, si del otro, insultos a ella y a su mamá, por eso siente que tiene una autoestima baja, son los recuerdos con su padre, los que a ella la marcan más.

En quinto básico, Lorena siente que cambia, le llega su primera menstruación, empieza a crecer, a cambiar, le empiezan a gustar diferentes cosas, y recuerda que comienza a encerrar en sí misma, quiere tener sus cosas, relata que busca ser más individualista, quiero solo hacer las cosas que le gustan, busca a las personas con las que quiere estar, y esto es un cambio grande, respecto de cómo ella era cuando chica, donde estaba con las personas que tenía que estar, en este otro tiempo, ella selecciona a las personas y las cosas que solo para ella son buenas.

Lo primero que identifica como parte de lo que le provoca la depresión, es lo que pasa con el alcoholismo de su papá, expone que al principio del año 2014, comienza a ser aburrirse de esta situación, le empieza a molestar mucho todo, no sabe a quién decirlo y no sabe cómo lograr cambiarlo y en eso, de repente, se empieza a hacer cortes, baja sus notas, siente que como que se le estaba destruyendo todo, siente que allí hubo un momento en el cual el vaso se rebalsó, ella percibe que desde chica no tenía tanta presión de hacer las cosas como las debe hacer, pero en la adolescencia, siente más presión de todo el mundo. Su hermana le vio una marca en el brazo y allí tuvo que contarles lo de sus cortes a su familia, ellos la llevan a psicólogo, a este profesional Lorena le comenta que sus menstruaciones no son regulares y el psicólogo dice que era necesario llevarla a un ginecólogo que la medicara y que así sus reglas y el ánimo, se estabilizarían, y comienza tratamiento ginecológico. Pero, las cosas siguen igual, entonces consultan con la orientadora del colegio, quien recomienda que la lleven a psiquiatra, esta le receta pastillas pero,

a ella no le gusta tomar pastillas, siente que es triste que le de sueño temprano y no poder tener una vida de joven normal, tampoco evalúa como bueno que su familia la trate diferente, la sobreprotegen de todo y empieza a no sentirse como normal (agosto 2014 primera vez con psicólogo, psiquiatra en octubre le da clonazepam y fluoxetina). Su madre le da los medicamentos, pasan las últimas pruebas y ese día va al cine, con su primo y hermano, luego al llegar a casa, estudia para una prueba del día siguiente y había tenido una discusión suave con su mamá, en ese momento se pone a pensar en todo, en la primera vez que su hermana ve los cortes, de ir a médico, de tomar pastillas y de repente, todo a su alrededor se nubla y se le llenan sus ojos de lágrimas, no le entra ninguna materia de la que estaba estudiando, no se puede concentrar y se levanta, abre un cajón y toma un corta cartón, se va al baño, siente que en ese momento, tenía mucha adrenalina, y comienza a cortarse muy fuerte y rápido, sin control, Su papá se levanta y le dice “¡Pero Lorena, que estás haciendo!” y todos se acercan, su mamá la limpia y gritan y lloran, y ella hablaba muchas cosas sin saber lo que decía, se siente más mal, solo quiere desaparecer, se sentía muy mal, recuerda todo lo que estaba pasando y como que ya estaba cansada de la situación y sentía una pena muy adentro, después de eso, su mamá le dice que se ponga el pijama que dormiría con ella pero, al llegar a la cama se desmaya, la llevan a urgencia y, por lo que le cuentan, le ponen una silla de ruedas y la dejan hospitalizada 6 días. Esto la hace pensar mucho, siente que allí puede ver realmente lo que había pasado, solo quería estar con sus padres y solo los puede ver 30 minutos, pasa las noches sola y después que le dijeran que la trasladarían en el hospital psiquiátrico, siente rabia e impotencia, relata que lo que vive en el HPDSV, es una realidad tan diferente, se da cuenta que cuando una persona no tiene el apoyo familiar no tiene nada, allí ve a estas personas abandonadas por sus familiares, que se descompensan, ahora se da cuenta que lo único que quiere es estar cerca de sus papás. Lorena siente que estas experiencias le han ayudado, recuerda que tenía que levantarse temprano, bañarse con gente que no conocía, en este lugar estuvo 3 días, ella le daba las pastillas a todas, las noches se hacían muy largas, relata que cuando la psiquiatra le dice que le darán

el alta, se pone muy feliz, agrega que la fue a buscar toda su familia, hasta su hermano viaja a verla.

Ha estado mucho mejor estos últimos dos meses pero, cuando su papá recae en el alcohol, ella se siente muy mal y siente que recae ella también en su malestar, además, su mamá, esta con un cuadro de ansiedad que a Lorena también le afecta.

En el presente, esta con psiquiatra y psicólogo, además, la relación con su mamá es más cercana, es la persona a la que le cuenta sus cosas, tienen una buena relación. Lo primero que nota como cambio al comenzar la depresión, es que comienza a aislarse de su familia, se vuelve muy callada y ella siempre quería o necesitaba estar sola, mucho más que lo normal, sin embargo, no sabe qué hacer con esto, luego recuerda que se comienza a aburrir de todo, no se sentía cómoda con nada, estaba enojada con ella y con los demás, estaba con una angustia constante, y con el tiempo, esta situación fue empeorando, porque comenzó a sentir culpa de todo, su auto estima que ya no era buena, empeoró, y allí parten los síntomas, no se sentía parte de nada, ni de su familia, ni de sus amigos. Es importante para ella que se sepa que cuando parte con los cortes, ella quería atención pero, ya después, cuando no hay esa atención, las cosas empeoran, refiere que en su mente, pensaba que si lo contaba a su familia, no le pondrían atención o no les importaría, nunca tuvo la confianza de hablarlo con su familia, en esta situación aprende a ocultar tanto todo.

Antes de tener más fuerte la enfermedad se consideraba muy conversadora, tenía ánimo, hacia muchas cosas en la casa y se comunicaba mucho con sus papás, cuando está con la enfermedad, deja de estudiar, pierde todo tipo de motivación y se sentía inútil para hacer lo que antes le gustaba, bajo mucho su auto estima y pensaba que si hacia algo, lo haría mal, que la embarraría, se sentía muy perseguida. En el presente siente que ha vuelto a hablar con sus padres, que pasa mucho más tiempo afuera de su pieza, volvió a hacer cosas que antes le gustaban, como dibujar y leer, está motivada por entrar al colegio, más feliz con ir a su futuro.

Cuando le dan el diagnóstico de depresión, ella se siente atrapada, encasillada en un diagnóstico, para ella la forma en que la doctora le da el diagnóstico por primera

vez, fue muy malo, luego, cuando le confirman en el HPSV este diagnóstico, fue mucho mejor, con más información. Evalúa que el psicólogo actual le ayuda mucho pero, no le gustan los medicamentos. Agrega que serían bueno más sesiones con el psiquiatra y sesiones psicológicas con toda su familia. Comenta que el colegio le ayuda cuando se entera de su problema pero, no otras instituciones. Respecto de las personas que le ayudan, percibe que su madre ha sido un pilar fundamental. Ella evalúa que para salir de esta enfermedad, ella debe poner demasiado de su parte.

Mamá de joven 5:

Descripción: 54 años, actualmente, trabaja cuidando a un anciano.

Relato: Expone que su hija nace de un embarazo no planificado pero que asumen ambos, aunque el padre por sus problemas de alcohol, está más lejos. Agrega que ella igual está bien y el proceso se da sin problemas y la joven nace bien.

Comenta que con su esposo siempre han tenido problemas debido que él tiene un problema con el alcohol y que estas discusiones las veía la joven, desde muy pequeña y ella asume que quizá esto también la afecto.

La madre refiere que aún no sabe contener a su hija, la que la contiene ahora es su hermana, que tiene problemas cognitivos y motrices. Ella se siente muy sobrepasada, aún ve que Lorena se esconde para cortarse. Lorena le dice después, de que tiene poco respeto por su cuerpo y que no quiere vivir así y que si su papá no cambia, ella siente que no puede cambiar esto. La madre refiere que Lorena la culpa a ella, porque le ha aguantado mucho al papá, él se está haciendo tratamiento pero, igual recae y esto la tiene muy mal a ella, como mujer y madre. Se da cuenta que esta situación del padre, afecta a sus hijos y se siente muy mal por esto, menciona que ya no tiene ganas de nada.

La madre refiere que el primer cambio que notó en Lorena, es que pasaba más tiempo en su pieza, al principio, lo relacionó con que estaba en la adolescencia, ella va a su pieza pero, Lorena la echaba de forma violenta, ella como madre se sintió confundida y mal, no sabía porque Lorena estaba así, tampoco sabía qué hacer con

todo esto. Agrega que después, se da cuenta de que Lorena había sido siempre una niña muy conversadora y en ese tiempo, se puso más callada, y cuando se le preguntaba, Lorena decía nada y se paraba y se iba, además, se da cuenta de que cuando hacía calor o frío, Lorena siempre llevaba poleras manga larga, siempre estaba muy abrigada, no se sacaba el buzo largo. La madre recuerda que en ese tiempo, nada de todo esto, le llamó la atención, cuenta que no le llamaba la atención, porque siempre Lorena era una niña callada, tranquila, que no le daba problemas, entonces para ella, todo tenía que ver con que estaba en la adolescencia. Su hija mayor, se da cuenta de los cortes, por un descuido de Lorena, ese día, Lorena se pone un vestido y al sentarse, la hermana le pregunta: ¿qué te hiciste allí?, y Lorena se paró de la mesa y se va a su pieza, todos fueron a verla, y Lorena allí se sincera y les explica que hace un año que se estaba haciendo daño en sus brazos, y que esto era porque ella no quería darle más problemas a la familia. La madre cuenta que en ese momento, se sintió muy culpable y le besa los brazos, le dice que la ama, Lorena le dice que no tiene la culpa. Después de esto, Lorena para de hacerse cortes. En ese tiempo, la madre recuerda que lleva a Lorena con una psiquiatra que le da el diagnóstico de depresión, a ella y a Lorena, diciendo que esta enfermedad Lorena la tiene por culpa del papá, que por este motivo la joven se corta los brazos, esto le provoca mucha rabia con su marido. La madre cuenta que además, la doctora le recomienda a ella, que le diga esto a su marido y finalmente, al recetar los medicamentos, se dirige a Lorena y le dice que le dará fluoxetina y que esto es bueno, porque este medicamento la hará adelgazar un poco, cosa que según la doctora, le hace falta a Lorena, porque esta pasadita de kilos, la madre recuerda que en ese momento no reacciona, y la doctora, termina la sesión, derivando a su hija con neurólogo, para descartar un tumor. La madre recuerda que cuando llega a la casa, le expresa a su marido lo que dice la doctora, y él se va a su pieza.

La madre recuerda que en el momento de la crisis de Lorena, antes había discutido con Lorena, porque la joven no había estudiado para una prueba, y luego la deja para ir a lavar la loza, en eso su marido la llama y ella corre al baño donde estaba Lorena toda cortada, de ahí recuerda que se fueron al hospital donde queda internada y al quinto día, es derivada al HPDSV donde se queda 4 días más.

En el presente, la madre estima que la joven está mucho mejor, que tiene mucha fuerza de voluntad, ella ve que Lorena quiere salir de esto.

Aún ella se siente culpable, sobre todo por no darse cuenta de que Lorena estaba mal, por no ver que su conducta era un llamado de auxilio, ella cree que lo que le ocurrió a Lorena, se debe a toda la historia de vida de su hija. Siente además, que todo lo que ha pasado les ha ayudado y acercado mucho, están queriéndose y escuchándose más. Percibe que si hubo apoyo en el colegio y en el HPDSV.

La madre relata que la violencia, en la forma de ser de Lorena, era lo más intenso en el cambio que tuvo con la enfermedad, recuerda que Lorena en la crisis, saca una fuerza desmedida. Agrega que ahora, Lorena está más controlada, evalúa que los profesionales y los medicamentos, la tienen mucho mejor que antes.

La madre percibe que la sociedad no comprende esta enfermedad, las amigas de Lorena, se alejaron, porque según ellas, esta enfermedad se les iba a pegar.

2. Análisis Estructural de la información: En esta etapa del proceso de análisis, primero, se extrajeron las *Unidades de Significado* (extractos del relato, que pueden ser parte de una oración, una oración entera, varias oraciones o un párrafo, que refleja un solo significado), estas se extraen de la información extensa, buscando no repetir el significado que se entrega con cada una y, que ninguno de los significados que entrega cada adolescente y su madres, queden fuera del análisis. Luego se agrupan estas *Unidades de Significado* en *Unidades Temáticas*, que son temas que fueron surgiendo a partir de ir relacionando las *Unidades de Significado* y pudiendo agruparlas con etiquetas simples, que le dan el nombre a la *Unidad Temática*.

Para realizar este análisis hay diferentes formas, se puede por ejemplo hacer preguntas al texto y recoger secciones del texto que contesten esas preguntas, o leer el texto entero y dividirlo en *Unidades de Significado* y estas luego, agruparlas en *Unidades Temáticas*. En el presente estudio, se optó por esta última alternativa. De esta manera, se dividió el texto en *Unidades de Significado*

y luego se extrajo de la agrupación de ellas, diferentes *Unidades Temáticas* para los jóvenes y para las madres, estas se muestran a continuación:

2.1. *Unidades Temáticas*:

Los temas que principalmente, se extraen de la información extensa entregada por los jóvenes, son los siguientes:

- a. Relación consigo mismo.
- b. Relación con su familia.
- c. Relación con sus pares.
- d. Relación con los síntomas, contexto en que aparecen.
- e. Significados respecto del diagnóstico y tratamiento.

Las *Unidades Temáticas*, que se desprenden de los relatos de las madres son:

- a. Relación con el embarazo.
- b. Relación con el padre del o de la joven.
- c. Significados respecto de su hijo o hija.
- d. Significados respecto del diagnóstico y del tratamiento de su hijo o hija.

2.2. Cuadro de *Unidades de Significado*, agrupadas por *Unidades Temáticas*:

Se prefirió presentar un cuadro con las *Unidades de Significado* encontradas según cada una de las *Unidades Temáticas* definida, por cada joven y su madre, para mostrar la información con mayor claridad y organización.

<u>Diada 1</u>		
	<i>Unidades Temáticas</i>	<i>Unidades de Significado</i>
Joven.	Relación consigo mismo	"...cuando era chico era inquieto...era como medio de cambios humorísticos...al principio era con la risa...me reía sin motivo...después esto me pasaba con la rabia, como cuando entré al colegio"; "...me gustaba estar siempre moviéndome...era muy desconcentrado; "...me ponía celoso"; "mentía...cambiaba lo que no me gustaba de mi historia"; "...en el colegio yo era muy tímido"; "...como cuando deje de ver a mi mamá...me sentía súper vacío"; "muchas veces hacía escándalo y decía que me iba a matar y agarraba el cuchillo...empecé a manipular mucho con eso"; "...me aislaba...estaba solo"; "...me ponía a jugar computador y me sentía feliz, porque era como que me salía de esta realidad"; "...me refugie en la comida...en vez de andar llorando, comía

		y comía”; “...estaba como muy gordo...me sentía tan mal”; “...siempre he pensado en suicidarme”
	Relación con su familia	“...a mi papá...tome su billetera y le saqué plata...”; “Esperaba el fin de semana solo para ir a ver a mi mamá...”; “...mi papá pasó por depresión...mi madrastra lo engañó...todo se derrumbó...se trató de suicidar”; “...sentía como impotencia no poder hacer nada por él”; él me manda a Valpo con mi mamá, castigado...”
	Relación con sus pares	“...en el colegio yo no tenía amigos; “...a mí me molestaban mucho...”; “...le empecé a pegar a mis compañeros...lo veía sangrando y llorando y yo le seguía pegando...”; “...me apartaban por ser mentiroso”; “...con otro niño fuimos a andar en skate y nos metimos en lo que fueron los rayados”; “...que fueron como mis tres mejores amigos; a veces me ayudaban cuando me deprimía...”
	Relación con los síntomas, contexto en que aparecen.	“...me empecé a deprimir de un día para otro, como no veía nada feliz; “...todo lo malo pensaba que era mi culpa”; “...ya los chistes no me daban risa...”; “lo que me ayudó para salir de eso fue meditar; remedio el que tomo hasta ahora me tiene como más feliz igual
	Significados respecto del diagnóstico y tratamiento	“...me había acostumbrado tanto a las pastillas, que era como que sin las pastillas, como que no sabía quién era, me descontrolaba mucho”
Madre.	Relación con el embarazo y parto.	“...me entere cuando ya tenía 4 meses de embarazo”; “su familia me preguntaba por qué no abortaba”; “...no le aviso a nadie y me voy al hospital...”; “...no había ningún tipo de red de apoyo”
	Relación de ella con el padre del joven.	“...sentía mucha pena, mucha rabia, empezaron a haber discusiones”; “...que no era hijo de él...”; “a él le gustaba una niña que era vecina de él de 12 años...”; “me dio un tremendo empujón”; “...yo voy a ponerme a trabajar puertas adentro... necesito que tú te lo lleses”; “...era como frío y brusco en el trato...”; “el intenta suicidarse”; “...cambian a Matías de colegio todo y después yo pierdo contacto con el papá de Matías y no me contestaba el celular...”
	Significados respecto de hijo	“...él era terrible, terriblemente inquieto”; “con mucha energía, bueno para bailar, con una personalidad, que era increíble”; “...hacia unos shows terribles en la calle...”; “...le saqué la cresta...”
	Significados respecto de los síntomas, el diagnóstico y tratamiento.	“...yo no supe cómo ni cuándo vino lo que paso...”; “...la psicóloga creo yo que le hizo muy bien...más que todo lo demás...”
Diada 2		
	<i>Unidades Temáticas</i>	<i>Unidades de Significado</i>
Joven.	Relación consigo mismo	“...era más hiperactivo”; “...en el colegio era más callado...”; “...me costaba levantarme”; “...hacia puras leseras...”; “Antes...cuando era chico...era como más feliz y no era tan callado”; “Como si tuviera miedo de hablar; empecé a ponerme más callado en primero medio y en octavo un poquito...”; “...soy flojo...me estresaba sacarme malas notas...”; ser gay obviamente te van a

		molestar...a mí me molestan desde chico...se me notaba..."; "Yo creo que nunca fui feliz..."
	Relación con su familia	"...mi mamá me retó, pero después me felicitó..."; "...mis tíos me apoyan más que mis papás... mis papás critican no más..."; "Una vez cuando me corté acá, tuve que ir a hacerme curaciones donde mi tía...como que me dejó las cosas bien claras, se puso hasta llorar y todo..."; "...mi mamá no entiende mi enfermedad...mi papá tampoco...el cree que la entiende porque la biblia dice esto y todo eso..."; "...se dan el tiempo de criticar pero, no de informarse..."
	Relación con sus pares	"Tenía una compañera que me molestaba... no eran dos"; desde primero hasta tercero básico, tenía una compañera que me pegaba...una vez...yo le pegué..."; "...un compañero me pego una patada y yo lo agarre y le empecé a pegar contra la pared..."; "Recuerdo que molestaba a un niño y terminó yéndose del colegio..."; "...a veces, me dejaban de lado..."; "...acá...estoy en grupo de WhatsApp...cuando digo mi situación...con más confianza con la gente, me apoyan y todo...me siento bacán..."
	Relación con los síntomas, contexto en que aparecen,	"...me empecé a cortar en sexto...mi mamá se da cuenta en octavo y me lleva al psicólogo dos años después...porque en ese tiempo me empecé a cortar mucho...fui dos veces y después caí hospitalizado"; "...en quinto me daban ganas de cortarme...no lo hacía...solo unas marcas muy chicas...se borraban al tiro..."; "...no sé, yo quería verme más grande...lo veía como un tatuaje...es que no me dejaban hacer nada a esa edad..."; "...después como que...se volvió como un vicio...se me quitaba el dolor de la herida, ahí me hacia otra"; "...me decían algo...por ejemplo...tonto o así en buena...de cariño...a mí me afectaba y me cortaba...es como que tenía que hacerme daño..."; "...fue la más fuerte...porque había peleado con mis papás...supongo que me afectó quedar repitiendo...también en esa fecha yo tomaba pastillas para vomitar y me tomé la metformina, me tomaba 20 cada día... para bajar de peso..."; "...le dije a la psicóloga...que me había tomado unas pastillas el día anterior...esa es la primera vez..."; "...después...a fines del año pasado...tuve una pelea con mi papá y me fui de la casa...después cuando volví me tomé todas mis pastillas... me llevaron al hospital y me hicieron un lavado, fue asqueroso..."; "...es más porque no encuentro bonita la vida...sentía tristeza...me quería matar a cada rato...era lo único en lo que pensaba..."
	Relación con la depresión, con el diagnóstico y con el tratamiento	"...los medicamentos no me hacen nada, me hacen dormir no más..."; "...encontraba al principio muy metido al psiquiatra..."; "yo veo todo el tratamiento...negativo ...positivo que por lo menos, faltó al colegio..."; "...para mejorar yo sé que depende de mí fuerza de voluntad..."; "...también aprender a tolerar a la gente y las críticas..."; "...yo creo que no es una enfermedad...es algo que simplemente pasa...algo pasajero para alguna gente...para otros es más permanente..."
Madre.	Relación con el embarazo y parto.	"...a mi marido no le interesaba tener hijos..."; "...de repente me empiezo a sentir mal y me doy cuenta, no queriendo aceptarlo, que estaba embarazada..."; "Fue un embarazo de harto riesgo...de mucha pena...mucha angustia...de no saber

	<p>cómo iba a nacer mi guaguíta... porque podía nacer con problemas por el hecho que yo era diabética y ya tenía 38 años...”; “...me tocaba siempre ver niños enfermos, niños con síndrome de Down, con los deditos pegados, era como que yo iba y solamente eso veía...entonces era mi ruego a dios que mi niño...”; “...me sentía muy culpable, como irresponsable...”; “...yo fui y he sido una mamá muy aprehensiva...”; “Rodrigo ahora poco él dejó de tomarme la mano pero, yo igual voy, porque él siempre se caía entonces para que no se fuera a caer...”</p>
Relación de ella con el padre del joven.	<p>“...siempre tratando con él papá porque son muy parecidos...”; “...siempre se iba a meter a la cama, se acostaba en medio, eran las peleas con el papá”; “...en ese tiempo mi esposo conoció a otra persona...nosotros discutimos mucho en ese tiempo... Rodrigo vio todo esto...”; “...la verdad es que nunca tuvo tanta relación con el papá, era como siempre él y yo...”; “...entonces mi esposo a Rodrigo siempre lo tuvo así como de ladito, él no se involucraba en nada de lo de Rodrigo...”</p>
Significados respecto de hijo	<p>“...tiene un carácter muy cambiante...en un momento está muy bien y de repente se molesta, sale con una pachotada...”; “...Rodrigo de noche no dormía, entonces donde no dormía él jugaba toda la noche y a él le venía el sueño cuando ya estaba claro...entonces yo decía bueno que duerma...fueron pasando los años y la cosa no cambio...me lo entregaron al niño y de ahí a las tres de la mañana despertó, de ahí no durmió en toda la noche, siempre fue así...”; “...siempre lo mantuve en colegios en la tarde...”; “...era un niño siempre feliz...todos lo querían”; “...si por mi hubiese sido...lo hubiese tenido ahí en una burbuja...que ni siquiera una pulga lo hubiese picado...era tanto mi sobreprotección”; “...yo lo veía que él movía las manos y me jodía y me jodía pero yo no lo escuchaba...”; “él todo lo rompía, rompió cómodas, veladores, el papel tapiz...”; “...yo nunca lo retaba”; “pasaba con problemas de bronquitis y a él le venían pulmonías, neumonías...entonces yo tenía que cuidarlo, era como un cristal...”; “...entonces faltaba mucho a clase”; “...él siempre jugó con muñecas...”; “...él le dijo a su papá que él no sabe que cual es su condición sexual...”; “...yo no voy en contra de la homosexualidad, lo que a mí no me gusta son las locas...”. “...su dormitorio es una asquerosidad... duerme sin sábanas, a él no le interesa si las perritas se mean encima, tiene las ventanas sin cortina”; “...yo me siento muy impotente, muy cansada, ya no puedo más, le digo te voy a pegar, te voy a cachetear...yo lo he hecho ya...porque ha sido necesario... tirón de orejas, tirarle las mechas que se yo, darle un palmetazo en las nalgas”; “...el molesta mucho siempre... molestar a los perritos, molesta a la hermana, me molesta a mí...”; “... hay tantas cosas que yo no entiendo de mi hijo...”; “...el miente con mucha facilidad...”</p>
Significados respecto de los síntomas, el diagnóstico y tratamiento.	<p>“Rodrigo siempre ha sangrado de la nariz...entonces para mí era muy normal ver su sabana...su ropa con sangre”; “...a los trece años cuando fuimos a ver a la endocrinóloga le dice que él no quiere que yo le vea más sus medicamentos, que él se los quiere tomar solo...entonces el dejó de tomarse los medicamentos por 6 meses y yo creo que eso lo cambio...”; “...se puso agresivo, a la defensiva...”; “él comía y comía...”; “...quebró también el Tablet solo para que le compráramos uno nuevo, entonces yo le dije que no le iba a</p>

		comprar...hay salió con que se tomaría unas pastillas...era solamente para manipular..."; "...yo creo que fue una malacrianza mía..."; "...yo creo que lo afecto el hecho de que él pensaba como niña y actuaba como niño..."; "...el sentirse rechazado... él lo ha tenido como reprimido, y pienso que eso ha sido una manera de rebelarse..."; "...la atención ha sido muy buena...para mí la mejor atención ha sido acá (HPDSV)...para el no, nada le gusta, no se da con el psicólogo y encuentra que acá es muy feo..."; "...cuando me dijeron que tenía depresión yo no lo creí...".
Diada 3		
	<i>Unidades Temáticas</i>	<i>Unidades de Significado</i>
Joven.	Relación consigo mismo	"...siempre me sentí sola..."; "yo de chica no hablaba nada, era muy callada...por eso mi mamá dice que cambie mucho, porque ahora me di cuenta de que yo soy muy conversadora, soy buena pal leseo..."
	Relación con su familia	"...en mi familia se disfruta mucho de comer..."; "...no tenemos ninguna relación con la familia de mi papá..."; "...vivimos con mi abuela materna hasta cuando yo tenía dos años...después mi abuela ya no nos recibió...yo veía a mi mamá llorar y ahora hace poco supe algunos de los problemas que ellas tuvieron...ellas no se hablan..."; "...de niña yo no tenía amigos, mi mamá no me dejaba salir..."; "...mi mamá de chica me pagaba...todavía lo sigue haciendo...puedo admitir que ahora me merezco esos golpes..."; "mi mamá es muy estricta..."; "mi mamá siempre me ha comparado con mi hermana, porque ella se saca mejores notas...es mejor...yo siempre me sentía mal po..."; "yo de chica no hablaba nada, era muy callada...por eso mi mamá dice que cambie mucho, porque ahora me di cuenta de que yo soy muy conversadora, soy buena pal leseo...a veces siento que mi mamá quiere que yo sea esa niña callada..."; "...no me gusta recordar a mi mamá llorar en el Hospital..."; "...mi mamá ahora sigue siendo exigente.."
	Relación con sus pares	"...en el colegio me hacían bullying...me molestaban por ser gorda, por ser callada, porque prácticamente no tenía amigos...porque estaba sola en los recreos...desde primero básico hasta tercero..."; "conocí una amiga en sexto básico pero, en séptimo se tiene que ir con su familia al Sur..."; "...séptimo fue mucho mejor, conocí nuevos amigos, la música, pintura, la lectura..."; "Ahora me siento mucho mejor de cómo me sentía antes, creo que influyeron en eso mis amigos...";
	Relación con los síntomas, contexto en que aparecen,	"cuando partí sexto; empecé a cortarme...ya no aguantaba más que me pegaran...pensaba que tendría que haber una manera y fue la primera que se me ocurrió...hace 4 meses que no lo hago...fueron 3 años...cuando partí ya no me hacían bullying...; falleció dos años antes y ver a mi hermana mal me hizo muy mal...mi mamá me seguía pegando retando, hay bajaron mis notas..."; "en octavo...mi papá se enferma y la operación que hasta ahora, no se hace, la tiene que pagar y no tenemos tanto...hay no tenía animo de nada...dormía mucho..."; "...en primero medio...febrero...había un taco...me atrase...mi mamá me pega...partí muy mal ese año...en marzo yo quería ir a un concierto

		<p>y mi mamá ya me había dicho que si pero, una semana antes, después de que se enojó me dijo que no...y bueno...fui al baño y me tome las pastillas de mi mamá...me desmayo...me internan...ya lo había intentado otras veces...nadie se había dado cuenta...esas veces fueron para olvidarme de todo pero, esta otra vez es porque me quería morir..."; "después todo en parte, empieza a mejorar, mi mamá me trata mejor, en el colegio me tratan bien...era parte de un grupo de amigos...quede en la exposición..."; "...estos amigos también viene acá (HPDSV)..."</p>
	Significados respecto del diagnóstico y tratamiento	<p>"Yo no le ponía nombre, yo estaba así como... o sea no tenía claro de que era lo que estaba pasando y bueno cuando me dicen depresión "oohhh en todo caso, todo calza"; "Lo positivo es que ahora como que me puedo relacionar más con la gente, pero lo que no ha cambiado es que igual aun así me sigo sintiendo sola..."; "...no me gusta mucho eso de tomar pastillas..."; "...siento que me ayudo venir al HPDSV y el colegio...tengo dos profesores amigos..."; "...encuentro que la sociedad mira mal a los depresivos y se siente con el derecho de criticarlos lo que haces, no viendo los problemas que tienes"; "del tratamiento...el psicólogo me ha servido...sobre todo en mis días malos..."; "desde marzo del 2014 que estoy en tratamiento y ha habido menos cortes...solo mis amigos lo saben... y niun intento de suicidio..."</p>
Madre.	Relación con el embarazo y parto.	<p>"Cuando me entero del embarazo de Claudia yo estaba feliz..."; "los tres primero meses mal, vomitando...después me sentí un poco mejor...al séptimo mes ya empecé a tener complicaciones me diagnosticaron embarazo de alto riesgo...con ella yo subí casi 40 kilos...estuve un mes hospitalizada..."; "...totalmente diferente al embarazo de su hermana..."; "...fue la primera nieta, sobrina, su hermano tenía 16 años más...puros hombre...ella fue muy regalona..."; "...fue muy poquito tiempo...tomo pecho con suerte un mes...yo me opere 4 días después del parto para no tener más hijos...me dieron el alta...yo tuve complicaciones...5 a 7 días más hospitalizada..."; "...6 a 7 meses ingresa a sala cuna...a los 8 meses la saque...no me gusto el jardín..."; "...mi tía se quedaba con ella en la casa..."; "ingresa al jardín a los 2 años...a ella le gustaba...al año se enferma y hay que hospitalizarla...10 días...el Dr. dice que mejor la retire...se queda un año en la casa..."</p>
	Relación de ella con el padre del joven.	<p>"...mi marido no lo toma muy bien (embarazo)...después lo asumí..."; "el embarazo de la hermana...para el papá fue atroz...el me culpo a mí"; "...a él le preocupaba su edad...era agresivo verbalmente..."; "...las reglas las pongo yo y mi marido las quiebra..."; "...ella ahora tiene amigos como ella...que no se sienten comprendidos por la sociedad..."</p>
	Significados respecto de hijo	<p>"...Claudia era muy regalona...se crio en los brazos..."; "tiene una diferencia con su hermana de un años dos meses...me entere a los 5 meses...lo tome mal...no me había cuidado para nada...tenía un miedo atroz...trabajaba con niños con discapacidad motriz severa..."; "...Claudia era la reina...acepta muy bien a su hermana..."; "entra en kínder al colegio...yo vi que esta está bien..."; "...nunca dio luces fue muy tranquila...muy callada... "ella es totalmente diferente a su hermana...ella siempre fue más tranquila...muy callada..."; "...empezó a tener</p>

		<p>actitudes que no correspondían...por ejemplo...pasaba excremento en las paredes...se orina...se saca el pelo...a los 7 años...pasa a neuropsiquiatra...que dice que es una niña cacho...que hay que darle de comer hasta que se reviente...yo quede impactada...ella escucha...tuvo nutricionista que no la trataba bien...”; “...con el peso yo trataba de cuidarla pero...el papá mayor... y el abuelo, le compraban lo que ella pedía...y cuando yo la empecé a cuidar y no le daba lo que ella quería...hacia esto de poner excremento en las paredes...se robaba la comida...yo pase por todo, le hablaba, la retaba...golpes...ella es desafiante...”; “...cuando paso esto ella me dijo lo que pasaba en el colegio...nunca supe nada esto...”; “...recién a los 8 tuvo mejor tratamiento...una amiga psicóloga la ve...la ve otra psiquiatra...con sertralina...no me acuerdo el diagnostico...le dan el alta a los 9 años...hay Claudia hace cosas nuevas...estuvo bien...”; “...igual hay rivalidad con la hermana...la hermana se destaca mucho...en muchos sentidos...la hermana tiene una actitud diferente frente a la vida...se destaca...lo que se propone lo logra...”; “...yo creo que cuando ella habla...se siente una niña muy golpeada pero, no es así...o sea si hay algunos...pero ella es transgresora de reglas...”; “ella es muy sola en su ser...”; “hay que hablarle mucho...con ejemplos concretos...para que ella entienda...”</p>
	<p>Significados respecto de los síntomas, el diagnóstico y tratamiento.</p>	<p>“Yo tengo muy mala experiencia del sistema...por las malas experiencias del principio...después fue mejor...”; “...yo creo que ella empezó a colapsar después de que...yo tuve un año súper difícil...y lo cuide todo el 2012...yo me ausente mucho de la casa...hay se da un quiebre con mi mamá...hasta hoy no me habla...yo creo que todo esto le afecto a ella...”; “ella empieza a escucha que su abuela habla mal de su mamá...después mi marido ...no se cuida...tuvimos una discusión...él se va de la casa...yo fui feliz...antes se produjo un quiebre...porque él no acepta a mi hija más chica...de ahí nunca más hicimos vida de pareja...cuando se fue ellas lloraron mucho...el volvió...yo acepte que se quedara por las niñas”; “...luego ella empieza con mucho sueño...un día me dice que no tener ganas de nada...el Dr. dijo que era un cambio hormonal...eso en diciembre y en marzo, después de un problema de palabra con ella...yo le digo a mi marido que la traiga...le insistí por esas cosas de madre...se sentó y rara así...cae desplomada en el suelo...sus ojos dao vueltas...yo estaba en tratamiento por jaqueca crónica severa... tomo morfina, clonazepan, etc...me los había comprado hace poco...a mí me interrogaron...creo que estuvo 7 días en el hospital...a fines de marzo del 2014...la Dra. me muestra los brazos...yo pensé que había partido esa noche...fue lo más terrible que me ha pasado...la psiquiatra me dice que estaba con una depresión grave...yo la lleve al médico hacía pocos meses...pero no presento indicios...”; “...yo creo que ella se sintió sola...desplazada por la hermana...su temperamento...después de esto ella saca una personalidad que yo no conocía...ella quiso con esta situación...manipular...”; “...toda la ayuda...la tiene ella...pero las mamás...muy sola...”; “...que hice mal...hasta ahora no entiendo porque...cuando o cómo hacer para sobrellevar esto...aquí a ella la ayudan pero a mí...no me han dicho nada concreto...”; “...esto es un castigo para mí...”; “...ella nunca ha querido hablar conmigo...”; “...hay días muy</p>

		buenos pero cuando ella se encuentra con un no...ella es terrorfica...es torturante"; "...eso me han ayudado acá...a resolver sin salirme de mis casillas..."; "...ella sufre mucho por el peso...no hace nada por cuidarse...ella no toma conciencia..."; "...le dije...yo voy a invadir tu intimidad...para cuidarte..."; "...el papá recién hace 4 meses habla con ella de los cortes...desde hay ya no se cortó más..."; "...ahora entendí que los cortes...ella liberaba el dolor, la angustia...porque no hablaba de lo que le hace daño...le hace daño el no sentirse bonita...de que la critican sus compañeros..."; "...cuando me dicen el diagnostico ahora...me sentí culpable...de no darme cuenta...de que hice...porque mi otra hija no..."; "...ya sabía cómo iba a ser el tratamiento...por mi trabajo...por las intervenciones anteriores..."; "...le ha hecho bien el tratamiento...tiene más tiempo de estabilidad...la psicóloga sobre todo..."; "...ha sido muy bueno que ella conozca la realidad de otras niñas..."; "...la distancia entre nosotras...porque yo pongo las reglas...que ella no sea trasgresora de reglas total..."; "...el colegio conmigo se portó muy bien..."
Diada 4		
	<i>Unidades Temáticas</i>	<i>Unidades de Significado</i>
Joven.	Relación consigo mismo	"...yo me tomo las cosas muy a pecho...puede ser algo chico...para mí no es así...desde chica que soy así...como mi hermana..."; "Cuando era chica era más feliz...era más simple..."; "...yo pensaba que todos los jóvenes eran iguales al de mi curso...empecé a pensar que era yo el problema...me empecé a aislar...me aislaba también en la casa...pensaba que yo tenía algo malo...mejor estar sola...mi físico o mi forma de ser, algo debía estar mal"; "...me gusta mucho el deporte...pero hace tres años estaba en cheearleader y me descubrieron una escoliosis...ahora no puedo hacer ningún deporte...estoy en tratamiento..."; "...cuando chica era tierna...muy apegada a mi mamá..."
	Relación con su familia	"Cuando llegamos...con lo que paso a mi hermano...acá pasaba muy sola...no tenía confianza con mi mamá...mi papá trabajaba mucho..."; "...al poco tiempo que estamos acá...mi hermano cayó preso...y mi mamá pasaba yéndolo a ver..."; "...mi papá pasaba trabajando...pasaba sola en la casa..."; "...en mi casa estaban con muchos problemas...mi mamá ya tenía muchos problemas...no le conté a mi mamá para no molestarla o crear más problemas..."; "...cuando estaba bien asilada y empecé a cortarme y vomitar...me daban ganas de acercarme y contarle a mi mamá...para que me ayudara...pero ella era más dura...no sabía cómo hablar conmigo...mi tía cuando sabe de mis vómitos le cuenta a ella...ella me lo dice muy feo en una discusión..."; "cuando estuvo mi hermana...confié en ella...me sentí mejor...pero después se fue..."; "...mi papá es como que le gusta molestar...en ese tiempo no me daba risa..."; "...de niña era muy apegada a mi papá...también con mi mamá...después eso se perdió..."
	Relación con sus pares	"...en España yo tenía un grupo chico de amigos..."; "...cuando volví...me aislaron mucho mis compañeros..."; "...cuando llegamos de regreso a Chile...yo tenía 11 años...volví al colegio en el que hice kínder, primero...hay empezó todo

		<p>a cambiar...porque las personas acá son muy diferentes a como son en otros lados...me aislaron mucho mis compañeros...”; “...yo pensaba que todos los jóvenes eran iguales al de mi curso...empecé a pensar que era yo el problema...me empecé a aislar...me aislaba también en la casa...pensaba que yo tenía algo malo...mejor estar sola...mi físico o mi forma de ser, algo debía estar mal”; “...no le conté a nadie...no tenía amigas...”; “...por buscar refugio en amigos...uno toma caminos muy...que no son buenos...acá yo conocí amigos que fumaban marihuana, tomaban...si ellos pueden yo puedo...eso me hundió más...”</p>
	<p>Relación con los síntomas, contexto en que aparecen,</p>	<p>“...me empecé a sentir más sola...me empezó a ir mal en el colegio...quede repitiendo...me empecé a cortar los brazos...era como que toda la rabia que yo tenía la descargaba conmigo...tenía 12 años”; “...no me quise cambiar de colegio...en séptimo...pero el curso era distinto...conocí algunos amigos...”; “...yo tenía mucha rabia...no se...me quería ir de vuelta a España...allá tenía amigos...”; “...después me hice amiga de una compañera...después ella se fue a Canadá...otra vez me quede sola...me puse floja...quede repitiendo de nuevo...después otro curso nuevo...hay conocí a mi mejor amigo...me hice un grupo de amigos...pero, igual las cosas están mal en la casa...”; “...me empecé a ver que estaba creciendo...no me gustaba...dejaba de comer...me daba mucha hambre...ansiedad y comía de todo...después vomitaba...”; “...en España no me sentía así...”; “mi tía supo...habla con mis primas...”; “...entre a cheearleader...me motive más...empecé a poner atención y pase de curso...pero seguí cortándome...también vomitando...”; “...salió mi hermano de la cárcel...estaban todos más en la casa...compartíamos más...yo estaba mejor...hay mi hermana vino de Punta Arenas...2013...ella me veía los brazos...me refugie hartó en ella, salíamos mucho juntas...pero ella se fue...no tenía confianza con mi mamá...hay yo me empecé a sentir más mal...peleaba con mi mamá...me di cuenta que otra vez iba a quedar repitiendo...ese día tuve una discusión más fuerte...tome muchas pastillas...estaba fuera de lugar...no sé qué pensé...me hospitalizaron...yo quería desaparecer...”; “...la pase mal...me arrepiento...”; “...de siempre me comía las uñas...siempre fui nerviosa...cuando volvimos a Chile...partí con el llanto...sentía pena y angustia todo el día...después me enojaba con la comida...después deje de comer...después la ansiedad e los vómitos... después los cortes...y después me sacaba el pelo...mi mamá pensaba que me estaba yendo bien en el colegio...yo estaba quedando repitiendo...por inasistencia y por nota...hay ya colapse...me tome las pastillas...impulsivamente...me tome las pastillas en la noche...al otro día fui al colegio...vomite y fui a la casa...me desmaye...”</p>
	<p>Significados respecto del diagnóstico y tratamiento</p>	<p>“...después de estar en el hospital...me trataron acá (HPDSV) ambulatorio...me ayudaron hartó igual...llevo dos años...al mes ya empecé a sentir los cambios...empecé a dormir mejor... deje de cortarme los brazos...me va mejor en el colegio...igual he tenido bajas pero...voy un poco mejor...”; “mi mamá cambio hartó...ahora estamos más cerca...”; “...cuando me dicen que tenía depresión...yo pensé que ellos estaban exagerando...” “...pero mi tratamiento no ha sido continuado...”; “...siento que estoy mejor...a veces logro estar más</p>

		feliz...aun lloro...yo creo que ahora solo falta que yo ponga de mi parte..."; "...yo creo que me ayudo pasar por todo esto...he aprendido varias cosas...ya no me complico con todo...veo las cosas más en simple..."
Madre.	Relación con el embarazo y parto.	"Embarazo muy deseado...fue toda la espera y el nacimiento hermoso...mis dos hijos mayores son de mi primer matrimonio...ella es la única hija que tenemos con mi pareja...vamos a cumplir 18 años juntos...queríamos que fuera niña..."; "...fue todo maravilloso...hasta que nos fuimos a España...separarse de su familia la afectó..."; "...todos trabajábamos...ella estaba sola..."; "...ella quedaba con la novia de mi hijo que la trataba mal..."; "yo me entere de este maltrato a los 10 años...paso 5 años en que ella nunca dijo nada...ni una seña...estaba muy atemorizada parece..."; "empezaron sus cambios a los 10 años...pero en España no se vio nada...cuando llegamos acá es como que se desahogó..."; "...un día yo le digo: ¿qué te pasa?...¿qué quieres?...ella dice: atención...yo le digo pero si trabajamos para ti...allí ella me dice lo que había pasado en España...y con rabia...pena..."; "...luego ella se rebeló...en carácter...reacciones"; "...la veía que comía mucho...le salieron granitos...en el colegio le hicieron bullying...no estudiaba...muchas discusiones..."
	Relación de ella con el padre del joven.	"...él es un buen papá...para mí es una buena pareja...es un buen marido para mí...él se desvela por nosotros..."; "yo tengo que andar como árbitro...ella le contesta mal...él se desvive por ella..."; "...nosotros con el papá tratamos de no discutir delante de ella...evitamos muchas cosas..."; "...él nunca le ha levantado la mano a ella...él le aguanta mucho..."
	Significados respecto de la hija	"era una niña súper tranquila...obediente... nunca fue llorona...nunca dio problemas...era el chiche de la casa...todos la adoraban..."; "...toda la familia estaba juntos...yo digo: si estábamos así acá...porque tuvimos que irnos..."; "...cuando llegamos allá...ella como que se aisló de nosotros...pasaba mucho en su pieza...empezó a estar más sola...era retraída...yo pensaba que era el cambio..."; "después cuando llego a vivir con nosotros la mamá de la polola de mi hijo...se encariño mocho con mi hija...la ayudo mucho"; "...cuando llegamos acá...ella se reveló...empezamos a tener muchas discusiones...ella se alejó..."; "...cuando llegamos acá a ella le costó...adaptarse a sus compañeros...profesores...le costó mucho..."; "...yo me entere solo después de que pasa todo esto..."; "...siento que ella me fue tomando como odio...se fue alejando mucho de mí...yo sufría...trataba de acercarme...ella me alejaba...se enojaba...se ponía agresiva para contestar...me culpaba...yo me sentía muy mal...decidí darle su espacio...esto a los dos años del regreso..."; "...venía con las mejores notas...acá me repite ese primer año...quinto...después me repite dos veces en séptimo..."; "...por estar en el mismo colegio...cuando está en el Hospital la van a ver sus compañeros y ella decide quedarse en ese colegio y decide ser como ellos...yo la veo muy diferente..."; "...ella no salía del negro...póleras anchas..."
	Significados respecto de los síntomas, el diagnóstico y tratamiento.	"...cuando mi otro hijo cayó en la cárcel...hay empezó lo más fuerte..."; "...ese año también falleció su abuela...ese año fue el terremoto...dos años después del regreso...no teníamos plata...había que pagar porque mi hijo estaba

		<p>preso...son muchas cosas..."; "...cuando yo la sentí que podía estar vomitando...los pelones...se mordía...yo pedí ayuda en el colegio...no sabía a quién pedir ayuda...nuca me dieron la hora"; "...ella se puso una coraza...tenía como dos personalidades...una en el colegio y otra en la casa...no supe nada hasta que paso todo esto... llevábamos 5 años de regreso acá cuando me entere..."; "...la encontré desmayada en la casa...si no llego...se muere...no sabía que hacer..."; "...ella solo quiere dormir...si fuera por ella pasaría todo el día en la cama..."; "...como que no quiere salir...no quiere nada de nada..."; "...yo ahora le cuido lo que ella come...ella se enoja...recae..."; "...a veces ella anda bien...a veces anda mal...no la entiendo..."; "...yo la invito para hacer cosas...no quiere ir..."; "...no ordena su ropa...se molesta..."; "...con el papá también discute..."; "...Ella no aguanta una...es muy sensible..."; "...después de lo que paso yo tuve que recuperarla...todavía estoy en eso...ella no me tiene confianza...me ha costado mucho..."; "...el tratamiento no lo hemos continuado tan bien...está en otros tratamientos para ella...los medicamentos tampoco han sido continuados..."; "...yo pienso que todo partió de allá para acá...acá era feliz...cuando nos fuimos allá partió el problema...cuando regresamos acá solo se mostró...y yo como me sentía culpable de todo el tiempo que la había dejado sola...le daba permiso para todo...ella más se alejó..."; "...yo creo que es muy importante que las mamás estén más atentas y cercanas..."; "...yo siento que ella empezó con los cambios cuando llegamos en España y yo creo fue por el cambio...y porque allá...ella estuvo muy sola...yo le di muchas responsabilidades a ella...y me entere ahora que en ese tiempo...la pareja de mi hijo la trataba mal..."; "ella estuvo 12 días hospitalizada..."; "...ahora me aferre tanto a la vida de mi hija que no la dejo tranquila...ero la deje sola en todo...no iba a sus reuniones..."; "...yo pensaba que lo estaba haciendo muy bien...la compensaba con cosas materiales..."; "...ahora estoy mucho más pendiente...ya no la dejo salir sin saber todo..."; "...ella quedo con el hígado de una cirrosis...";</p>
Diada 5		
	<i>Unidades Temáticas</i>	<i>Unidades de Significado</i>
Joven.	Relación consigo mismo	"...sentía que no encajaba; que yo no soy muy cariñosa...; era tranquila, callada"; "Yo siempre me he sentido sola... en un momento fui feliz, cuando estaba con mis primos... me encantaba que estuviera toda mi familia... como que no me daba cuenta mucho de lo que pasaba a mi alrededor en mi familia;
	Relación con su familia	en mi casa igual me sentía como bastante sola porque, mi hermana que tiene una enfermedad y mi mamá tenía que estar el mas del tiempo cuidándola... no tengo muchos recuerdos con mi mamá...mi papá trabajaba y lo que más tenía eran recuerdos con mi hermano mayor, somos tres nosotros, incluso a él lo veía más como una figura paterna..."; "...mi papá tiene un problema de alcoholismo...yo siempre veía eran peleas, insultos y violencia... con mi mamá pero a las finales, yo siento que por eso tengo la autoestima baja...porque vi estas peleas desde que era muy, muy chica..."

	Relación con sus pares	Yo era una niña era bastante tímida cuando ingrese al jardín, como que no hablaba mucho con los otros niños, los recuerdo que tengo de ese tiempo...me sentía bastante excluida...no se...no sentía que tuviera una buen auto estima...como que era bastante callada...a lo que por lo menos soy ahora...no me juntaba mucho con los otros niños..."; "...en quinto básico yo empiezo a tener amigos y a mí me llega mi primera menstruación...me empiezan a gustar los niños y me atraen diferentes cosas, y también me empecé a encerrar más..."
	Relación con los síntomas, contexto en que aparecen,	"...cuando empecé a estar muy decaída, respondía muy mal"; "Yo creo que empezando el año pasado se hace más fuerte todo no más, esto venia de antes, por las situaciones en mi casa, por lo de mi papá, también el colegio pero, es como que allí se da porque yo ya vengo así de mi casa...el año pasado estaba aburrida de la misma sensación que había sentido siempre y me empecé a aislar más..."; me empezó a molestar mucho todo y...como que...no sabía a quién decirle a quien contarle...no sabía qué hacer con lo que me estaba pasando y...hay...no se de repente me empecé...a hacer daño...estaba bajando mis notas, no quería estudiar, no quería nada...como que se me estaba destruyendo todo..."; "...mi hermana se dio cuenta de algunas marcas de mis brazos y allí tuve que contarles todo..."; "...el día anterior al que me llevan al hospital...llegue a la casa...había tenido como una discusión con mi mamá pero, nada más eso...de repente estaba estudiando sola...empecé a pensar como que no se...empecé a pensar de todo...la primera vez que había ido al psicólogo, de cuando mi hermana se dio cuenta, de cuando fui a la otra doctora...me acuerdo que se me llenaron mis ojos de lágrimas, como que todo en mi alrededor se nublo...como que no podía seguir estudiando... y me levanto...abro el mueble y había un corta cartón...me voy al baño...nunca me había pasado...estaba con tanta adrenalina... no se...no lo pensaba, empecé a cortarme así y así...muy rápido...y muy fuerte...estaban todos llorando y gritando...quería desaparecer...me sentía tan mal...como que sentía una pena muy adentro...me reanimaron o algo así...yo nunca había estado hospitalizada...allí me dejan 6 días...estuve toda la noche pensando...como mirar toda mi vida"
	Significados respecto del diagnóstico y tratamiento	"...del Hospital, que estuve 6 días...me trasladan acá (HPDSV)...la experiencia acá no fue buena... ver a una persona que está amarrada a la cama, al lado mío...fue muy chocante...tan aislados de todo... habían personas que estaban hablando solas... yo creo que igual eran personas que necesitaban mucho amor...los habían abandonado acá sus familias y cuando uno no tiene el apoyo familiar, no tiene nada...eso yo creo que los descompensa...yo ahora puedo apreciar que tengo a mis papás y a mi familia conmigo...me ayudo hartoo..."; "sigo con medicamentos que me ayudaron y ahora me los bajaron"; "...la relación con mi mamá mejoro mucho, pasa mucho más tiempo conmigo...ahora le cuento muchas cosas..."
Madre.	Relación con el embarazo y parto.	"...fue un embarazo no planificado pero bien asumido...tranquilo sin problemas...parto a término...nace bien..."
	Relación de ella con el padre del joven.	"...el desde que lo conocí tiene un problema con alcohol..."; "...siempre tuvimos muchas peleas y discusiones...per siempre hemos tratado de acompañarnos y

		salir adelante...; "...él estaba feliz con el embarazo...pero no estuvo mucho conmigo..."
	Significados respecto de hijo	"siempre fue una niña tranquila...no me daba problema...siempre era callada..."; "...ella cambia mucho...para sacar el dolor que ella tiene...ella no mide...ella no le importa nada...después ella cae en un llanto...después me pide perdón...yo le llamo crisis...se transforma...saca mucha fuerza..."; "...ella es una inocente haciéndose daño...";
	Significados respecto de los síntomas, el diagnóstico y tratamiento.	"...el primer cambio que note...que pasaba más tiempo en su pieza...dejo de hablar en la mesa...lo que no hacia...la fui a buscar allí...ella no quería nada...se ponía muy violenta..."; "...yo pensé que era la adolescencia..."; "...me sentía muy confundida...triste..."; "...después note que andaba muy abrigada...pero no me fije...nada me llamaba la atención..."; "...yo no me di cuenta... fue su hermana le ve sus brazos..."; "...yo me siento culpable..."; "...le bese sus brazos..."; "tuve mucha pena..."; "...la lleve a psiquiatra particular...me dice que mi hija tiene una depresión por culpa del papá y que por eso ella se corta...me dice que le diga esto a mi marido...tuve rabia con el...además ella dice que le dará medicación y que eso es bueno porque la hará bajar de peso porque estaba pasadita de kilos...yo estaba bloqueada y no dije nada...le da medicación..."; "...a la semana...tiene una crisis fuerte...yo había peleado con ella...yo me cerré a que ella debía hacerme caso...ella se estaba cortando fuerte..."; "...acá (HPDSV) me han ayudado mucho..."; "...me cuesta darle las pastillas...igual las toma..."; "...este tratamiento...ha sido bueno...la veo mucho mejor..."; "...ahora la veo mejor...me habla de todo...enfrenta lo que le paso..."; "...me siento aun responsable de lo que le paso...culpable...yo tengo que sanar eso..."; "...antes me llevaba bien con ella...después nos distanciamos mucho...ahora nos hemos acercado más...escucharnos más que es tan importante..."; "...a mí me ayudo el colegio y más acá (HPDSV)..."; "...la sociedad no comprende esta enfermedad...es terrible...porque se le va a uno de las manos y un hijo se puede morir..."

3. **Comprensión Amplia:** en este apartado, se realiza un análisis amplio de las *Unidades de Significado* respecto de las *Unidades Temáticas*, considerando cuando es posible, la historicidad en el relato. Lo anterior se realiza agrupando la información de los jóvenes y luego la información que entregan las madres.

3.1. Jóvenes:

- a. Relación consigo mismo: en la primera infancia, todos se describen más felices que en el resto de las etapas de vida. Los dos varones considerados en este estudio, refieren haber presentado cambios de humor brusco y descontrolado desde muy pequeños, las jóvenes no.

Luego en la etapa escolar, refieren significados de sentirse solos, se describen callados, inquietos, con sentimiento de no encajar con los compañeros.

Todos significan aislamiento de los compañeros en el colegio, ya sea porque sienten que los y las aislaban o porque ellos se aislaban de sus compañeros y de la familia en general. Todos exponen además, haber sentido ganas de desaparecer desde muy pequeños.

En la pre adolescencia, Muestran también significados de haber sentido ansiedad y angustia que promueven alta ingesta de comida durante esta etapa. La mayoría de las y los jóvenes, refiere sentir mucha soledad, no sentirse bien con su apariencia y esto promueve mayor intensidad en el aislamiento. Expresan que sienten rabia por lo que les pasa.

- b. Relación con la familia: refieren significados de sentirse incomprendido, criticados y distantes de sus padres, no se sienten confiados de hablar de lo que les pasa con ninguno de ellos, en todo el proceso de desarrollo. Desde muy pequeños, significan que sus madres son ausentes o muy severas, castigadoras y estrictas, o sobreprotectoras de tal forma que sienten restringida su libertad. La mayoría son golpeados por sus madres en diferentes grados de severidad y con distinta frecuencia, desde muy pequeños, solo uno señala haber sido golpeado por su padre también.

Respecto de los padres, las y los jóvenes refieren significados de sentirlos ausentes, porque trabajan mucho y/o porque presentan síntomas depresivos o adictivos. Además, todos refieren ver sufrir a sus madres en el proceso vital, por diversos motivos, entre los que se cuentan, crisis con la relación con sus padres, problemas con los hermanos o problemas con la familia extensa. Lo anterior muchas veces, es uno de los argumentos por los cuales ellos y ellas no les cuentan sus dificultades a sus madres.

- c. Relación con los pares: la mayoría refiere mala relación con el grupo de pares, desde el inicio de la etapa escolar. Exponen haber recibido

bullying por parte de sus compañeros y significan que reaccionan en forma muy agresiva o pasiva a este trato. Sienten que los compañeros y compañeras los aíslan. Refieren que en algún momento de esta etapa, tienden a explicar el aislamiento y mala relación con sus compañeros, con la idea de que son ellos/ellas lo que promueven esta situación y desde esta idea, se aíslan más aún.

Durante la adolescencia, la mayoría de los jóvenes refiere haber logrado algún grado de amistad con compañeros, sin embargo, estas relaciones no logran perdurar en el tiempo o por cambios de colegio de ellos/ellas, ellas o por repitencia o porque ellos/ellas se trasladan de ciudad.

- d. Relación con los síntomas, contexto en que aparecen: la mayoría menciona que desde la primera infancia, se comen las uñas, todos comienzan haciendo cortes en sus brazos en quinto a sexto básico, comentan que estos cortes alivian su angustia. La mayoría además, o come para bajar la ansiedad o deja de comer y 3 de los 5 adolescentes hace purga, y dos de ellas se sacan el pelo, todos refieren que estos actos les ayudan a bajar la ansiedad.

En la pre adolescencia, la mayoría señala que en este periodo, sintió mucha pena, lloran encerrados en sus piezas, sienten también mucha rabia, angustia. En este periodo, todos señalan que duermen muy mal, especialmente por despertar precoz y/o dificultades en la conciliación. Señalan que se ponen flojos y bajan considerablemente, su rendimiento escolar, varios repiten años escolares por esta razón. Todos refieren que su rendimiento escolar, logra mejorar en la medida que algo en el contexto cambia y promueve que haya alguien que los acompañe y ellos/ellas sientan la confianza de contar con esa (s) personas, sin embargo, estos cambios no involucra que dejen los cortes. Todos viven alguna situación de estrés, la mayoría tiene discusión con la mamá y uno de ellos, discute con el papá, momentos previos a realizar el intento de suicidio más fuerte (cuando ameritan hospitalización), todos ya sentían ganas de morir desde mucho antes y, la mayoría ya había hecho

intento suicida otras veces sin que nadie se enterara. La mayoría realiza el intento suicida con intoxicación de medicamentos, una de ellas sufre crisis nerviosa que promueve que se realice más cortes de los habituales, en su cuerpo y de forma más intensa, todos significan el acto como impulsivo y descontrolado.

- e. Significados respecto del diagnóstico y del tratamiento: Todos señalan que después de la internación en el hospital, las cosas mejoran principalmente en sus familias, las madres las perciben más cercanas y comprensivas, los padres están más pendientes de ellos/ellas y sus hermanos más cercanos, señalan además, que ellos/ellas tienen cambios de actitud importante y que se involucran más que antes en relaciones con grupos de pares y buscan estar mejor, mejoran su rendimiento escolar, sin embargo, la mayoría continúan haciendo cortes en su cuerpo con menor frecuencia y menor intensidad.

La mayoría evalúa como positivo el tratamiento en el HPDS, sin embargo, todos señalan que no les gusta tomar la medicación recetada. Todos refieren que para salir de la depresión, son ellos/ellas quienes deben poner de su parte.

3.2. Madres:

- a. Relación con el embarazo y parto: 4 de las 5 madres, refiere que el embarazo de este hijo, no fue planificado y señalan que les cuesta mucho aceptarlo, se sienten muy angustiadas, culpables, irresponsables, lloran mucho durante el embarazo, sin embargo, ninguna realiza ninguna acción abortiva. En estas 4 madres la sensación de soledad es muy fuerte, sus embarazos son dificultosos, engordan mucho y/o presentan complicaciones previas y en el parto. Estas madres también señalan tener mucho temor y alta inseguridad, porque sienten que es posible, que sus hijos nazcan con alguna dificultad fisiológica importante.

Hay una de las madres, que expone haber planificado el embarazo con su esposo, ambos están muy contentos con la noticia, además, ella

refiere mucho apoyo familiar durante el embarazo, esta madre señala tanto este proceso de gestación y el parto, son muy buenos y tranquilos, asimismo, refiere que los primeros años de vida con la niña se desarrollan en forma muy positiva, sin embargo, se produce un cambio radical en esta condición, a los 5 años de la niña, producto de que la familia se traslada a otro país, en ese tiempo, la madre señala que deja a su hija muy sola.

- b. Relación con el padre del joven: 4 de las 5 madres, refieren que sus parejas no las apoyaron en el embarazo y parto y que esta situación promueve discusiones y complicaciones en la relación con ellos/ellas.
- c. Significados respecto de sus hijos: La mayoría de las madres refieren que en la primera infancia, sus hijos eran bebés muy tranquilos y regalones, exponen también que la lactancia se mantiene por muy poco tiempo. 4 de las 5 madres, expresa que al poco tiempo de nacidos, deben dejar a sus hijos al cuidado de otros, para ellas poder trabajar. Además, ellas expresan que eran niños felices.

En la etapa pre escolar, las madres de los varones, comentan que sus hijos eran niños inquietos y cambiantes, refieren además, que ellas no comprenden bien el comportamiento y los cambios de sus hijos. Al respecto, las madres de las jóvenes exponen que sus hijas son muy calladas, tranquilas, que no les daban problemas, que no las “molestan” para nada.

Durante la etapa escolar, las madres expresan que sus hijos presentan algunos cambios negativos en el comportamiento, como más retraimiento, enuresis, juego con las heces, comen en exceso, ante esto, ellas reaccionan castigándolos o ceden sin poner límites y/o llevándolos a servicios de salud donde reciben respuestas relacionadas con cuidar la ingesta alimenticia, ellas intentan ejercer control sobre esto sin embargo, la situación se complica más, ya que los niños roban comida, reaccionan de forma agresiva, se producen más discusiones y las familias en las casas, no apoyan la medida.

En la etapa de pre adolescencia, las madres refieren que sus hijos se distancian considerablemente de ellas y de la familia, agregan que ellas los observan más cubiertos con su vestimenta, usando ropas oscuras, desaseados, callados, mal humorados, la mayoría baja su rendimiento, las madres, exponen que los ven haciendo conductas que ellas significan como de rebeldía, con amistades que ellas no aprueban. Ellas reaccionan con más límites, impuestos de forma severa y agresiva, los jóvenes responden de la misma forma y además, intensifican su lejanía y aislamiento de la familia. Algunas además, buscan apoyo profesional sin embargo, no reciben respuesta efectiva. La mayoría de las madres, expone que en este tiempo, ocurren situaciones en las que ellas, por diversos motivos (encarcelamiento del hermano, fallecimiento de familiares, deterioro en la salud de sus propios padres, enfermedades u hostigamiento en sus trabajos, otros hijos menores con problemas), están lejos de la casa. Además, comentan que en este tiempo ellas elaboran la idea de que las conductas tienen que ver con la edad y que es mejor dejarlos y ellas también se alejan. En este contexto y siempre después de una discusión que el joven tiene con ellas, se produce el intento de suicidio que promueve la internación y posterior derivación al HPDSV. La mayoría se entera de los cortes en ese momento o solo algunos meses antes. Con esta situación, madres e hijos se acercan mucho más y ellas allí, se enteran de lo que sus hijos venían sintiendo y haciendo hace varios años.

Además, las madres expresan que cuando los jóvenes están hospitalizados, la familia y profesores y compañeros del colegio, les entregan muestras de cariño importante a los jóvenes que promueven que ellos/ellas se sientan mejor.

- d. Significados respecto de los síntomas, el diagnóstico y del tratamiento:
4 de las 5 madres, había pedido ayuda profesional antes del episodio de intento de suicidio, sin embargo, las respuestas no fueron eficientes, ni

oportunas, algunas de estas respuestas incluso, ellas las significan como insólitas y dañinas para los jóvenes y para la familia.

Todas recuerdan el episodio de intento de suicidio de sus hijos como traumante.

Ellas refieren que la ayuda que obtienen de los servicios de salud, después del intento de suicidio de los jóvenes, es mayoritariamente, oportuna y eficiente, agregan que desde donde sienten mayor apoyo institucional, es desde el HPDSV y de los colegios, sin embargo, aun a la fecha de la entrevista, no sienten tener buenas herramientas para abordar los “bajones” de sus hijos, no sienten tampoco que la depresión haya remitido en su totalidad, y agregan que se sienten solas y culpables.

Todas refieren que cuando les dan los diagnósticos ellas se sienten muy culpables y modifican en forma sustancial su cercanía con los jóvenes, sobre todo, cuando se trata de las jóvenes. En el presente ellas mantienen mejor relación con sus hijos, sin embargo, esto no es percibido por los jóvenes de igual forma.

3.3. Cuadro Resumen:

A continuación y con la intención de agrupar la información de forma más clara, se exponen cuadros que resumen la información recopilada, ordenada según *Unidades Temáticas* y *Unidades de Análisis*, organizadas según etapa del desarrollo de los y las jóvenes, separando los discurso por un lado de las madres, y por el otro, los discursos de las y los adolescentes:

UNIDAD TEMÁTICA	M: Relación con el embarazo (RE). Relación con el padre del o de la joven (RPJ).	J: Relación consigo mismo (RSM). Relación con su familia (RF) M: Significados respecto de su hijo o hija (SH).
Etapa	Gestación/parto	Pre escolar

JOVEN	<ul style="list-style-type: none"> - No recuerda 	<ul style="list-style-type: none"> - Mas feliz que en las etapas posteriores (RSM). - : cambios de humor sin control (RSM). - Se sienten: "invisibles", "transparentes" en sus familias (RF). - Distancia con las madres las ven dedicadas a otras cosas, padres ausentes (RF).
MADRE	<ul style="list-style-type: none"> - Embarazo no planificado (4-5) (RE) - Complicaciones para aceptarlo, sentimientos de angustiadas, culpa, soledad, temor y alta inseguridad, auto recriminaciones (irresponsables), lloran mucho (RE) - Embarazos dificultosos, complicaciones previas y en el parto. - Sienten que parejas y familia no las apoyaron y esta situación promueve discusiones y complicaciones en la relación con ellos (4-5). - Sienten haber tenido depresión post parto(RE). 	<ul style="list-style-type: none"> - Describen: bebés tranquilos y "regalones" (SRH). - : Cambios de estado anímico que no logran comprender. - Niñas tranquilas "No molestan" (SRH). - Deben dejar a sus hijos (antes de 3 meses) para trabajar. (SRH). - Ante esta distancia ven a sus hijos/as llorar mucho, ellas sienten impotencia (SRH). - La lactancia se mantiene por muy poco tiempo o no se da(SRH).

UNIDAD TEMÁTICA	J: Relación consigo mismo (RSM); Relación con su familia (RF)	
	M: Significados respecto de su hijo o hija (SH).	
Etapa	Etapa escolar	Adolescencia Temprana
JOVEN	<ul style="list-style-type: none"> - Se sienten: "invisibles", "transparentes" en sus familias (RF). - Sentimientos de estar callados, de soledad y aislamiento (RSM) - Sentimiento de incomprensión, criticados y malos tratos (RF). - Ven a sus madres tristes, estrictas y/o ausentes (RF). - Distancia con ambos padres (RF). - "Baja auto estima" e "inseguridad" (RP) - Sentimientos de no encajar (RP). - Bullying ((RP); Reacción pasiva y/o agresiva. (RP) 	<ul style="list-style-type: none"> - Se describen ansiosos, angustiados, molestos con su cuerpo y apariencia (RSM) - Sentimientos de rabia, soledad y aislamiento (RSM). - Desordenan su la alimentación (RSM) - Baja su rendimiento(SH). - Presión por calificaciones académicas (RF). - Desconfianza y/o Sobre protección que restringe su libertad (RF). - Ven a sus madres tristes enojadas y dedicadas a otros asuntos (RF).

	- Buen rendimiento (RSM)	
MADRE	<ul style="list-style-type: none"> - : Inquietos y cambiantes (SRH); ellas no comprenden bien el comportamiento y los cambios de sus hijos, no saben que hacer, responden agresivamente (SRH). - : muy calladas, tranquilas(SRH); Significados: “no molestan” (SRH). 	<ul style="list-style-type: none"> - Desorden en el conducta alimenticia (exceso o restringido) (SH). - Mayor retraimiento y aislamiento (SH). - Cambio negativos: Se desconcentran de sus estudios; vestimenta (negro, cubierto); Desaseados, callados, mal humorados (SH). - Ellas reaccionan castigándolos o ceden sin poner límites

UNIDAD TEMATICA	J: Relación consigo mismo (RSM); Relación con su familia (RF); Relación con pares (RP) M: Significados respecto de su hijo o hija (SH).		
Etapa	Adolescencia		
JOVEN	<ul style="list-style-type: none"> - Mas ansiedad y angustia, sentimientos de soledad, aislamiento y rabia (RSM). - Rabia con sus madres (RF). - Mayor incomprensión y desconfianza con sus madres y padres(RF). - Aislamiento de todos y de todo(RP). - Ven a sus madres tristes enojadas y dedicadas a otros asuntos (RF). 		
MADRE	<ul style="list-style-type: none"> - Joven se distancian de ellas y de la familia (SH); ellas los y las buscan, ellos responden agresivos/as (SH) - Los cambio negativos: vestimenta, bajo aseo personal, callados, mal humorados, baja rendimiento se mantiene e intensifica (SH). - Significan: conductas que tienen que ver con la edad (“rebeldía”), se alejan, los dejan solos/as porque “ya pasara...”(SH). - Reaccionan con más límites impuestos de forma severa y agresiva (SH). 		

UNIDAD TEMATICA	J y M: Relación con los síntomas y contexto en que aparecen (RSYC); Significados respecto del diagnóstico y tratamiento (SDT)		
Etapa	Etapa escolar	Adolescencia Temprana	adolescencia

JOVEN	<p>Onicofagia.</p> <p>Tricotilomanía (RSYC)</p> <p>Permanece a la fecha</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Angustia, ansiedad, mucha pena, llanto desmedido, rabia, sin motivo claro(RSYC). - Baja motivación académicas(RSYC). - Dificultades en el sueño(RSYC) - Cortes en extremidades - Desorden en la ingesta, purgas. - Ideas de muerte 	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los síntomas anteriores intensificados (RSYC) - Ideación suicida (RSYC) - IS impulsivo y descontrolado(RSYC). - Señalan mejorías en el contexto después de la internación y durante el tratamiento, las madres mas cercanas y comprensivas, padres, hermanos y los pares, mas pendientes y mas cercanos (SDT). - Ellos y ellas con cambio de actitud respecto de los otros, buscan estar mejor(SDT). - Mejoran sus calificaciones (SDT). - Cortes continúan pero, con menor frecuencia e intensidad (SDT) - Cambio de intensidad de los síntomas muy sensible al cambio de contexto familiar (SDT) -Aprueban el tratamiento en el HPDS pero, no les gusta ingerir la medicación(SDT).
MADRE	<p>Onicofagia.</p> <p>TricotilomaníaPermanece a la fecha(RSYC)</p>	<p>Solicitan ayuda profesional (4-5) antes del episodio de IS, sin embargo, las respuestas no son eficaces, algunas de estas respuestas incluso, ellas las significan como insólitas y dañinas para los jóvenes y para la familia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contexto previo a IS: discusión con la familia, se produce el IS que promueve la internación y posterior derivación al HPDSV(SDTH). - IS de sus hijos como "traumante"(SDTH) - La recepción del diagnóstico promueve sentimientos de culpa(SDTH). - Durante la internación ellas se enteran de lo que sus hijos venían sintiendo y haciendo hace varios años (SDTH). - Hospitalizados, la familia, profesores y compañeros del colegio, les entregan muestras de cariño(SDTH) - La ayuda que obtienen de los servicios de salud, después del IS es "eficiente", "buena". Donde sienten mayor apoyo institucional es desde el HPDSV y de los colegios(SDTH).

			<ul style="list-style-type: none">- Sentimientos de no tener herramientas para abordar los "bajones".- Sentimientos de culpa y soledad
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Con estos cuadros, se logra observar la coherencia o falta de ella en los discursos de ambos, se evidencia además, que la sintomatología posee un continuo en el proceso de vida de estos jóvenes y que este se corresponde en forma directa con la relación que ellos y ellas tienen especialmente, con sus madres y también con sus familias y con sus pares

CONCLUSIONES Y DISCUSION.

En este apartado, presentaremos los resultados de esta investigación, guiados según los objetivos planteados y considerando responder a nuestra pregunta de investigación.

Con relación a los significados que los y las adolescentes y sus madres refieren, respecto del desarrollo de los síntomas depresivos de las y los adolescentes en sus vidas, cabe mencionar en primer lugar, que es coherente pensar que existe un curso progresivo de la sintomatología, de tal modo que esta se intensifica según él o la joven, va avanzando en su proceso de desarrollo. Así, cuando estos jóvenes reciben el diagnóstico de depresión, se observa que ya venían expresando síntomas depresivos en etapas anteriores de su desarrollo, y además, estos al parecer, se agravan en la adolescencia. De esta forma, el intento de suicidio que la mayoría de ellos y ellas presenta en la adolescencia, tiene antecedentes que ellos y ellas manifiestan en etapas tempranas, así tenemos que en la primera infancia se presentan síntomas de aislamiento, cambios de ánimo repentino, timidez, pataletas, rabietas, onicofagia y en algunos casos, tricotilomanía; en la etapa escolar, relatan la presencia de mayor aislamiento, baja en las habilidades sociales, bullying o violencia cruzada con sus pares, deteriorada imagen de sí mismos y baja auto estima; en la adolescencia temprana, aparecen los cortes en las extremidades y/o los cambios en la conducta alimenticia; posteriormente, en la adolescencia, continúan manifestando todos los síntomas anteriores y aparecen las ideas y/o intentos de suicidio.

Los síntomas además, se manifiestan en estrecha relación con la permanencia de la sensación de soledad que las y los jóvenes perciben sentir, este sentimiento además, lo describen en relación con una distancia que perciben tener con sus madres, la familia y/o sus pares, respecto de su intimidad y de las cosas que siente y le pasan en su cotidianidad. Estos síntomas al parecer, se intensifican cuando esta sensación de soledad se profundiza, debido a conflictos que mantienen con sus madres, familia y/o grupo de pares; así mismo, los síntomas bajan o incluso desaparecen, en la medida en que el contexto es más acogedor, íntimo y afectivo,

sobre todo, por parte de las madres, la familia y/o los pares. De este modo, se observa que el cambio de intensidad de los síntomas, se presenta muy sensible al cambio de contexto familiar y escolar.

Una conclusión importante es también, observar como la mayoría de estos jóvenes comparten experiencias de apego con sus madres, que posiblemente no son apegos seguros (Bowlby, 1969, 1973), ya que 4 de los 5 jóvenes considerados en este estudio, fueron concebidos sin planificación previa, las madres refieren diversas dificultades (físicas, situacionales y emocionales) en el proceso de gestación, y los embarazos les promueven sentimientos de angustia, culpa, pena y/o rabia, ellas mismas se sienten muy solas en estos periodos, y los primeros meses al año de vida de estos adolescentes, las madres los refieren con poca posibilidad de estar centradas en la relación con sus hijos e hijas, ya sea por conflictos con sus parejas, la pronta llegada de otro hijo, conflictos en la relación con la familia extensa, entre otros. Todo lo anterior, podría estar relacionado con la configuración de sistemas de apego entre estas madres y sus hijos e hijas, en los que ellas no logran la consecución en reestablecer el nivel homeostático normal del niño o niña en situaciones de estrés, desde las primeras etapas del desarrollo y posiblemente, hasta el presente. Esto a su vez, podría estar a la base de las inseguridades y los síntomas que las y los jóvenes describen y significan, como parte de sus experiencias, desde las etapas tempranas del desarrollo, y que luego persisten y se intensifican en la adolescencia.

De esta forma, es posible comprender el proceso depresivo de estos y estas jóvenes, como un patrón recurrente de desregulación (o también denominado, “modelo Operante de Apego”), que forma parte de la estructura mental de ellos y ellas en el presente (Bretherthon & Munholland, 1999).

Al respecto y considerando las descripciones a las que llegan el Dr. Peter Fonagui y su equipo (2004), es posiblemente, la falta de sintonía emocional de las madres como figuras de apego, en las etapas tempranas del desarrollo de sus hijos e hijas, lo que promueva dificultades en las y los jóvenes, para lograr equilibrio de sus emociones, de este modo, recurren de manera no consiente, a la manifestación de

síntomas como forma de regulación de los sentimientos de angustia y ansiedad, que les promueve la soledad que sienten en los diversos contextos en los que se desenvuelven. Las madres por su parte, refieren significados respecto de sus vidas, con presencia de grandes dificultades que tienen que ver con múltiples situaciones, como son sus estados de pobreza, relaciones de parejas conflictivas, otros hijos con necesidades especiales, trabajos con poca remuneración y alta exigencia, entre otros, lo que posiblemente, intensifique la falta de sintonía afectiva que ellas manifiestan tener con sus hijos e hijas.

Desde estos resultados, es posible realizar aportes a los tratamientos clínicos de que se realizan con adolescentes diagnosticados con depresión y que son parte del universo de este estudio:

- Es de gran relevancia el abordaje inicial desde una “evaluación” y no desde un “diagnóstico”, donde como propone la distinción que realiza Ronen (2003), lo apropiado es realizar un proceso continuo, cualitativo e inferencial, a nivel descriptivo y explicativo, que parta desde la observación de las conductas del niño, niña o adolescente, de la apreciación de su ambiente familiar, escolar, social y de la evaluación de los rendimientos en diferentes pruebas psicológicas. Considerando además, una perspectiva evolutiva, cuyo abordaje de la depresión en el adolescente, es comprendido como un proceso que se desarrolla en el tiempo, en el organismo en desarrollo (Cicchetti, 1984; Cicchetti y Toth, 2009). Y agregando la distinción de las manifestaciones depresivas en cada etapa del desarrollo (Gillberg, Harrington y Steinhausen, 2006). Esto posibilitaría la pesquisa de las manifestaciones del sufrimiento infantil, en un corto plazo, antes de llegar a su intensificación mayor en etapas posteriores de la vida de estos jóvenes.
- En los procesos de intervención, tanto de diagnóstico como de intervención psicoterapéutica, es muy necesario considerar el enfoque constructivista-evolutivo, para lograr así, una sintonía positiva entre terapeuta y niño, niña o adolescente.

- Muy relevante también, resulta reiterar la importancia de las intervenciones en apego en los servicios de salud que acogen a las madres y familias, en los periodos de gestación (como forma preventiva), en el parto, lactancia y a lo largo de todo el desarrollo de los niños y niñas que asisten a atención (como forma constructiva y/o reparatoria), por la diversa gama de síntomas por los que ellos y ellas consultan.

A partir de las reflexiones que proporciona este estudio, nos surgen ideas tanto de cuestionamiento, como de esperanza frente al tema de la depresión adolescente. A nuestro entender, nos promueven cuestionamiento respecto de los diagnósticos y tratamientos con los que en el presente, estamos abordando y reconociendo a la depresión en la adolescencia. Esperanzas también, porque los significados que nos aportan en este estudio, los propios adolescentes que se han vivenciado y sentido deprimidos, y sus madres, nos dan luces para lograr una comprensión más amplia y más profunda de la depresión. Comprender la depresión adolescente, poniendo énfasis en el proceso de construcción progresiva, que parecen tener estos síntomas, considerado los sistemas de apego y el proceso vital completo de estos jóvenes y con ello, ampliar la información para bordar la depresión, en cada contexto específico de la persona deprimida.

Finalmente, nos parece de relevancia, la necesidad de mayor investigación cualitativa nacional, respecto de la vivencia depresiva, escuchar más a quienes viven esta situación y con ello, lograr profundizar en la comprensión de la depresión en nuestro contexto sociocultural particular.

Al parecer, la soledad y la falta de sintonía y reciprocidad emocional e íntima con la madre, sus padres, su familia, los pares, y todos los otros que son parte del contexto de estos jóvenes, cuando está presente desde muy tempranos momentos del desarrollo, y no se modificar suficientemente, en momentos sucesivos de sus vidas, sería la base de la relación que forjan ellos/ellas consigo mismos, y con ello, toda la gama de síntomas que ellos manifiestan.

LIMITACIONES

Las mayores limitaciones de este estudio se relacionan con la muestra, ya que solo se incluyen jóvenes que provienen de familias clasificadas como pertenecientes al denominado estrato socioeconómico medio bajo. Queda la pregunta abierta si en los jóvenes provenientes de realidades sociales menos vulnerables, las manifestaciones de la depresión podrían o no mostrar características similares a las del grupo estudiado. Claramente dicho análisis queda pendiente para posteriores investigaciones.

Otro aspecto a considerar para una etapa posterior en esta línea de trabajo, sería la de incluir jóvenes no deprimidos y analizar cómo se proceden los procesos vitales en ellos.

BIBLIOGRAFIA

- Aalto-Setälä T., Marttunen M., Tuulio-Henriksson A., Poikolainen K., & Lonnqvist, J. (2002). Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 1235-1237. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.7.1235
- Alcántara, J. (2005). *¿Qué es la autoestima? Cómo educar la autoestima*, 3ª edición. España: Ediciones Ceac.
- Almonte, C. (2003). Conducta suicida en la niñez y adolescencia. En Almonte, C., Montt, M.E., y Correa, A (eds). *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 507-522). Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Almonte, C. (2012). Espectro suicida en la infancia y adolescencia. En Almonte, C y Montt, M.E (2da edición), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 560-569). Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Aguirre, A. (2008). Antropología de la Depresión. *Revista Mal-estar E Subjetividades*, 8(3): 563-601.
- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Traducción: BURG Traslations, Inc., Chicago (EEUU).
- American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V*. Barcelona: Masson.
- Andrade, G. (2015). "Hacer Trampita" para sobrevivir: Significados sobre el Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria. *Psicoperspectivas Individuo y Sociedad*. 14(3): 117-127. DOI:10.5027/psicoperspectivasVol14-Issue3-fulltext-603
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuña, J. & Lewis, G. (2001). Common mental health disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic

correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178: 228-233. DOI: 10.1192/bjp.178.3.228

Arialdi, M., Miniño, M., Melonie, P., Sherry, L., Murphy, B. & Kenneth, D. (2007). Deaths: Final Data for 2004. *National Vital Statistics Reports*. 55(19).

Atkinson, L., & Zucker, K. J. (Eds.). (1997). Attachment and psychopathology. Guilford Press.

Baader, T., Urra, E., Millán, R. & Yáñez, L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica las Condes*, 22(3): 303-309.

Balsa, A. & Naranjo, R. (2012). La conducta suicida: su análisis en la adolescencia. Trabajo presentado en *XII Congreso Virtual de Psiquiatría*, llevado a cabo en Nicaragua. Resumen recuperado de http://www.psiquiatria.com/articulos/atprimaria_y_sm/54029/.

Bella, M., Fernández, R. & Willington, J. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Revista de Pediatría Argentina*. 108(2): 124-129.

Bernad, J. (2000). *Modelo cogenitivo de evaluación educativa*. España: Narcea.

Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S., Kiely, K., Guite, J., Mick, E.,... & Davis, S. (1995). Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(11): 1495-1503. DOI: 10.1097/00004583-199511000-00017

Birmaher, B., Ryan, N., Williamson, D., Brent, D., Kaufman, J., Dahl, R., Perel, J. & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 35(11): 1427-39. DOI: 10.1097/00004583-199611000-00011

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol.1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation: Anxiety and anger (Vol. 2)*.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, volume 3: loss; sadness and depression*.
- Bottomley, C., Nazareth, I., Torres-Gonzalez, F. & Svab, I. (2010). Comparison Of Risk Factors For The Onset And Maintenance Of Depression. *British Journal of Psychiatry*, 196(1):13-17. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.067116
- Blum, R. (2000). *Un modelo conceptual de salud del adolescente*. México: Mc Graw Hill.
- Bradley, S. J. (2003). *Affect regulation and the development of psychopathology*. Guilford Press.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited.
- Brent, D. (2007). Antidepressants and Suicidal Behavior: Cause or Cure? *American Journal of Psychiatry*, 164(7): 989-92.
- Broberg, A.G. (2000). A review of interventions in the parent-child relationship informed by attachment theory. *Acta Pædiatr*, 89, 37-42.
- Calventus, J. (2008). *Una aproximación al análisis de datos cualitativos textuales*. Universidad de Valparaíso, Chile
- Cañon, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*, (11), 62-67
- Carvajal, L. (1993). Apuntes para la transformación educativa. Ponencia presentada en el *Encuentro Nacional de la Sociedad Civil*, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas.
- Carvajal, G. & Caro, C. (2009). Soledad En La Adolescencia: Análisis del Concepto. Año 9, 9(3):281-296

- Casullo, M. (2004). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *XII Anuario de Investigaciones*, 173-182.
- Cicchetti D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*. 55:1-7.
- Cicchetti D & Toth S. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: the coming of age of a discipline. *J Child Psychol Psychiatry*, 50 (1-2):16-25.
- Christin, A. (2010). Génesis de la investigación en Christin, A. *La práctica pedagógica cotidiana*. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/34393152/Genesis-de-la-investigacion-1-de-5>
- Clarke, G. & Debar, L. (2010). Group Cognitive- Behavioral Treatment for Adolescent Depression. En John, R., Weisz A. y Kazdin, E. *Evidence-Based Psychotherapies for children and Adolescents*: New York: Estados Unidos: Ed. The Guilford Press. 110-125.
- Conwell, Y. (1996). Outcomes of depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 4 (Suppl.), S34-S44.
- Coleman, J. & Hendry, L. (2003). *Psicología de La Adolescencia* (4ta Edición). Madrid: Ediciones Morata.
- Conterio, K. & Lader, W. (1998). *Bodily harm: The breakthrough healing program for self-injurers*. Hyperion Books.
- Corominas, J. (1994). *Diccionario etimológico de la lengua castellana*. Gredos.
- Cova, F., Melipillán, R., Valdivia, M., Bravo, E. & Valenzuela, B. (2007). Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Revista Chilena de Pediatría*, 78: 151-159. DOI: 10.4067/S0370-41062007000200005

- Cova, F., Rincón, P., Valdivia, M. & Melipillán, R. (2008). Prevalencia de trastornos depresivos e impedimento asociado en adolescentes de sexo femenino. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(6): 607-613. DOI: 10.4067/S0370-41062008000600005
- Crittenden, P. M. (1995). Attachment and risk for psychopathology: the early years. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 16, S12-S16.
- Cruz, F. & Roa, V. (2005). *Intento Suicida en Niños y Adolescentes: Criterios para un Modelo de Intervención en Crisis desde el Enfoque Constructivista Evolutivo* (Memoria para optar al Título de Psicólogo, Universidad de Chile, Santiago, Chile). Recuperado de <http://tesis.uchile.cl/handle/2250/106495>.
- Cuijpers P., Smit F., Bohlmeijer E., Hollon S. & Andersson G. (2010). Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *British Journal of Psychiatry*, 196(3):173-8. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.066001
- Cumsille, P. & Martínez, M. (1997). Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago. *Revista Chilena de Pediatría*, 68(2): 74-77. DOI: 10.4067/S0370-41062007000200005
- De La Barra, M., Vicente, P., Saldivia, B. & Melipillán, A. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5): 521-529. DOI: 10.1016/S0716-8640(12)70346-2
- De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R. & De Jonghe, F. (2007). Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *European Psychiatry*, 22(1): 1-8. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2006.10.008
- Dör O. (1995). *Psiquiatría Antropológica* (2ª edición). Santiago: editorial Universitaria.

- Dörr, O. (2008). Personality disorders from a phenomenological perspective. *Actas Españolas de Psiquiatría* 36, 10-19.
- Erikson, E. (1950). *Child and society*. 2nd ed, 53-54.
- Erikson, E. (1968). *La identidad psicosocial. Un modo de ver las cosas*, 600-608.
- Fergusson, D., Doucette, S., Glass, K., Shapiro, S., Healy, D., Hebert, P. & Hutton, B. (2005). Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*, 330(7488): 396. DOI: 10.1136/bmj.330.7488.396
- Fernández, N. y Merino, H. (2001). Predictores de la ideación suicida: un estudio empírico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(2): 121-127. Recuperado de <http://aepcp.net/arc/04.2001%282%29.Fernandez-Merino.pdf>.
- Fishman, H. (1990). *Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R. & Rutter, M. (2001). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression, II: suicidality, criminality, and social dysfunction in adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 179: 218-23. DOI: 10.1192/bjp.179.3.218
- Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (Eds.). (2004). *Affectregulation, mentalization and the development of the self*. Karnac books.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (2005). target, M.(2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991b). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2009). Estado Mundial de la Infancia. Extraído de:
http://www.unicef.org/mexico/spanish/SOWC_Spec._Ed._CRC_Main_Report_SP_1201009.pdf
- Fox, D., Prilleltensky, I. & Austin, S. (2009). *Critical Psychology: An Introducción*. (2° edición). SAGE Publications Ltd.
- Friedman, M., Detweiler-Bedell, J., Leventhal, H., Home, R., Keitner, G. & Miller, I. (2004). Combined Psychotherapy and Pharmacotherapy for the Treatment of Major depressive Disorder. *Clinical Psychology Science Practice*, 11:47-68. DOI: 10.1093/clipsy.bph052
- García, L. (2008). La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. Distintas concepciones entorno a la determinación de sus límites y regularidades. *Notas: Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología* 4(1): 69-76. Extraído de:
http://www.conductitlan.net/50_adolescencia_y_juventud.pdf
- Gillberg, C.; Harrington, R. & Steinhausen, H. (2006). Child and Adolescent Psychiatry. *Cambridge University Press*. 4:110-144.
- Gracia, M., Vigo, M., Fernández, M. & Marcó, M. (2002). Características conductuales del uso excesivo de Internet. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 29(4), 219-230.
- Grotevant, H., & Cooper, C. (1985). Patterns of interaction in family relationships and the development of identity exploration in adolescence. *Child development*, 415-428. DOI: 10.2307/1129730
- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A. & Hill, J. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression: I. Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 47(5): 465-473.
DOI:10.1001/archpsyc.1990.01810170065010

- Hofer, M. A. (1994). Hidden regulators in attachment, separation, and loss. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 192-207.
- Kessler, R., Chiu, W., Demler, O., Walters. (2005) Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *JAMA Psychiatry*, 62: 617-2005. DOI:10.1001/archpsyc.62.6.617.
- Kochanek, K. & Smith, B. (2004). Deaths: Preliminary data for 2002. *National Vital Statistics Reports* (CDC), 52: 1-48.
- Kohon, R., Levav, I., Caldas, J., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo, J., Saxena, S. & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana Salud Pública*, 18(4/5):229-40. Extraído de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28084.pdf>
- Kopp, C. B. (1982). Antecedents of self-regulation: A developmental perspective. *Developmental psychology*, 18(2), 199.
- Kovacs, M., Feinberg, T., Crouse-Novak, M., Paulauskas, S. & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood: I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 41(3): 229-237. DOI:10.1001/archpsyc.1984.01790140019002
- Kovacs, M. (1996). Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(6): 705-715. DOI:10.1097/00004583-199606000-00010
- Larraguibel, M. (2006). Trastorno depresivo en el adolescente. En M. Valdivia & M. Condeza (2006), *Psiquiatría del adolescente* (pp. 145-152). Santiago: Editorial Mediterráneo.

- Lecannelier, F. (2004). *Apego & Adopción: Evidencias y Recomendaciones*.
Adopción: Mejorando caminos. Santiago de Chile: Ediciones Fundación San José
- Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J., Klein, D. & Gotlib, I. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. *The American Journal of Psychiatry*, 157(10): 1584-1597. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.10.1584
- Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J., Klein, D. & Gotlib, I. (2003). Psychosocial functioning of young adults who have experienced and recovered from major depressive disorder during adolescence. *Journal of abnormal psychology*, 122(3): 353–63. DOI: 10.1037/0021-843X.112.3.353
- Lindseth A. & Norberg A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. Nordic College of Caring Sciences, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2): 145–153. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x
- Madrigal, E. & Nuño, B. (2007) *Psicología del Adolescente*. México, Guadalajara.
- Maturana, H. (2008). *El sentido de lo humano*. Ediciones Granica SA.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Muñiz, C., Benjet, C. & Jaimes, J. (2003). Prevalencia De Trastornos Mentales Y Uso De Servicios: Resultados De La Encuesta Nacional De Epidemiología Psiquiátrica En México. *Salud Mental*, 26(4). Extraído de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam034a.pdf>.
- Méndez, F. (2002). *El Niño que no sonríe*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F., Olivares J. & Ros, M. (2001). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En Caballo & Simón, *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (pp. 139-185). Madrid: Pirámide.

- Micucci, J. (2005). *El adolescente en la terapia familiar: Cómo romper el ciclo del conflicto y el control*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1983). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2007). Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Santiago: MINSAL. Santiago.
- Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2011). Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Santiago.
- Miranda, M. & Velázquez, N. (2008). Intervenciones preventivas de conductas suicidas en niños, niñas y adolescentes chilenos. En George, González & Leyton (Eds.), *Cuaderno de Trabajo N°1, Curso Prevención en Salud Mental Infantil* (pp. 101-121). Santiago: Universidad de Chile.
- Moreira V. (2007). Significados posibles de la depresión en el mundo contemporáneo: una lectura fenomenológica mundana. *Psykhé*, 16(2): 129-137. DOI: 10.4067/S0718-22282007000200011
- Mrazek, P. & Haggerty, R. (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academies Press.
- Muñoz, R., Lee, H., Clarke, G. & Jaycox, L. (2002). Preventing the onset of major depression. En Gotlib I. & Hammen C. *Handbook of depression* (pp.343-359). New York: Guildford.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud. Resumen. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (2003). Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. (2003).

Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions.

Palacios, J., Marchesi, A., Coll, C. (1994). *Desarrollo Psicológico y Educación III* (5ª Edición). Madrid: Alianza.

Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B. & Munizza, C. (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression – A systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 61(7): 714-19. DOI: 10.1001/archpsyc.61.7.714.

Pandolfo, S., Vázquez, M., Más, M., Vomero, A., Aguilera, A. & Bello, O. (2011). Intentos de autoeliminación en menores de 15 años. Experiencia en un Servicio de Urgencias. *Archivo Argentino de Pediatría*, 109(1), 18-23.

Pelkonen, M. & Marttunen M. (2003). Child and adolescent suicide. *Pediatric Drugs*, 5(4): 243- 65. DOI: 10.2165/00128072-200305040-00004

Peña, L., Casas, L., Padilla, M., Gómez, T. & Gallardo, M. (2002). Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31(3): 182-187. Extraído de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013865572002000300005&script=sci_arttext.

Polan, H. J., & Hofer, M. A. (1999). Psychobiological origins of infant attachment and separation responses.

Rao, U., Weissman, M., Martin, J & Hammond R. (1993). Childhood depression and risk of suicide: a preliminary report of a longitudinal study. *Journal of American Academy Children & Adolescent Psychiatry*, 32(1): 21-7. DOI: 10.1097/00004583-199301000-00004

Rivas, M., Vázquez, J. & Pérez, M. (1995) Alteraciones Psicopatológicas en la Infancia: El niño en E.G.B. *Psicothema*, 7(3): 513-526.

Roa, A. (1983). *El mundo del adolescente*. Editorial Universitaria.

- Robinson, J. (2002). Attachment Problems and Disorders in Infants and Young Children: Identification, Assessment, and Intervention. En *Infants and Young Children*, 14(4), 6-18.
- Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (1999). *Metodología de Investigación Cualitativa*. (2ª Edición). Málaga: Ediciones Aljibe
- Ronen T. (1997). Cognitive developmental therapy with children. England: Jhon Wiley & Sons Ltd.
- Ronen T. (2003) Cognitive-constructivist psychotherapy with children and Adolescent. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Rueda-Jaimes, G., Rangel, A., Castro-Rueda, V. & Camacho, P. (2010). Suicidabilidad en adolescentes, una comparación con población adulta. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4): 683-692. Extraído de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619231003>.
- Rush, A., Trivedi, M., Wisniewski, S., Nierenberg, A., Stewart, J. & Warden, D. (2006). Acute and Longer -Term Outcomes in Depressed Outpatients Requiring One or Several Treatment Steps: A STAR D Report. *The American Journal of Psychiatry*. 163 (11): 1905-17.
- Rutter, M. (1996). Transitions and turning points in developmental psychopathology: As applied to the age span between childhood and mid-adulthood. *International Journal of Behavioral Development*, 19(3). 603-626. DOI: 10.1177/016502549601900309
- Saldívar, S., Vicente, B., Marston, L., Melipillán, R., Nazareth, I., Bellón-Saameño, J.,...& King, M. (2014). Desarrollo y validación de un algoritmo para predecir riesgo de depresión en consultantes de atención primaria en Chile. *Revista Médica Chilena*; 142: 323-329. DOI: 10.4067/S0034-98872014000300000.
- Sepúlveda MG. (2013). Psicoterapia Evolutiva con niños y adolescentes. Santiago,

Chile: Mediterráneo: 110-180.

Sepúlveda, G., & Capella, C. (2012). Desarrollo psicológico del escolar y sus

Trastornos: lo evolutivo y lo psicopatológico en la edad escolar. En Almonte C. Montt ME. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Santiago, Chile: Mediterráneo: 33-48.

Shafii, M., Lenarsky, J., Derrick, A., Beckner, C. & Whittinghill, J. (1988). Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*; 15: 227-33. DOI:10.1016/0165-0327(88)90020-1

Schwandt, T. (1998). Constructivist, Interpretivist Approaches to Human Inquiry. En: Denzin & Lincoln (eds.) *The landscape of Qualitative Research: Theories and Issues*. Thousand Oaks, Sage Publications.

Soutullo E. & Mardomingo M. (2010) *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Ed. Panamericana. 9: 145-166

Tapia, P., Vöhringer, P. y Ornstein, C. (2010). Conducta suicida en el hospital general. *Revista Hospital Clínico de la Universidad de Chile*, 21, 187-196.
Extraído de:
http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/124182/conducta_suicida.pdf?sequence=1

Thase, M. (1992). Long-term treatments of recurrent depressive disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53: 33-44.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), 25-52.

Valenzuela, P. & Muñoz, R. (2006). Prevención de depresión en la adolescencia. En Valdivia & Condeza (Eds.), *Psiquiatría del adolescente* (pp. 399-414). Santiago: Editorial Mediterráneo.

- Valdivia, M (2006). Adolescencia y conducta suicida. En Valdivia & Condeza (eds.), *Psiquiatría del adolescente* (pp. 351-366). Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Valdivia, M., Schaub, C. & Díaz, M. (1998). Intento de suicidio en niños: algunos aspectos biodemográficos. *Revista Chilena de Pediatría*, (2): 64-67. Extraído de: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v69n2/art04.pdf>
- Valdivia, M., Ebner, D., Fierro, V., Gajardo, C. y Miranda, R. (2001). Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica: una revisión de cuatro años. *Revista Chilena de NeuroPsiquiatría*, 39(3): 211-218. DOI: 10.4067/S0717-92272001000300005
- Vallejo, J. (2002). Trastornos depresivos. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría* (5ª Edición) Barcelona: Masson.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. & Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica. *Revista Médica de Chile*, 130(5): 527-536. DOI: 10.4067/S0034-98872002000500007
- Vicente B., Saldivia S., De la Barra F., Kohn R., Pihan R., Valdivia M., Rioseco P. & Melipillan R. (2012). Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 53(10), 1026–1035. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2012.02566.x
- Waters, E., Merrick, S., Albersheim, L., Treboux, D., & Crowell, J. (1995). From the strange situation to the Adult Attachment Interview: A 20-year longitudinal study of attachment security in infancy and early adulthood. Society for Research in Child Development, Indianapolis.
- Williams, D., Gonzalez, H. & Neighbors, H. (2007). Prevalence and distribution of major depressive disorder in african americans, caribbean blacks, and non-hispanic whites: results from the national survey of american life. *Archives of General Psychiatry*, 64(3): 305-315. DOI: 10.1001/archpsyc.64.3.305.

World Federation for Mental Health (2012). *Depression: A Global Crisis*.
Occoquan: USA. Extraído de:
http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf

Yorbik, O., Birmaher, B., Axelson, D., Williamson, D. E., & Ryan, N. D. (2004).
Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents
with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(12), 1654-
1659.

Zamorano, C, Navarro, C, Sotta, M. (2008). Adolescentes que se autoinfligen
heridas, una propuesta explicativa. *Revista De Familias y Terapias*, 16(25):
107–123.

ANEXOS

ANEXO 1

PAUTA DE ENTREVISTAS

Pauta para el joven.

Consigna: Tal como ha sido comentado, esta entrevista se enmarca dentro de un proyecto de investigación. Durante la conversación abordaremos distintos temas relacionados con la aparición de los síntomas depresivos en ti, durante tu historia de vida. Cabe mencionar que tienes el derecho a contestar o no, frente a cualquiera de las preguntas. Asimismo, aprovecho de pedirte que intentes ser claro (a) al momento de exponer tus respuestas y para ello, puedes ilustrar tus ideas, pensamientos, emociones y sensaciones a través de ejemplos o de la descripción de situaciones que te hayan sucedido. Lo principal es que te sientas libre para expresar lo que sientes y piensas. Por supuesto, toda descripción, explicación o comentario que expreses, será mantenido en estricta confidencialidad y anonimato.

1. Introducción: Para comenzar, quisiera pedirte que te presentes, por ejemplo, con tu nombre, edad y actividad actual. Además, tu puedes, plantear otro asunto que quiera compartir.
2. Significados de la situación inicial (de los síntomas depresivos). Posibles preguntas (ejemplos): ¿Qué fue lo primero que notaste que te ocurrió y que pensaste que pasaba? ¿Cómo te diste cuenta? ¿Qué hiciste después de darte cuenta de que estabas diferente? ¿Qué pensaste que te pasaba? ¿Cuáles fueron las emociones que te surgieron con esto que te pasaba? ¿Cómo fue que comenzaron los síntomas? ¿Cómo viste la situación? ¿Cómo la ves ahora?
3. Significados del transcurso de la situación ¿Qué pasa después de que te diste cuenta de la situación? ¿le contaste a alguien? ¿a quién? ¿Cómo reacciono? ¿Cómo evalúas esta reacción, está bien o esperabas otra reacción?
4. Significados del momento del diagnóstico: ¿Cómo contarías que pasaron las cosas para llegar al momento del diagnóstico? ¿Quién te da el diagnóstico? ¿Cómo te sentiste en ese momento? ¿Qué te paso cuando te dijeron como sería el tratamiento?

5. Significados respecto del tratamiento: ¿Cómo sientes que te afectó el tratamiento? ¿Qué del tratamiento evalúas como positivo y que dé el, evalúas como negativo?
6. Significados de la situación actual: ¿Cómo ves la situación por la que estás pasando ahora? ¿Te la explicas de alguna manera? ¿Cómo sientes que te afectó la depresión en tu estado actual? ¿En que se relaciona el tratamiento con tu estado actual? ¿Cómo te sientes de haber pasado por esto?
7. Significados generales: ¿Cómo podrías describirte antes de presentar los síntomas? ¿Cómo podrías describirte con la depresión? ¿Cómo podrías describirte ahora?

Pauta para la madre:

Consigna: Tal como ha sido comentado, esta entrevista se enmarca dentro de un proyecto de investigación. Durante la conversación abordaremos distintos temas relacionados con la aparición de los síntomas depresivos en su hijo (a), durante la historia de vida de el (ella) y desde lo que usted ha logrado observar en el (ella). Cabe mencionar que tiene el derecho a contestar o no, frente a cualquiera de las preguntas. Asimismo, aprovecho de pedirle que intente ser clara al momento de exponer sus respuestas y para ello, puede ilustrar sus ideas, pensamientos, emociones y sensaciones a través de ejemplos o de la descripción de situaciones que le hayan sucedido. Lo principal es que se sienta libre para expresar lo que siente, cree y piensa. Por supuesto, toda descripción, explicación o comentario que Ud. exprese, será mantenido en estricta confidencialidad y anonimato.

1. Introducción: Para comenzar, quisiera pedirle que se presente y comente brevemente el nombre de su hijo (a), por ejemplo, con los nombres, edad y actividad actual de cada uno (a).
2. Significados de la situación inicial (de los síntomas depresivos de la o el joven). Posibles preguntas (ejemplos): ¿Qué fue lo primero que noto que le ocurría a su hijo (a)? ¿Qué pensó que le pasaba? ¿Qué hizo después de darte cuenta de que el (ella) estaba diferente? ¿Cuáles fueron las emociones que le surgieron?

Según Ud. ¿Cómo fue que comenzaron los síntomas? ¿Cómo vio la situación en ese momento? ¿Cómo la ve ahora?

3. Significados del transcurso de la situación ¿Qué pasa después de que se dio cuenta de esta situación? ¿Cómo reacciona Ud.? ¿Cómo evalúa que fue su reacción?
4. Significados del momento del diagnóstico: ¿Cómo contaría Ud. que pasaron las cosas para llegar al momento del diagnóstico? ¿Quién le da el diagnóstico? ¿Cómo se sintió Ud. en ese momento? ¿Qué le paso cuando le dijeron como sería el tratamiento?
5. Significados respecto del tratamiento: ¿Cómo siente que le afecto el tratamiento a su hijo o hija? ¿Qué del tratamiento evalúa como positivo y que dé el, evalúa como negativo?
6. Significados de la situación actual: ¿Cómo ve la situación por la que está pasando ahora su hijo (a)? ¿Se explica de alguna manera lo que le ocurrió a su hijo (a)? ¿Cómo sientes que le afecto la depresión a su hijo (a), en su estado actual? ¿Según su percepción en que se relaciona el tratamiento con el estado actual de su hijo o hija? ¿Cómo se sientes con el hecho de que su hijo o hija haya pasado por esto?
7. Significado acerca de su relación con su hijo o hija y la enfermedad: ¿Cómo era la relación suya con su hijo o hija? ¿Siente que se relaciona de alguna manera, esa forma de estar con su hijo o hija y la depresión que tuvo? ¿Cómo siente que esa relación de usted con su hijo o hija, ha afectado al tratamiento de el (ella)?
8. Significados generales: ¿Cómo podría describir a su hijo o hija antes de presentar los síntomas? ¿Cómo podría describir a su hijo o hija con la depresión? ¿Cómo podría describir ahora?

ANEXO 2

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Título del Proyecto.

“Significados acerca de la Depresión Adolescente y sus manifestaciones, a partir de los relatos del joven y su madre: Una mirada fenomenológica”.

Equipo de Investigación.

María Teresa Pavez Rosales.

Introducción.

Ud. ha sido invitado a participar de una investigación vinculada a un Proyecto de Tesis de Magister en Psicología. El propósito de este documento es ayudarlo a tomar una decisión. Cabe señalar que, si tiene alguna duda, puede consultar en el momento que así lo desee.

Es muy importante que Ud. sepa que su participación es voluntaria y que puede negarse a participar en cualquier momento que Ud. así lo decida, sin que esto afecte de ninguna manera su atención en salud.

Propósito u objetivo del estudio.

Se desea conocer el proceso en los que aparecen los signos de depresión adolescente. Se busca comprender el proceso en el que aparecen los signos y síntomas que llevan al joven a consultar y como se incorpora esto en la vida del adolescente.

Participantes.

Estamos pidiendo a los y las adolescentes que cursan un síndrome depresivo y a sus madres, que sean parte de esta investigación. Los y las adolescentes deberán tener entre 13 a 19 años, vivir con sus madres y asistir a la Unidad Infanto Juvenil del Hospital Psiquiátrico Del Salvador.

Procedimiento.

Las entrevistas y conversación que se realizaran en esta investigación, se darán en dos momentos diferentes. Los horarios y fechas para la realización de cada momento serán acordados con ambos participantes (madre e hijo o hija adolescente) de la investigación.

Riesgos.

1. Existe la posibilidad de que las preguntas lo hagan sentir triste o sentir mal, en estos casos, será la misma entrevistadora quien se hará cargo de esta situación, buscando que su malestar se resuelva y vuelva a sentirse mas tranquilo.
2. Podría tener un problema legal si nos cuenta sobre delitos que atenten contra su integridad o la de otras personas, como el abuso de niños, que nos veríamos obligados a reportar.

Beneficios.

1. Este trabajo de investigación NO otorgara beneficios para el participante.
2. Se entregara a cada miembro que participa una transcripción de los contenidos de la entrevista. Esta transcripción será entregada después de un mes de realizada el último momento.
3. Su participación en esta investigación podría ayudar a otras personas que en el futuro estén pasando por una situación similar.

Costos.

Los costos de movilización, tanto para el primero como para el segundo momento, serán apoyados por el estudio. Por tanto, se les entregara a las madres un monto total de 2.000 pesos, para apoyar el traslado de ellas y del o la adolescente en los dos momentos que involucra el estudio.

Confidencialidad.

Las únicas personas autorizadas para conocer sus nombres son quienes trabajan o colaboraban con el estudio. Al redactarse la Tesis de Magister, sus nombres y apellidos sean reemplazados por unos de fantasía.

Resultados.

Si Ud. desea conocer los resultados de la investigación, podrá contactarse con María Teresa Pavez Rosales (99651340 o marite.pavez@gmail.com), quien le otorgara toda la información respectiva y/o enviara un documento que explicite los resultados del estudio. Se estima que estos resultados estarán disponibles a partir de Agosto del 2015.

Derechos a Negarse a Retirarse.

Recuerde que Ud. puede negarse a responder a las preguntas que se le realizan. Igualmente, Ud. puede retirarse de la investigación en el momento que desee.

Dudas.

Si Ud. tiene preguntas sobre el estudio o sobre sus derechos, puede contactarse con María Teresa Pavez Rosales (99651340 o marite.pavez@gmail.com)

Formulario de Consentimiento.

He sido invitado a participar en el estudio denominado “Significados acerca de la Depresión Adolescente y sus manifestaciones, a partir de los relatos del joven y su madre: Una mirada fenomenológica”, entiendo que mi participación consistirá en asistir a 2 o 3 entrevistas y responder una entrevista y realizar un relato acerca de mi historia de vida.

He leído la información del documento de consentimiento. He tenido tiempo para hacer preguntas y he recibido respuestas claras y oportunas. No tengo ninguna duda sobre mi participación. Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento sin mediar razones.

Entiendo que estoy protegido por lo establecido en la Ley 20120 sobre Investigación en el Ser Humano, Decreto 114 y Decreto 30 sobre el reglamento de esa misma Ley y por la Ley 20.584 sobre Derechos de los Pacientes. Asimismo, he sido informado que esta investigación ha sido aprobada por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, cuyo teléfono de contacto es el 032-2576581

Nombre:

Fecha:

Firma del o la adolescente

Firma de la madre

Firma del Director

Firma del investigador

del establecimiento o delegado

Formulario de Asentimiento.

He sido invitado a participar en el estudio denominado “Significados acerca de la Depresión Adolescente y sus manifestaciones, a partir de los relatos del joven y su madre: Una mirada fenomenológica”. Entiendo que mi participación consistirá en asistir a 2 o 3 entrevistas y responder una entrevista y realizar un relato acerca de mi historia de vida.

He leído la información del documento de asentimiento. He tenido tiempo para hacer preguntas y he recibido respuestas claras y oportunas. No tengo ninguna duda sobre mi participación. Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento sin mediar razones.

Entiendo que estoy protegido por lo establecido en la Ley 20120 sobre Investigación en el Ser Humano, Decreto 114 y Decreto 30 sobre el reglamento de esa misma Ley y por la Ley 20.584 sobre Derechos de los Pacientes. Asimismo, he sido informado que esta investigación ha sido aprobada por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, cuyo teléfono de contacto es el 032-2576581

Nombre:

Fecha:

Firma del o la adolescente

Firma del Director

del establecimiento o delegado

Firma del investigador

