



**UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE MEDICINA**

**¿POR QUÉ NO SUICIDARME?
SIGNIFICADOS CONSTRUIDOS SOBRE EL PROCESO SUICIDA Y RAZONES PARA
MANTENERSE CON VIDA EN ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A
TRATAMIENTO POR DEPRESIÓN.**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, mención Psicología Infanto Juvenil.

LESLIE ACHUI DÍAZ

Profesora Guía:

Dra. Vania Martínez Nahuel

Santiago de Chile, 2016

*Dedicada a los/as ocho adolescentes que valientemente participaron en esta investigación, por su fortaleza de hacerle frente a la vida con esperanza.
Gracias por confiar.*

A mis Padres y hermana, por su apoyo incondicional en este proyecto.

*A mis compañeros y amigos de Magister, Catalina, Nicolás y Francisco.
A Vania Martínez, por su dedicación y tiempo, siempre dispuesta a facilitar este proceso.*

*Al Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (IS130005) y al
FONDECYT 11121637, Gracias por el apoyo.*

A la Corporación Municipal de Puente Alto, por facilitar la realización de este estudio.

“Mientras haya vida, habrá infinidad de caminos, ahí, esperando ser descubiertos, para resolver conflictos; sin vida, son caminos que nunca se transitarán”

Páez, (2014).

ÍNDICE

RESUMEN	7
I. INTRODUCCIÓN	8
II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	12
1. Adolescencia: Principales características.....	12
1.1 Definición.....	12
1.2 Principales desafíos en la adolescencia tardía.....	13
1.3 Enfermar en la adolescencia.....	14
2. El suicidio en la adolescencia.....	17
2.1 Definición.....	17
2.2 Caracterización del proceso suicida en la adolescencia.....	18
3. Factores Biosopsicosociales en la conducta suicida en adolescentes.....	21
3.1 Factores de riesgo.....	22
3.1.1 Factores individuales.....	22
3.1.2 Factores familiares.....	24
3.1.3 Otros factores.....	26
3.1.4 Factores desencadenantes.....	26
3.2 Factores protectores y disuasores de la conducta suicida en adolescentes.....	26
4. Intervenciones preventivas de la conducta suicida en adolescentes.....	30
4.1 Lineamientos Internacionales y Nacionales.....	30
4.2 Estrategias de prevención del suicidio en adolescentes.....	31
4.3 Estrategias de intervención preventivas desde la Atención Primaria.....	33
III. OBJETIVOS	35
Objetivo General.....	35
Objetivos Específicos.....	35
IV. MARCO METODOLÓGICO	36
Enfoque Metodológico.....	36
Participantes.....	37

Técnicas de Producción y Recolección de Datos.....	38
Técnicas de Análisis de la Información.....	39
Procedimiento.....	39
Aspectos Éticos de la Investigación.....	40
V. RESULTADOS.....	41
CATEGORIAS EMERGENTES FRENTE AL PROCESO SUICIDA Y LAS PRINCIPALES RAZONES PARA MANTENERSE CON VIDA.....	41
EJES CENTRALES DEL ESTUDIO: PRINCIPALES INTERACCIONES.....	66
1. Modelo del Proceso Suicida en adolescentes que asistieron a tratamiento por depresión.....	66
2. Modelo del Proceso de disuasión de la idea suicida en adolescentes que asistieron a tratamiento por depresión.....	68
VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....	71
VII. REFERENCIAS.....	81
ANEXOS	
1. Pauta de entrevista.....	88
2. Escala de suicidalidad de Okasha.....	90
3. Carta consentimiento participantes.....	91
4. Carta asentimiento participantes.....	93
5. Carta consentimiento padres o tutores.....	95
6. Carta aprobación Comité de ética.....	97
7. Entrevista n° 1.....	99
8. Entrevista n° 2.....	106
9. Entrevista n° 3.....	112
10. Entrevista n° 4.....	122
11. Entrevista n° 5.....	129
12. Entrevista n° 6.....	136
13. Entrevista n° 7.....	142
14. Entrevista n° 8.....	149

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Datos de los/as participantes del estudio.....	37
---	----

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Esquema de clasificación jerárquica de la categoría “Malestar adolescente”.....	42
Figura 2: Esquema de clasificación jerárquica de la categoría “Percepción de Apoyo Social”....	46
Figura 3: Esquema de clasificación jerárquica de la categoría “Proceso suicida adolescente”.....	48
Figura 4: Esquema de clasificación jerárquica de la categoría “Percepción de tratamientos”.....	52
Figura 5: Esquema de clasificación jerárquica de la categoría “Razones para mantenerse con vida”.....	58
Figura 6: Esquema de clasificación jerárquica de la categoría “Visión Actual”.....	61
Figura 7: Modelo del proceso suicida en adolescentes que asistieron a tratamiento por depresión.....	66
Figura 8: Modelo del proceso de disuasión de idea suicida en adolescentes que asistieron a tratamiento por depresión.....	68

RESUMEN

En la actualidad, el suicidio adolescente se ha convertido en un importante problema de salud pública. En nuestro país, la muerte de adolescentes por causas como el suicidio y homicidio representa en estos momentos un 60%. Es por esto, que se hace necesario la implementación de estrategias de prevención, considerando que el suicidio es un acto prevenible, al conocer e intervenir precozmente en factores asociados. Sin embargo, no ha sido suficiente el abordaje sólo desde el conocimiento de los factores de riesgo, por lo que se propone un cambio en la mirada de esta problemática, incluyendo la identificación, promoción y trabajo de los aspectos que vinculan a los adolescentes con la vida.

Es por esta razón que la siguiente investigación indaga en los significados que construyen los/as adolescentes que presentaron depresión y que asistieron a centros de atención primaria de salud, acerca de las razones para vivir, luego de presentar alto riesgo suicida. Se realizó una investigación cualitativa para acceder a estos significados a través de entrevistas en profundidad.

Se entrevistaron a ocho adolescentes, cuatro hombres y cuatro mujeres, entre 15 y 19 años, permitiendo obtener resultados en relación a la caracterización del proceso suicida en esta población, el apoyo percibido por parte de la familia, amigos/as y sistema educacional, evaluando su experiencia de tratamiento por depresión en un centro de atención primaria y las principales razones para mantenerse con vida en la actualidad. Se presentan y discuten las principales relaciones emergentes sobre el proceso de suicidio y cómo se configura la disuasión de esta idea en esta población.

I. INTRODUCCIÓN

La conducta suicida en los adolescentes ha llegado a convertirse en una problemática urgente de salud pública. A nivel mundial, se observa un importante aumento en la cantidad de adolescentes y jóvenes que ingresan a los servicios de salud por consultas vinculadas a intentos de suicidio y otras conductas autolesivas (Ministerio de Salud, 2013). Según cifras entregadas por la Organización Mundial de la Salud, ([OMS],2014), a nivel mundial el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad.

El Informe de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) del 2011, reveló que Chile ocupa el lugar 17 con 11 muertes por suicidio por cada 100 mil habitantes y entre los años 1995 a 2009, ocupó el segundo lugar con mayor tasa de mortalidad por suicidio después de Corea (MINSAL, 2013). Más específicamente, la mortalidad de los adolescentes por causas externas (accidentes de todo tipo, homicidios y suicidios) ha tenido un preocupante aumento en los últimos años. La tasa de suicidios para los adolescentes de 10 a 19 años aumentó de 5,7 a 7,0 por 100.000 habitantes entre el 2005 y 2010, siendo los adolescentes hombres quienes registran una mayor tasa, casi 3 veces más que en las adolescentes mujeres (MINSAL, 2013).

Pese a los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud para disminuir estas cifras, como por ejemplo incorporar dentro de las patologías con garantía de atención oportuna (AUGE/GES), algunos trastornos altamente asociados con el suicidio (depresión, esquizofrenia, abuso y dependencia de alcohol y drogas, trastorno bipolar) (MINSAL, 2011) y la creación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio (MINSAL, 2012), estos no han sido suficientes para detener el aumento en las tasas de crecimiento del suicidio (MINSAL, 2011).

Según la evaluación de cumplimiento e impacto de las Metas Sanitarias de la década 2000-2010, se observó que las tasas de suicidio aumentaron en un 60%, muy por debajo de reducir la mortalidad por suicidio en un 10% (MINSAL, 2009). Es así, como en la actualidad el MINSAL se ha propuesto disminuir en un 15% las tasas de suicidio estimadas en adolescentes para el 2020 (MINSAL, 2011).

Lo anterior evidencia la necesidad de optimizar las medidas de detección, prevención e intervención en los servicios de salud nacionales, considerando que el suicidio adolescente, presenta características que exigen un abordaje multidisciplinario e inmediato para el desarrollo

de estas acciones. Bajo este contexto, es que se hace relevante profundizar e investigar sobre cómo prevenir, detectar e intervenir, en este grupo etario.

El suicidio es un fenómeno multicausal, en él intervienen diversos factores que van desde lo político, económico y ambiental, hasta lo biológico, psicológico y sociocultural, impactando enormemente en el plano individual, familiar y social, a través de varias generaciones. Es importante considerar que el suicidio también abarca un amplio espectro: desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para realizarlo, hasta la posible consumación del acto. Si bien no pueden asociarse de manera lineal y consecutiva, es fundamental considerar el riesgo que cada una de estas manifestaciones conlleva más allá de la intencionalidad supuesta (Shaffer & Pfeffer, 2001). Es así como una estrategia de prevención del suicidio, se justifica debido a la consideración de que el suicidio es el último eslabón de una cadena de elementos, por lo que es un acto prevenible, al conocer e intervenir precozmente en factores asociados.

Desde la literatura, se han descrito varios de los factores de riesgo relacionados al suicidio en adolescentes, como por ejemplo, el género, depresión, desesperanza, consumo abusivo de alcohol y drogas (Gould et al., 2003; Larraguibel, González, Martínez & Valenzuela, 2000; Rutter et al., 2008; Shaffer & Pfeffer, 2001). En cambio, factores protectores como la autoestima, tipo de funcionamiento familiar y el apoyo social, han sido generalmente citadas, pero menos exploradas (Salvo & Melipillán, 2008). La OMS (2000) destaca la capacidad de búsqueda de ayuda, la receptividad hacia las experiencias de otros, la apertura a nuevos conocimientos y una relación familiar satisfactoria, como factores protectores de suicidio.

En este sentido, se necesita un cambio en la mirada de esta problemática, que incluya como aspecto relevante del abordaje, no sólo los factores de riesgo, sino también incluir la identificación, promoción y trabajo de los factores protectores, observándose un vacío en la literatura que explicita y profundice en los aspectos que vinculan a los adolescentes con la vida. Se ha demostrado que un mayor número de motivaciones para vivir se relacionarían a un bajo riesgo de suicidio y a un menor riesgo de reincidencia en intentos de suicidio (García-Valencia et al., 2007).

Frente a este panorama es que surge también la necesidad de indagar de primera fuente cómo significan los principales actores, los/as adolescentes, su experiencia relacionada con el suicidio, ya que la investigación en este campo suele estar basada en autopsias psicológicas y

estudios de prevalencia (Morales, Echavarrí, Zuloaga, Barros & Taylor, 2014). De esta manera, es que parece pertinente complementar el estudio de la conducta suicida, explorando el punto de vista de los propios adolescentes, accediendo a la experiencia subjetiva de cada sujeto en riesgo y permitiendo generar nuevas hipótesis que guíen futuras investigaciones y acciones, orientadas a detectar y prevenir este multidimensional problema de salud pública.

Debido a que la prevención y atención de los problemas de salud mental de esta población debe idealmente ser realizada en el nivel primario de atención (OMS, 2000), y también a la posibilidad que brinda como eje articulador entre los servicios de salud, comunidad educativa y sistemas de protección social, los centros de atención primaria se convierten en un lugar central para el trabajo con los/las adolescentes. Así, el conocer las experiencias de los/las adolescentes que asisten a estos centros de salud, permitiría desarrollar e implementar programas que contemplen las necesidades reales de los usuarios y generar una base de conocimientos centrada en el sujeto usuario real, a fin de favorecer a futuro una permanencia efectiva y estable en los programas de salud mental.

De esta manera la pregunta que guía la presente investigación es: ¿Cuáles son los significados construidos por los/as adolescentes que asistieron a tratamiento por depresión en centros de atención primaria de salud (APS) y que presentaron en un inicio del tratamiento alta ideación suicida, acerca de las razones y/o motivaciones para mantenerse con vida luego de ser dados de alta?

Responder a esta pregunta tiene importantes implicancias. En primer lugar, introducir la exploración de razones para vivir, pudiera permitir profundizar en una temática poco explorada por la literatura, entregando mayor conocimiento del fenómeno del suicidio adolescente, especialmente para la prevención. De esta forma, esta investigación aporta en el desarrollo de nuevos lineamientos para los objetivos de intervención ligados al riesgo suicida en este grupo etario.

En segundo lugar, el explorar la experiencia de los adolescentes en sus centros de salud releva el rol de la atención primaria en la prevención del suicidio adolescente, visualizando que esta problemática requiere de soportes institucionales necesarios en su manejo. En este sentido, esta investigación permitiría entregar orientaciones para el diseño de estrategias terapéuticas y preventivas en salud, así como también en el campo de la Psicología Clínica Infante Juvenil. Y por último, visualizar el aporte que otorga una metodología cualitativa para el estudio del

suicidio. Esto debido a que los estudios tradicionales son de orden cuantitativo y orientado a construir modelos explicativos, los se encuentran en una encrucijada y sin producir nuevos conocimientos. Así, los estudios cualitativos en suicidio tienen un escaso desarrollo en el ámbito internacional (Hjelmeland & Knizek, 2010); por lo que se hace necesario y relevante cambiar el foco hacia el entendimiento de este fenómeno.

Cabe señalar, que la temática del suicidio adolescente requiere una comprensión desde diversas perspectivas. Esta investigación, se enmarcará dentro de los aportes desde la Psicología Clínica Infanto juvenil, incorporando algunos elementos que plantean organizaciones mundiales y nacionales sobre salud pública y salud mental, en tanto contribuyen con insumos de miradas y acciones institucionales que están siendo llevadas a cabo en este momento, así como también las investigaciones que se han realizado en este ámbito. Sin embargo, es la mirada subjetiva y particular de los propios adolescentes la que primará durante toda la investigación.

II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Para dar cuenta del marco teórico de esta investigación, se han construido cuatro apartados que problematizarán las principales temáticas que conciernen al problema de estudio: *Adolescencia, Suicidio en la adolescencia, Factores asociados al suicidio en adolescentes e Intervenciones preventivas.*

1. Adolescencia: Principales características

1.1 Definición:

El concepto de Adolescencia es un constructo de la cultura occidental desde finales del siglo XX, apareciendo en la época de la Ilustración. En un principio, al considerarse un tiempo muy breve y prácticamente inexistente, a la adolescencia no se le dedicaba relevancia como para ser investigada (Roa, 1983).

En la actualidad, es complejo hablar de “adolescencia”, al considerarse que esta etapa es diversa y heterogénea desde el contexto sociocultural en que se desarrolle, así como también es una categoría que es consecuencia de una construcción social, que por tanto lleva a plantear la existencia de “adolescencias”, relevando su construcción sociohistórica y relacional, características que no dependen exclusivamente de los estados de maduración biológica del ser humano (Dávila León, 2004).

En su origen etimológico, el término “adolescencia”, proviene del verbo *adolescere*, que significa crecer y desarrollarse hacia la madurez, por lo que debe ser considerada también como un proceso (Corominas, 1994), la cual se llega a alcanzar la madurez, no por todos los individuos a la misma edad, dado que ésta depende de múltiples factores interrelacionados que influyen de manera particular en cada adolescente.

Si bien se concibe que “adolescencia” es una etapa de transición entre el ser niño y adulto, desde la mirada psicológica es posible observar que los adolescentes occidentales, tienen una serie de características que serían transversales al contexto sociocultural.

Tal como señala Blos (1971), la adolescencia puede entenderse como un periodo de transición entre la infancia y la adultez, dentro del cual se pueden distinguir diversas dimensiones. Por un lado se encuentra la preocupación individual por la construcción de identidad, pero también esta etapa gira en torno a la renegociación de las relaciones familiares, reflejada principalmente en la separación que se produce con las figuras parentales.

La adolescencia es una proceso intenso, siendo la subdivisión planteada por Blos (1971),

entre pre adolescencia, latencia, adolescencia previa, propiamente tal y tardía, apropiada para dar cuenta de las características específicas de cada una de estas fases y de las tareas propias que se asocian a ella.

En este estudio se aborda con profundidad la adolescencia tardía, dado que es en ella en donde se ubica la población que configura el grupo de estudio de esta investigación, los/las adolescentes entre 15 y 19 años que asistieron a tratamiento por depresión.

1.2 Principales desafíos en la adolescencia tardía:

Según Blos (1971), es en esta fase en donde se consolida el ideal del yo maduro, el carácter y la personalidad. El adolescente gana en acción prepositiva, integración social, predictibilidad, constancia de emociones y estabilidad en su nivel de autoestima. Al término de este periodo, existiría una mayor unificación de los procesos afectivos y volitivos, una mayor capacidad para la abstracción, para reconocerse, recordar, evaluarse, acrecentado por el estado del Yo que se encuentra más libre de conflictos.

Todo esto permite consolidar ciertos proyectos, compromisos y adaptaciones al mundo interno como externo, junto con facilitar la delineación de aquellos asuntos que realmente importan en la vida, tales como la configuración de un proyecto de vida que permita orientar las acciones futuras. Por lo tanto, la mayor capacidad para el pensamiento abstracto, para la construcción de modelos y sistemas, la compacta combinación entre pensamiento y acción, dan a la personalidad de la adolescencia tardía una calidad más unificada y consistente, que permite llevar a cabo las tareas asociadas a esta etapa (Blos, 1971).

Sin embargo, para el adolescente occidental, este transito no está libre de una serie de tareas y experiencias que deben ser concretadas y resueltas para poder llegar a construir una identidad adulta integrada. Según Aberastury y Knobel (1973), el objetivo de la adolescencia es el conocimiento del sí mismo más que como una entidad biológica como una entidad biopsicosocial.

Tareas, que le permitirán al adolescente lograr una identidad personal, saber quién es, hacia dónde va, qué sentido tiene su vida y finalmente integrar su realidad. Estas experiencias también se ven influidas fuertemente por los principales cambios de esta etapa, en el desarrollo físico, psíquico y social en el adolescente, así como también en el marco familiar en que éste se desenvuelve, por lo que se considera como un período de potencial riesgo, en el cual pueden estar

presentes, la aparición de síntomas y enfermedades, así como también de alteraciones de la personalidad.

Otro aspecto relevante que tensiona aún más este periodo, es conceptualizar la adolescencia como un “duelo por la infancia” (Aberastury & Knobel). Donde el adolescente debe “aprender” lentamente a desligarse del niño que fue y del lugar que en su grupo familiar le fue asignado. Debe ir renunciando a su pasado, para ir asumiendo el presente que le permita proyectarse hacia el futuro.

Por esta razón, la adolescencia entendida como un proceso de duelo, se constituye en un período altamente sensible, susceptible de ser afectado cuando existen elementos de la infancia que no permiten su simbolización o cuando los padres no abren el espacio para la asunción de la pérdida del lugar de ser niño. Es esta dificultad derivada del propio trabajo de duelo, la que permite hipotetizar que la adolescencia en sí misma presenta un potencial depresivo asociado a las renunciaciones y cambios que se deben enfrentar.

1.3 Enfermar en la adolescencia:

Como se ha mencionado, la adolescencia es un tiempo en el que confluyen sentimientos contradictorios, transiciones psicopatológicas y síntomas que superan los límites entre lo normal y el enfermar (Almonte, 1991). La mayoría de los autores considera a la adolescencia, como un tiempo de riesgo, en que los límites entre lo normal y lo psicopatológico no están claramente señalados, lo que obliga a ser muy cautos en la valoración clínica de los comportamientos.

Durante esta etapa, se manifiestan transformaciones e inestabilidad emocional, al ser un período de experimentación, de pruebas y errores. Esta es una época en la que los estados afectivos acontecen con mayor rapidez y pueden encontrarse disociados de cualquier causa aparente. Sumado también a la existencia de una fuerte tendencia a la melancolía, que puede amplificar las consecuencias de un fracaso a todos los planos de la cotidianidad, tendiendo al fatalismo y la obsesión ante los problemas (Coleman & Hendry, 2003).

En este sentido, en el desarrollo normal del adolescente, se producen períodos breves de desequilibrio psicológico, que se traducen en la inseguridad para enfrentar las problemáticas propias de la edad, como asumir la corporalidad, la individuación, la creación de vínculos personales estables con pares y profesores, relaciones autónomas con los padres y la elección de carrera. Estos períodos se denominan crisis y se manifiestan por cambios de ánimo, del humor,

ansiedad, depresión y/o trastornos conductuales moderados. Son de breve duración y pueden repetirse en distintos momentos. No requieren tratamiento y cursan hacia una reorganización de la personalidad de mayor nivel de integración y mejor adaptación a la realidad externa, si el adolescente se siente aceptado, acogido y orientado. La no superación de la crisis en forma satisfactoria puede generar diversos trastornos psíquicos (Almonte, 1991).

Desde la psicopatología de la adolescencia, se plantea que el adolescente se mueve en un terreno vulnerable y en crisis. Se encuentra en una dualidad exteriorización/ inhibición. Por un lado necesita pasar al acto, lo que explica las altas tasas de actos suicidas y heteroagresivos, así como las conductas riesgosas, y por otro, maneja la inhibición emocional y la retracción para no ser herido, lo que puede facilitar las vivencias de desvitalización. Así, ante las experiencias de pérdida y rotura de vínculos emocionales, sobreviene el sentimiento de vacío interior, lo que puede generar organizaciones psicopatológicas depresivas, vivencias de duelo y comportamientos ansiosos (Rodríguez, 2006).

En la actualidad las manifestaciones de los adolescentes como las adicciones, autoagresiones o conducta suicida, por ejemplo, muestran una serie de dificultades, quizá mucho más intensas y llamativas que las ocurridas en décadas atrás, que lleva a analizar este proceso en relación a aspectos socioculturales, lo cual tiene implicancias significativas en la teorizaciones que nos permiten dar cuenta de lo depresivo en el adolescente. A diferencia de otros períodos donde era señalada como un tiempo de tránsito que finalizaría en la adultez, ahora es la juventud y aún la adolescencia la meta a alcanzar. El ideal adolescente se impone y exige a los adultos a estar lo más cerca posible a ese ideal colectivo, complejizando el proceso de duelo que se juega en este periodo.

En este sentido, se produce una tendencia a la adolescentización social, que se corresponde con la devaluación de la noción de proyecto, trayendo como consecuencia una búsqueda centrada en el presente, donde la sociedad de consumo ofrece un sin número de alternativas que buscan la gratificación inmediata, haciendo al adolescente víctima de una sobre estimulación constante. Esto genera que el tiempo transcurra a una mayor velocidad que en épocas anteriores, lo cual es reforzado por los enormes avances tecnológicos. Las nociones de pasado y futuro han ido perdiendo relevancia. Se ha producido un descrédito del futuro como guía, haciendo al adolescente es un habitante de puro presente (Sternbach, 2006).

Esta dificultad de pensar en el futuro, afecta la construcción de un proyecto que movilice

a los adolescentes más allá del propio presente. Esto puede provocar esa sensación de vacío, bastante característica de algunos adolescentes, la que requiere ser llenada por los diferentes objetos que el mercado ofrece para ir negando esa realidad de su existencia. Esta situación enmarcada por un entorno social que dificulta la elaboración de las pérdidas, envuelve la relación que los adolescentes sostienen con sus padres, complejizando el tránsito adolescente, lo cual afecta de modo significativo su proceso de subjetivación (Sternbach, 2006).

En ocasiones, los padres a veces no logran prestar atención a este proceso ya que las urgencias laborales, la exigencia del consumo, la necesidad de mantenerse vigente, asociado a las importantes reconfiguraciones familiares, donde son impulsados a modificar su posición al interior del grupo familiar, son elementos que van obstaculizando la adolescencia del hijo (Sternbach, 2006).

Por estas razones que estos aspectos de la temporalidad actual deben ser consideradas al momento de comprender el enfermar del adolescente en nuestros tiempos, donde pareciera que los padres viven en un mundo diferente, donde la autoridad patriarcal ha dejado su lugar para la primacía del consumo, de lo estético y del mundo tecnológico, generando esta sensación de vacío y soledad que muchos adolescentes manifiestan.

Parece pertinente, antes de profundizar en la temática del suicidio en la adolescencia, explicitar su relación con conductas autolesivas. Es relevante entonces diferenciar las autoagresiones de las conductas suicidas, ya que el sentido que ocupa para los adolescentes que se hieren, no es el de terminar con sus vidas, sino que cumple una función afectiva de distinta naturaleza (Zamorano, Navarro & Sotta, 2008).

Ambos fenómenos, desde la práctica clínica, son posibles de observar que van en aumento y que en muchas ocasiones son síntomas que no son reconocidos por la familia. Para Conterio y Lander (1998) los cortes son el mudo testimonio de las emociones y pensamientos de estos adolescentes, que al igual que un intento suicida, puede interpretarse como un pedido de ayuda o como una forma de aliviar el dolor emocional y la sensación de descontrol e impotencia que sienten a partir de los problemas que tienen que afrontar. En este sentido, algunos autores señalan que en las automutilaciones su fin es buscar el alivio de la tensión, por lo que no tiene como objetivo la intención de muerte, por lo tanto no es un acto suicida. Sin embargo se ha observado también, que algunos adolescentes que comenzaron con autoagresiones, pueden realizar reales intentos de suicidio, es decir se puede dar una patología mixta o pensarse también en un continuo

que puede comenzar con una autoagresión y terminar, por la mantención de las dificultades, en ideación o intento suicida (Stanley, Gameroff, Michalsen & Mann, 2001).

2. El suicidio en la adolescencia

2.1 Definición:

Del latín, la palabra “suicidio” donde *sui*: “sí mismo” y *caedere*: “matar”, da cuenta de un hecho humano transcultural y universal, que ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad (Páez, 2014).

Desde la sociología, los planteamientos sobre este tema son expuestos por Durkheim (2006) en su obra *El suicidio: Estudio de sociología*, publicada originalmente en 1897, siendo uno de los referentes ineludibles en el estudio del fenómeno, ya que fue capaz de mostrar de qué manera lo aparentemente más personal, íntimo, psicológico, era un hecho también socioestadístico que podía estudiarse y explicarse sociológicamente. Es decir, permitió la constitución teórica del suicidio como problema social. Para Durkheim, el suicidio es todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la propia víctima sabiendo que debía producir ese resultado, por lo tanto lo que define al suicidio es la muerte prevista mediante la realización del acto que la conlleva, bien fuera de manera inmediata o dilatada, pero con igual resultado fatal.

Es así como el suicidio ha sido definido y descrito de múltiples formas a lo largo de los años. Debido a la gran cantidad de definiciones, la Organización Mundial de la Salud lo ha conceptualizado como “el acto deliberado de quitarse la vida”, y señala que “es un acto de violencia, el cual genera para los individuos, las familias, las comunidades y los países, graves consecuencias, tanto a corto como a largo plazo, provocando efectos perjudiciales en los servicios de atención de salud” (OMS, 2000).

Considerar estas definiciones a lo largo del tiempo, también habla de construcción. Sin ser exhaustivas, permiten ir organizando y orientando el objeto de estudio de esta investigación, siendo el punto de partida que será enriquecido con las particularidades y los diferentes contextos en los que se desenvuelven los/as adolescentes entrevistados.

En los últimos años, se ha comenzado a hablar de “espectro suicida” o “proceso suicida”, el cual se refiere a un continuo amplio de autodestructividad que abarca desde la ideación suicida pasiva o deseos de muerte, hasta el suicido consumado. Esta conceptualización amplía la visión

más tradicional del suicidio como una manifestación de psicopatología, al relevar los factores dimensionales. Enfatizando así el proceso interaccional del desarrollo donde son relevantes el contexto emocional, cognitivo y social en esta problemática (Casullo, Bonaldi & Fernández, 2000). Este proceso, continuo y dinámico, va desde la aparición del sentimiento de desesperanza hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento suicida.

Esta noción de proceso da cuenta de un acto particular en la cual se visualiza la trama de la historia de la persona, tanto sus condiciones biológicas, su estado emocional, sus afectos y esperanza (o la falta de ella), sus deseos, ambiciones, relaciones interpersonales, maneras de resolver conflictos, proyectos, su historia, es decir, los elementos que se entrelazan en un momento, siendo muchas veces lo más visible lo que desencadenó esta decisión. (Martínez, 2007)

2.2 Caracterización del proceso suicida en la adolescencia:

Al momento de comprender la conducta suicida en adolescentes, es necesario considerar que por debajo de los 15 años, el suicidio es relativamente poco frecuente (World Health Organization, 2011), aunque cuando se produce tiene un gran impacto familiar y social.

La conducta suicida puede aparecer, por ejemplo, en forma de episodios transitorios en los que se produce una constricción del campo psíquico, magnificándose los afectos y alterándose el enjuiciamiento de la realidad (Almonte, 2013; Rutter et al., 2008). O también, puede asociarse lo que se denomina “ausencia de futuro” o desesperanza, a la inexistencia de un proyecto de vida y a la falta de reconocimiento de un espacio dentro de la sociedad (Rutter et al., 2008).

En este sentido, en la adolescencia, el suicidio está relacionado con características propias de esta etapa del ciclo vital, como dificultades en el manejo de impulsos, baja tolerancia a la frustración y la tendencia a reaccionar polarizadamente, en términos de “todo o nada” (Almonte, 2013).

Es importante considerar que existen factores dentro de la historia del adolescente que al conjugarse con determinadas situaciones pueden contribuir a que se manifieste algún tipo de conducta suicida. Se debe entender que la conducta suicida no siempre es la consecuencia ante un problema, sino a la acumulación de situaciones o eventos negativos a lo largo de la vida, que terminan agotándolo y restándole su habilidad para manejar y tolerar la tensión, pérdidas, frustraciones y disgustos (Rutter et al., 2008; Shaffer & Pfeffer, 2001).

En cuanto a la prevalencia de la conducta suicida en Chile, es posible mencionar que en un estudio realizado por Salvo y Melipillán (2008) se encontró que en los últimos doce meses, 19,1% de 763 estudiantes de la Comuna de Chillán de enseñanza media había intentado suicidarse y de ellos, el 50% había realizado dos o más intentos de suicidio. Otra investigación realizado con estudiantes entre 14 a 19 años en la Región Metropolitana, se encontró una prevalencia de vida de un 19% para el intento de suicidio y 62% para la ideación suicida (Ventura-Juncá et al., 2010).

A pesar de estas alarmantes cifras, tanto en nuestro país como a nivel mundial, el suicidio sigue siendo un fenómeno complejo, con múltiples aristas y abordajes desde distintas disciplinas, por lo que se intentará en esta revisión dar cuenta de una visión no determinista en su causalidad, pero que si permita comprender los distintos esfuerzos realizados para comprender el significado de esta conducta.

Como se ha planteado anteriormente, la vida del adolescente es hoy más compleja, y sus distintos entornos también lo son. Muchas de las manifestaciones esperadas en esta etapa se hacen cada vez más estridentes a los ojos de los demás, dando cuenta también de un estado de malestar importante de escuchar. El aislamiento, la poca estima, la soledad o la exposición a la calle, y la búsqueda de estrategias para manejar los afectos, genera en el/la adolescente un mayor estado de vulnerabilidad ante situaciones de riesgo para su salud y vida.

Se ha observado también, la búsqueda de satisfacción para evitar este malestar que produce la vida cotidiana, suponiendo que cualquier cosa es mejor que el diario vivir. Por lo general, los ambientes familiares están abandonados de figuras adultas referentes, en algunos casos presentan malas condiciones habitacionales, dificultades en la comunicación entre padres e hijos y/o violencia familiar. Esto va generando en los adolescentes sentimientos de estrés, confusión, angustia en la medida que se ven enfrentados a este contexto, apareciendo la idea del suicidio como una vía de solución a esta angustia, con frases como “mi familia estaría mejor sin mí”, “ya no voy a seguir siendo un problema para ustedes” (Páez, 2014). Estas frases que se convierten en un dialogo muchas veces externo con los otros o también interno, van articulando la idea de no seguir viviendo.

Investigadores Latinoamericanos (Carmona, Tobón, Jaramillo & Areiza, 2010), dan cuenta en sus estudios con niños y adolescentes, la observación de momentos en la construcción del plan de acción suicida, y que permite tener una mirada sobre el proceso suicida en

adolescentes: la emergencia de la idea o intención, la construcción del intento, la verbalización, las advertencias o amenazas y la elección del método y lugar.

- *Emergencia de la idea o intención:* Son tres los contextos más frecuentes con los que se asocia la emergencia de la intención de quitarse la vida. El más importante es el de las interacciones familiares; en segundo lugar, los vínculos con otros significativos externos a la familia; y, finalmente, el vínculo consigo mismos.

- *Construcción del intento:* Un aspecto importante en el itinerario de la construcción del intento de suicidio en adolescentes, hace referencia a la presencia o ausencia de otras personas como destinatarios, acompañantes o coautores del mismo. Así, los autores destacan la construcción y realización solitaria del intento de suicidio, construcción y realización con el apoyo de un par, suicidio pactado y realizado entre dos y los suicidios colectivos de púberes y adolescentes.

- *La verbalización y advertencias/amenazas en el proceso de construcción de la acción:* Una vez se han creado las condiciones para que emerja la ideación del intento de suicidio, puede encontrarse que, en muchos casos, los adolescentes verbalizan de una u otra manera la intención de acometer el acto. En ocasiones lo hacen como amenaza, en otras como reto, algunas veces como llamado de atención frente a algo que no ha sido discutido o en lo que no han sido escuchados, también como forma de protestar o manifestar su desacuerdo, pero, en todas ellas, es posible detectar que la idea está en marcha. También se encuentran actuaciones en las cuales, aun en ausencia de las palabras, expresan de manera no verbal la intención que crece en ellos, ya sea por medio de cambios drásticos en su comportamiento habitual, fracaso escolar, aislamiento o incluso lesiones a su propio cuerpo.

- *Los métodos y lugares utilizados:* los investigadores encontraron una diversidad de métodos en la realización de los intentos. Los resultados obtenidos, muestran un porcentaje mayor para la realización de incisiones con objetos cortopunzantes en diversas partes del cuerpo (en las venas, en el corazón, en el cuello, en los brazos), que se presentan en un 45.2% de los casos; la ingesta de pastillas y líquidos tóxicos sigue en segundo lugar, con un 26.9%; la asfixia o ahogamiento por presión de las manos o ahorcamiento tiene un 11.1%; la defenestración o saltos desde alturas, un 2.4%; y un 11.1% ha utilizado múltiples métodos. La elección de estos métodos se hace casi siempre porque el objeto se encuentra al alcance en el momento de la decisión, o por evitar el dolor. En cuanto a los lugares, los resultados encontrados, muestran que el 85.3% de los intentos fue realizado en la propia casa; entre ellos, el 31.8% lo hizo en la propia habitación. La casa de

un amigo ocupa el segundo lugar, con un 3.1%. El colegio y la calle tienen el mismo porcentaje anterior.

Otros investigadores latinoamericanos señalan, más específicamente, en relación a la construcción de la idea suicida, que ésta puede culminar por tres razones, que pueden ser pensados como caminos a transitar: *El acto suicida, el aplazamiento del acto suicida y la deconstrucción de la ideación suicida* (Páez, 2014), estos dos últimos serán presentados a continuación:

En relación al *aplazamiento del acto suicida*, mencionan que en la ideación suicida, el aplazamiento genera que el adolescente encapsule la ideación y continúe con su vida como si nada hubiera sucedido en su mente, esto también podría generarse luego de un intento. Sin haber resuelto ninguno de los conflictos se minimiza la situación con frases como “fue un momento de debilidad o locura”, continuando con sus actividades como el colegio o sociales.

Otra forma de encapsulamiento, es potenciada a raíz de la mirada del otro, donde las exigencias de un contexto que nada desea saber de lo que le pasa al que sufre. También porque este encapsulamiento, desorienta al entorno, generando el no tocar más la temática por temor a desencadenar el pensamiento suicida del adolescente. Esta situación puede durar semanas o meses, hasta que en algún momento, la acumulación de conflictos rompe este encapsulamiento y se potencia la idea de muerte. Este quiebre, libera los conflictos del pasado, presentificándolos y uniéndolos a los existentes en el presente, así esta tensión se agolpa en el cuerpo y mente del adolescente, donde nuevamente los pensamientos negativos llevan a la ruta de la desesperanza (Páez, 2014).

En relación a la deconstrucción, estos investigadores señalan que este camino tiene relación con desandar la construcción de la idea suicida a través de acciones de prevención, realizando un abordaje integral con la participación de diversos sectores e instituciones de la sociedad. Este aspecto será profundizado en el último apartado del marco teórico (Páez, 2014).

3. Factores Biosopsicosociales en la conducta suicida en adolescentes:

Como se ha mencionado, el comportamiento suicida en adolescentes constituye un problema complejo, con múltiples causas interrelacionadas, e independiente de la hipótesis que se utilice para comprenderlo, parece fundamental entenderlo como un proceso inserto en un contexto social, biológico y psicológico que varía a lo largo del curso de vida (Ayuso-Mateos et al., 2012).

En esta investigación se desea rescatar también la referencia a los contextos vinculares en los que emergen las acciones de los sujetos, interrogando el papel de los grupos de pertenencia, particularmente la familia, las instituciones educativas y los demás grupos de filiación de los adolescentes, como factores de riesgo y de protección (Carmona et. al, 2010). En este sentido, entre los esfuerzos realizados por distintos investigadores por entender y profundizar en este comportamiento, se ha buscado definir aquellos factores que suelen estar relacionados a los riesgos de cometer un suicidio y, a si también, aquellos elementos que podrían, por el contrario, constituirse en protectores del riesgo de tal comportamiento (Fowler, 2012).

A continuación se presentaran los principales factores de riesgo y protectores, investigados y descritos en la literatura:

3.1 Factores de riesgo

3.1.1 Factores individuales:

Más del 90% de los adolescentes que se suicidan, presentaban algún tipo de trastorno mental en el momento del suicidio, y se estima que más del 50% presentaron un trastorno mental en los 2 años previos al suicidio. Esto es así para los adolescentes de mayor edad (sobre 15 años), aunque parece que en adolescentes más jóvenes las tasas de psicopatología en el momento del suicidio podrían ser menores (aproximadamente el 60%) (Shaffer & Pfeffer, 2001; Steele & Doey, 2007). Se ha visto también que presentar desesperanza, sentimiento que aparece habitualmente asociado a trastornos del ánimo y otras entidades psicopatológicas del espectro afectivo, tiene un importante relación con la conducta suicida (Martínez, 2007).

Las formas más comunes de alteraciones psicopatológicas asociados al suicidio son:

Algunas formas de trastornos del ánimo, que en hombres comúnmente se asocia a trastornos de la conducta o consumo de sustancias. Existe gran evidencia para apoyar una fuerte relación entre depresión y conducta suicida (Larraguibel, González, Martínez, & Valenzuela, 2000; Rutter et al., 2008; Salvo & Melipillán, 2008). El trastorno depresivo sería el más prevalente entre adolescentes víctimas de suicidios, siendo de todas maneras, más prevalente en víctimas de sexo femenino que masculino (Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003). La desesperanza sería un importante mediador entre la depresión y la conducta suicida (Rutter et al., 2008).

Abuso de sustancias y/o alcohol, particularmente en hombres mayores de 15 años. La

comorbilidad entre estos distintos trastornos es muy común. Múltiples estudios de conducta suicida muestran correlaciones significativas entre abuso de sustancias, conductas antisociales e intento de suicidio (Larraguibel, González, Martínez, & Valenzuela, 2000). Es importante considerar que clínicamente, puede ser difícil establecer si el abuso de sustancia precede o sigue a los problemas de salud mental que generan las conductas suicidas (Rutter et al., 2008)

La ansiedad, particularmente cuando aparece con la depresión, fue más fuertemente asociado con intentos de suicidio que a las muertes por suicidio. Los ataques de pánico se han asociado con un mayor riesgo de ideación suicida (Rutter et al., 2008). Puede plantearse que la ansiedad asociada a un cuadro clínico de ideación suicida crea un particular sufrimiento al estado psicopatológico infantil, jugando de esta manera un rol amplificador en el desarrollo y/o la mantención de la ideación suicida (Larraguibel, González, Martínez, & Valenzuela, 2000).

En cuanto a las variables psicológicas, se ha visto que la desesperanza, pensamiento dicotómico (todo o nada), los sesgos negativos en relación al futuro y un locus de control externo; estarían asociados a conductas suicidas en esta etapa vital. La irritabilidad y la impulsividad, también han sido fuertemente asociadas con suicidio en hombres jóvenes (Rutter et al., 2008; Salvo & Melipillán, 2008). En este sentido, el intento de suicidio en los adolescentes, a veces surgiría como una reacción impulsiva ante un estado emocional intolerable, caracterizada por una alta reactividad emocional ante situaciones del entorno, por un deficiente control cognitivo y por la incapacidad de generar soluciones alternativas (Swann et al., 2005; Dour, Cha & Nock, 2011).

La inhibición emocional también estaría altamente relacionada con la sintomatología depresiva, y con la ideación y conducta suicidas (Jacobson, Marrocco, Kleinman & Gould, 2011), así como el estrés agudo y la interacción de éste con el perfeccionismo, como por ejemplo, pensar que los demás esperan que sean perfectos y no toleraran fallos (O'Connor, Rasmussen & Hawton, 2010). El déficit en las habilidades de solución de problemas es un factor de riesgo, pero su relación con la conducta suicida parece estar mediada por la presencia de depresión y de desesperanza (Speckens & Hawton, 2005).

Con respecto al género, se ha encontrado que si bien los factores de riesgo para ésta son los mismos para hombres que para mujeres (trastornos del ánimo, pobre comunicación parental e intentos de suicidio previos), el suicidio consumado es mucho más común en hombres que en mujeres, la ideación suicida y los intentos de suicidio más prevalentes en el género femenino

(Larraguibel, González, Martínez, & Valenzuela, 2000; Shaffer & Pfeffer, 2001). Esto resulta coherente con la incidencia de la conducta suicida segregada por género en todas las edades, siendo el suicidio consumado 5 veces mayor en hombres que en mujeres. Una de las explicaciones que podría señalarse es que las mujeres en general eligen métodos más pasivos para autoeliminarse, tales como las sobredosis, en comparación con los predominantemente empleados por los varones, como las armas de fuego y el ahorcamiento, los hombres tienen mayor prevalencia de alcoholismo (Larraguibel, González, Martínez & Valenzuela, 2000; Rutter et al., 2008; Shaffer & Pfeffer, 2001).

Otra variable a considerar es que la suicidabilidad aumenta con la edad (Larraguibel, González, Martínez, & Valenzuela, 2000; Shaffer & Pfeffer, 2001), el suicidio antes de los 15 años es inusual. Se plantean algunas explicaciones al respecto. A menor exposición al estrés y factores de riesgo: los adolescentes tempranos son aún en parte dependientes de sus padres, lo que les provee mayor apoyo emocional y social; a menor edad menor tasa de prevalencia de trastornos del ánimo, y a factores madurativos, donde la capacidad de planear y llevar a cabo un acto suicida requiere un nivel de maduración no alcanzado por niños o adolescentes tempranos (Larraguibel, González, Martínez, & Valenzuela, 2000).

Un factor de riesgo relevante en la conducta suicida, en particular para el suicidio completado, es la historia de intentos suicidas previos, constituyéndose en un fuerte predictor de suicidio consumado, sobre todo dentro de los 6 meses siguientes al primer intento, dando un riesgo particularmente alto para los niños y menos elevado para las niñas (Gould et al., 2003; MINSAL, 2013; OMS, 2000).

3.1.2 Factores familiares:

Algunos estudios comunitarios longitudinales han demostrado que las dificultades en las relaciones entre padres e hijos, entre ellos los relacionados con problemas de apego donde los hijos perciben bajos niveles de cuidado parental, se relaciona con un mayor riesgo de suicidio e intentos de suicidio en niños/as y adolescentes (Florenzano et al., 2011; Rutter et al., 2008).

Los autores (Gould et al., 2003; Shaffer & Pfeffer, 2001) coinciden en señalar que las relaciones dañadas en la familia, con predominio de hostilidad, rechazo y críticas al adolescente o desinterés por sus problemas, y familias con alteración en su dinámica, es decir, violencia intrafamiliar desintegradas o disfuncionales, y con antecedentes de psicopatología como

depresión, ansiedad y trastornos psicóticos, aumentan el riesgo de conducta suicida en adolescentes. Se agregan también, separación conflictiva de los padres, modelos inadecuados de crianza o problemas de comunicación (Villa et al., 2009).

Por su parte, los antecedentes familiares de suicidio son un reconocido indicador de mayor riesgo de suicidio en sus miembros. Así, el suicidio juvenil es cinco veces más alto cuando existe una madre con suicidio consumado en la historia vital del joven y dos veces más frecuente cuando existe un padre con suicidio consumado (Shaffer & Pfeffer, 2001).

También se ha encontrado que muchas familias sin presentar situaciones de violencia y por el contrario, se muestran como ideales de familia, presentan en sus formas más íntimas de relación, distintas exigencias, como ser el mejor alumno o mejor deportista, que aunque el entorno evalúe a primera vista que el adolescente lo tiene todo, en realidad sin su deseo, no tiene nada. Así, en esta dinámica de sobreexigencia, algunos padres no valoran los deseos, capacidades habilidades o aptitudes que hacen ser a los adolescentes ser diferentes (Páez, 2014).

Así se encontró, sin llegar a ser determinantes, ciertas dinámicas en adolescentes que presentaron ideación suicida y que el entorno no encontró explicaciones a dicha decisión:

- Adolescentes que desde muy pequeños aprendieron a no manifestar sus emociones, por temor a defraudar o generar molestia en el otro.
- Adolescentes que se convirtieron en hijos y alumnos modelos, no permitiéndose el error como posible resultado.
- Y adolescentes que cumplen o acatan cualquier pauta o norma en distintos ámbitos, como familia escuela o grupo de amigos.

3.1.3 Otros factores:

Por último, es relevante hacer mención a los factores de riesgo contextuales y ambientales más frecuentemente asociados a conducta suicida en niños, niñas y adolescentes, donde se encuentran los problemas escolares, principalmente el fracaso escolar; el efecto de contagio o imitación que se refiere al impacto de los medios de comunicación como influencia en adolescentes suicidas (Rutter et al., 2008) y la no regulación de armas de fuego y/o medicamentos, pues muchos suicidios consumados son llevados a cabo de forma impulsiva, usando los medios que se tienen a mano (Gould et al., 2003).

En los ámbitos escolares también existen dinámicas vinculares que pueden contribuir con

el fenómeno de la exclusión de ciertos adolescentes. La más notoria, es el llamado *matoneo*, que consiste en la conformación de pequeños grupos que eligen víctimas sobre las cuales ejercen diferentes tipos de violencia física y simbólica. Esta dinámica, con la gravedad y si es visible, facilita en algunos casos tomar medidas, sin embargo, algo muy distinto ocurre cuando el fenómeno de agresión y victimización no tiene esta dimensión tan expresa, sino que es agenciada por el grupo de compañeros y es fomentado o tolerado por los docentes, sin manifestaciones detectables ni sancionables, simplemente como algo que acontece bajo la forma de pequeñas agresiones simbólicas cotidianas, como la burla, el apodo denigrante, el gesto humillante, la injusticia cínica, etc. (Carmona et al., 2010). Por la dificultad para visualizarlo, este tipo de fenómenos puede ser un factor de riesgo más serio que el matoneo mismo.

La experiencia de abuso físico y sexual tiene como resultado una alta incidencia de conducta suicida en la adolescencia. Circunstancias biográficas como las señaladas pueden dificultar la adquisición de competencias sociales, que a su vez también constituyen factores de riesgo de suicidio. De uno u otro modo, el maltrato y/o el abuso son factores de riesgo muy importantes, tanto para el inicio como para la persistencia de la conducta suicida, especialmente en la adolescencia (Evans, Hawton & Rodham, 2005).

3.1.4 Factores desencadenantes

Entre algunos factores de riesgo que pueden anteceder a la conducta suicida y actuar como factores precipitantes se encuentran los acontecimientos vitales estresantes, las crisis con los padres/conflictos familiares, factores psicológicos/personales, problemas con el grupo de pares y las dificultades escolares (Steele & Doey, 2007).

3.2 Factores protectores y disuasores de la conducta suicida en adolescentes

Se describe en la literatura que los factores protectores del riesgo de suicidio más comúnmente aceptados podrían dividirse en aquellos propios del individuo y los propios del entorno. Así, entre los primeros podemos incluir las actitudes y valores en contra del suicidio, como sería el concepto del valor de la propia vida. Además, las habilidades sociales, el manejo de la ira y la capacidad de resolución de problemas, confianza en si mismo, capacidad para pedir ayuda y tolerancia frente a los cambios, favorecen la decisión de no suicidarse (Gould et al., 2003).

Otras variables relacionadas con la protección son el cuidado y búsqueda de la salud mental y somática, las creencias religiosas que desapruében el suicidio, el temor al dolor y las conductas de riesgo, la presencia de esperanza y optimismo, el autocontrol de la impulsividad, la alta autoestima, las estrategias de afrontamiento adecuadas y la alta resiliencia (Brooke, 2002). Por último, algunos autores han considerado que el contar con un sentido de vida y sentimiento de trascendencia, puede ser un potente factor protector ante el suicidio (Cervantes & Melo, 2008).

Entre los factores ambientales destacan la existencia de una red social y familiar adecuada, la participación social, la accesibilidad a los dispositivos de salud, un ambiente estable y las restricciones a la hora de adquirir armas o medicaciones potencialmente letales (Rutter & Behrendt, 2004).

Considerando la idea de proceso suicida, donde los primeros indicios son de desesperanza y luego la aparición de ideación suicida, los expertos proponen que para pensar en la prevención del suicidio el objetivo debe centrarse entonces en la atención de las diversas manifestaciones de dicho comportamiento, como ya se ha mencionado, ideación, amenazas, gestos suicidas y/o tentativas de suicidio (Chávez-Hernández, Medina Núñez & Macías García, 2008). Así, comprender el por qué un adolescente se detiene en algún punto de aquel continuo, puede generar la posibilidad de utilizar los elementos que lo han disuadido de cometer suicidio.

A continuación se abordará estos factores disuasivos, siendo uno de los más investigados las razones para vivir, a través de estudios internacionales y nacionales sobre estos elementos protectores en población que ha presentado algún momento de este proceso suicida.

En una aproximación a grupos de minorías raciales en Estados Unidos, Tran et al. (2015) investigó en estudiantes asiáticos de escuelas y universidades que habían experimentado ideación suicida grave en los últimos 12 meses, pero no habían intentado suicidarse. Los resultados revelaron narrativas sobre los siguientes factores protectores:

- Deseo de no herir o ser carga para otros: donde se destaca la importancia de la familia, así como la necesidad de anteponer las necesidades de otros. Los participantes compartieron que aunque habían pensado seriamente terminar con sus vidas, estaban preocupados por las consecuencias emocionales y financieras que pudieran generar en otros.

- Apoyo social: Señalan como influencia positiva la asistencia de otro durante una crisis suicida y como los protege de la progresión a un intento de suicidio o la muerte. Esto incluyó la familia, amigos, parejas y mentores.

- **Confianza en sí mismo:** Hacen referencia a la fuerza de voluntad, el autocontrol y la moderación, así como la creencia en la capacidad de resolver la angustia emocional realizando un esfuerzo consciente para centrarse en el pensamiento racional y el control emocional.
- **Insight y Significado:** Se refiere a experiencias de visión personal, la toma de significado y la realización de un propósito o proyecto para vivir.
- **Miedo:** Algunos participantes indicaron que el miedo fue fundamental en la prevención de un intento de suicidio. Estos temores incluyen ansiedad, temor ante el dolor físico desconocido de una autolesión y que luego de un intento fallido se genere alguna discapacidad o desfiguración.

En un segundo estudio, realizado por Wang, Wong, Tran, Nyutu y Spears, (2013), se exploró el papel de factores de protección como son la cosmovisión, apoyo familiar y amistades, soporte social y otras razones para vivir, de estudiantes universitarios estadounidenses afroamericanos. Los resultados indicaron que estos factores ejercen efectos protectores indirectos sobre conductas suicidas a través de sus asociaciones negativas con síntomas depresivos. Específicamente, encontraron que las relaciones familiares y las autoevaluaciones positivas fueron las dos razones más significativas para mantenerse con vida, no así el grupo de amigos.

En cuanto a investigaciones desarrolladas en nuestro país, es posible mencionar un estudio cualitativo diseñado para indagar la experiencia de riesgo suicida en 20 pacientes hospitalizados, entre 17 y 60 años de edad, durante el año 2010, por intento o ideación suicida (Morales et al., 2014). Dentro de los factores protectores que los entrevistados destacan, es posible mencionar, los vínculos de calidad, donde se sientan acogidos, comprendidos, y donde puedan pedir y recibir ayuda. Contar con la posibilidad de compartir con seres queridos, hablar de los problemas y comprender lo que les ocurre, alejaría de los pensamientos suicidas. En el relato de la experiencia durante la hospitalización los pacientes refieren lo importante que fue darse cuenta del impacto de su conducta en sus seres queridos, ya que esto los llevó, por un lado a sentir arrepentimiento y deseos de reparación; y por otro lado, a sentirse comprendidos y apoyados por los familiares (Morales et al., 2014).

Concluyen estos investigadores que la intervención familiar parece fundamental y no sólo por el paciente, sino también porque la familia en su conjunto se encuentra en crisis. Con la familia resulta importante favorecer y contener la expresión de lo que significó el acto suicida para cada uno de los miembros. Asimismo, el paciente puede tener la oportunidad de percibir la importancia que él tiene para los otros miembros de su familia. Estos cambios favorables y

aspectos protectores, se entrelazan con otros elementos que emergen como claves en la recuperación, los que son: sentir esperanza que las cosas puedan cambiar y encontrar un nuevo sentido de vida (Morales et al., 2014).

El otro estudio realizado, incluyó una muestra de pacientes desde los 13 años (adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores) de nivel socioeconómico (NSE) medio-alto, hospitalizados en un centro especializado en atención psiquiátrica en Chile, seleccionados por conveniencia. Se utilizó la Escala Reasons for Living (Linehan, Goodstein, Nielsen & Chiles, 1983) que, aunque no está validada en Chile, se realizaron los procedimientos de traducción del inglés al español, aplicando una prueba de correspondencia bidireccional de idiomas con personas bilingües y posteriormente, una evaluación de la comprensión de los ítems (Echavarrí et al., 2015).

Los resultados arrojaron que los motivos que son de mayor importancia para no suicidarse, en todos los grupos, se refieren a la preocupación y afecto por la familia y a la importancia de tener personas que lo estimen y ayudarían. Se observó que en muchos de los casos en que el paciente se hospitalizó por ideación suicida, la presencia de un tercero que percibió el riesgo y actuó preventivamente, fue crucial para impedir que ocurriera un intento de suicidio, reafirmando la importancia de una buena red de apoyo como factor protector, tanto por su contribución a la percepción del sujeto de sentirse protegido y como por el valor preventivo que pudiera tener la intervención de un cercano que identifique a tiempo una conducta suicida inminente (Echavarrí et al., 2015).

Otro estudio realizado en nuestro país por Martínez, Gálvez, Quiroz, Vicencio y Tomicic (2014), donde a través de una investigación cualitativa, se buscó identificar factores disuasores en el proceso suicida, de modo de comprender la manera como una persona decide no cometer suicidio. Se entrevistaron a diez individuos que estuvieron hospitalizados con motivo de una crisis suicida. A través de un análisis autobiográfico observaron la presencia de disuasores racionales/morales, los que corresponden a argumentos de orden moral, espiritual, religioso o con algún nivel de racionalidad para la idea de suicidio como una posibilidad; disuasores relacionales, los que se asocian con focalizar la atención en vínculos significativos que rescatarían al sujeto en una situación de crisis y de ideación suicida; disuasores contextuales o azarosos, los que corresponden a eventos aleatorios o circunstanciales que operan como distractores o removedores del sujeto y que los aleja del acto suicida.

Uno de los últimos estudios realizados (Morales, et al., 2016) que profundiza en factores de riesgo y protectores de la conducta suicida, comparando 676 consultantes a salud mental con cuadro depresivo, con y sin riesgo suicida, encontraron que el grupo sin conducta suicida mostró una experiencia y expresión de la rabia más funcional y más importancia a más razones para vivir. El subgrupo con ideación suicida mostró mayor disfuncionalidad en sobrecontrol de la rabia. Se destacan como razones para vivir el no querer dañar a los hijos ni causar sufrimiento a la familia. También se resalta como factor protector la creencia en las propias capacidades de afrontamiento.

Es importante mencionar que la mayoría de los estudios revisados, examinan factores protectores en población clínica hospitalizada y sin el foco en la adolescencia como periodo distintivo, en su complejidad, del ciclo vital. De ahí la relevancia de indagar desde una metodología cualitativa la problemática de este grupo etario en particular, contribuyendo a un abordaje comprensivo que acerquen al mundo interior del adolescente, ya que tales estudios no existen aún en nuestro país.

4. Intervenciones preventivas de la conducta suicida en adolescentes.

4.1 Lineamientos Internacionales y Nacionales:

En relación a las políticas públicas internacionales, se conoce que 28 países tienen hoy estrategias nacionales de prevención del suicidio. Una estrategia nacional enuncia el compromiso claro de un gobierno con relación al problema del suicidio (OMS, 2000).

Entre las iniciativas a escala mundial, se encuentra el proyecto de la OMS denominado SUPRE-MISS. Este programa consiste en una evaluación detallada en 18 lugares diferentes de los factores asociados a la conducta suicida, además de la aplicación de una intervención psicoeducativa para los pacientes que hubieran tenido un intento de suicidio, lo cual permitió la realización y difusión de una serie de documentos que ofrecen información, recomendaciones, pautas y guías de acción para la detección, prevención y tratamiento de la conducta suicida y se dirigen a grupos sociales y profesionales específicos, particularmente relevantes en la prevención del suicidio entre ellos los docentes (OMS, 2000).

En Uruguay, en el 2011 se comienza a implementar el Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Sus ejes principales son: organización de la atención integral en salud mental; construcción de intersectorialidad y trabajo en red; sensibilización a la comunidad y educación a

la población en promoción de salud mental y prevención de suicidios; formación, capacitación y reorientación de recursos humanos para el abordaje de la prevención de suicidios; y desarrollo e implementación del sistema nacional de información (Ministerio de Salud de Uruguay, 2011).

Por su parte Argentina, genera un documento donde se explicitan los lineamientos para la atención del suicidio en adolescentes, destacando los aspectos legales en la atención del intento de suicidio en la urgencia y recomendaciones para un abordaje integral del intento de suicidio (Ministerio de Salud de Argentina, 2012).

Con respecto a los programas de prevención de suicidio en adolescentes en nuestro país, es posible mencionar que no existe un programa específico para prevenir el suicidio en este grupo poblacional, siendo el Programa Nacional de Prevención del Suicidio una iniciativa que no ha podido ser implementada en su mayor parte. Además, no se cuenta con estudios de programas de prevención en adolescentes, pese a la alta cifra de mortalidad por esta causa (Bustamante & Florenzano, 2013).

El Plan Nacional de Prevención del Suicidio tiene como objetivo fomentar competencias en la población para el autocuidado y la protección de estilos de vida y entornos saludables, con el propósito de reducir la tasa de mortalidad por suicidio en ambos sexos. Incorpora acciones para restringir el acceso a medios letales, fortalecer las capacidades organizativas y de autoayuda de las comunidades y sus líderes, potenciar la conciencia pública en torno al problema y valorizar la búsqueda de ayuda. Los sistemas de ayuda en crisis consistirían en líneas telefónicas, información en Internet, orientaciones técnicas, entre otras. Trabaja en conjunto con el sistema educativo, centrado en la convivencia, la resolución de conflictos y la violencia escolar (MINSAL, 2007).

4.2 Estrategias de prevención del suicidio en adolescentes:

Las estrategias de prevención del suicidio juvenil han sido principalmente implementadas dentro de tres dominios: la escuela, la comunidad, y los sistemas de saluden general. Además la mayoría tiene dos objetivos generales: la detección de casos y la reducción o tratamiento de los factores de riesgo (Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003)

Bustamante y Florenzano, (2013) tras una revisión de los programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos educacionales, señalan que para poder prevenir el

suicidio en forma efectiva, existe un consenso generalizado de que hay que implementar prácticas basadas en la evidencia, las cuales se clasifican en tres niveles:

Nivel indicado: para aquellos individuos que presentan un alto riesgo de cometer suicidio. Las intervenciones en este nivel son individuales y altamente especializadas, muchas de ellas con evidencia probada acerca de su efectividad como la farmacoterapia, la terapia cognitivo conductual o la terapia conductual dialéctica. *Nivel selectivo:* se dirige a determinados subgrupos poblacionales que pueden estar en un mayor riesgo, como por ejemplo, adolescentes escolares. *Y nivel universal:* se dirige a toda la población por igual.

Los resultados encontrados por estos autores dan cuenta que los programas que realizan prevención en establecimientos educacionales pueden clasificarse en tres tipos: Programas que incorporan psicoeducación sobre depresión y/o suicidio en los currículos escolares, entrenamiento a profesores o escolares en detectar adolescentes en riesgo (gatekeepers) y programas de pesquisa o screening para la detección de riesgo suicida. Concluyen mencionando que la mayor parte de los programas de prevención de suicidio en escolares buscan modificar los factores de riesgo de esta conducta con el objetivo de disminuir la suicidalidad en forma secundaria, y no las conductas suicidas en sí mismas. También se destaca que los programas que demostraron eficacia en la disminución de las conductas suicidas, incluyeron más de una intervención (psicoeducación, gatekeepers y screening) y no solamente a nivel escolar, sino a multinivel (Bustamante & Florenzano, 2013).

En una revisión realizada por un grupo de expertos internacionales, se observó una importante variabilidad sobre la efectividad en algunas estrategias y la escasez de datos existentes sobre la efectividad de la mayoría de intervenciones, así como las limitaciones del diseño de los trabajos, las dificultades de generalización, y las escasas replicaciones de los datos. Concluyen que las intervenciones preventivas normalmente usan una estrategia de amplio espectro, combinando intervenciones universales, selectivas e indicadas, y en distintos ámbitos y contextos. Recomiendan que las intervenciones deberían basarse en las características específicas de la población en la que se pretende prevenir la conducta suicida, por lo que si esos datos no están disponibles, el primer paso sería realizar estudios exploratorios en cuyos resultados puedan basarse posteriormente las indicaciones (Mann et al., 2005).

4.3 Estrategias de intervención preventivas desde la Atención Primaria:

Es posible mencionar que en el documento destinado a los profesionales de la atención primaria de la salud de la OMS, se considera estratégica la intervención preventiva desde la atención primaria, ya que por lo general es llevada a cabo por profesionales con un vínculo estrecho y prolongado con la comunidad, siendo articuladores con el sistema médico asistencial, en muchos casos se constituyen en la fuente de los primeros cuidados sanitarios para la población y, al estar insertos en las pautas culturales del lugar, son conocedores de las redes de sostén y de apoyo psicológico validadas por la población (OMS, 2000).

El profesional de la atención primaria ocupa un lugar clave como puerta de entrada a los cuidados de salud. En una investigación realizada en EE.UU. se observó que un 83% de las personas que cometen suicidio se habían contactado, durante el año previo, con su médico general de atención primaria y cerca del 66% lo habían hecho en el mes previo al suicidio (Luoma, Martin & Pearson, 2002). No obstante, también se ha visto que tanto la depresión como otros trastornos psiquiátricos son frecuentemente infradiagnosticados e infratratados en el ámbito de la asistencia primaria (Gould et al., 2003).

Para mejorar esto, varios países han puesto en marcha programas educativos dirigidos a profesionales de atención primaria, que tienen como objetivo mejorar capacidad diagnóstica y manejo terapéutico de la depresión (Mann et al., 2005). Otros autores reconocen este reciente énfasis en la detección de la depresión en atención primaria, pero sugieren la ampliación de directrices sobre mejores prácticas para incluirla detección del suicidio en la población adolescente, no sólo en la depresión, ya que el riesgo de suicidio también se extiende en otras condiciones de salud. Así, sólo la detección de la depresión no resulta ser adecuada para identificar de poblaciones de alto riesgo (Diamond et al., 2012).

En una investigación cualitativa, en donde se indagó sobre la percepción de familiares y amigos cercanos de pacientes que se habían suicidado, sobre la búsqueda de ayuda y consulta en centros de atención primaria, se encontró que los miembros de la familia y la red social inmediata, pueden jugar un papel clave en la determinación de si los individuos suicidas buscan ayuda en un centro de atención primaria. La mitad de la muestra había consultado en su último mes y muchos de ellos fueron persuadidos a hacerlo por un familiar o amigo. Se encontró que estar acompañado por un miembro de la familia también puede hacer que sea más probable que los problemas psicológicos sean revelados (Owens, Lambert, Donovan & Lloyd, 2005).

Se ha encontrado también que los jóvenes hombres consultan en menor medida al médico general antes de una muerte por suicidio, siendo esta situación un factor de riesgo particular, ya que son relativamente reacios a buscar el apoyo en los servicios de salud y también de revelarla angustia emocional a otro (Stanistreet, Gabbay, Jeffrey & Taylor, 2004). De esta manera, se sugiere que las estrategias de prevención deben considerar formas de alentar a los jóvenes a consultar a los centros de atención primaria, cuando experimentan angustia emocional o problemas relacionados con la salud mental o abuso de sustancias. Los investigadores indican que los profesionales de la atención primaria tienen un papel clave en la identificación de las personas en riesgo de suicidio, y hacen un llamado para que en la formación se sensibilice en problemas de salud mental y en especial en el manejo de conductas de riesgo (Stanistreet et al., 2004).

No se encontró en la literatura revisada investigaciones nacionales sobre intervenciones preventivas desde la atención primaria con adolescentes. Sí, se presentan orientaciones técnicas para equipos de atención primaria en la atención con adolescentes con problemas de salud mental como evaluación de riesgo suicida; detección de factores de riesgo; abordaje a través de intervención en crisis; flujograma de derivación e indicaciones de psicoterapia, farmacoterapia y hospitalización (MINSAL, 2009).

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir la construcción de significados que realizan los/as adolescentes, que asistieron a tratamiento por depresión a centros de atención primaria de salud (APS) y que presentaron en un inicio del tratamiento alto riesgo suicida, acerca de las razones y/o motivaciones para mantenerse con vida luego de ser dados de alta.

Objetivos Específicos:

1. Describir cómo se caracteriza el proceso suicida en adolescentes que presentaron alto riesgo suicida y que asistieron a tratamiento por depresión a centros de APS.
1. Describir los significados que los/as adolescentes construyen acerca de los recursos individuales para mantenerse con vida, luego de presentar alto riesgo suicida.
2. Describir los significados que los/as adolescentes construyen como apoyo social (personas significativas, instituciones como colegio, salud y redes comunitarias) para mantenerse con vida, luego de presentar alto riesgo suicida.
3. Describir la construcción que presentan de los/as adolescentes sobre su proyección hacia el futuro, luego de presentar alto riesgo suicida.

IV. MARCO METODOLÓGICO

1. Enfoque Metodológico:

Para esta investigación se utilizó una *metodología cualitativa*, ya que ésta se considera apropiada cuando se tiene poca información acerca del fenómeno de estudio en cuestión y cuando interesa conocer acerca y desde la propia perspectiva de los actores implicados (Denzin & Lincoln, 1994; Krause 1995). Por lo tanto, considerando los objetivos de la investigación, la perspectiva cualitativa ofrece un marco adecuado para el desarrollo de ésta. Además se utilizará un *enfoque fenomenológico*, el cual es considerado como el estudio de la experiencia del mundo, de la vida, de la cotidianidad y se abstiene de emitir juicios para abrirse así al significado implícito de la experiencia. Interesa la comprensión de los fenómenos dados a la conciencia y el estudio de la vivencia (Taylor & Bogdan, 1986).

Para Krause (1995) uno de los aspectos más importantes de este tipo de método es que el investigador se constituye en el elemento más relevante para la recolección y el análisis de los datos. Por tanto el investigador debe contar con una serie de características entre las cuales se señalan: ser flexible por lo inductivo de la investigación, deberá tener en cuenta la información previa con la cual cuenta antes de haber iniciado el estudio, para luego transformarla e integrarla con otras informaciones que pueden parecerle incongruentes. También se le exige estudiar en forma holística, evitando el reduccionismo de los sujetos y sus procesos. Por otra parte ser consciente de sus propias ideologías y preconcepciones acerca de los hechos a estudiar, teniendo en cuenta que siempre él o ella son parte a su vez de aquello que está estudiando. Por último, frente al tratamiento de los datos es necesario ser riguroso entre lo teórico, los datos que se presentan y su interpretación.

Los alcances de la investigación son de tipo *exploratorio y descriptivo*. Exploratorio, ya que se busca obtener información acerca de una temática escasamente investigada en nuestro país. Y descriptivo, ya que se pretende caracterizar las propiedades del fenómeno a estudiar (Hernández, Fernández & Baptista, 2006). El *diseño* de esta investigación es no experimental, aproximándose al fenómeno del riesgo suicida en adolescentes sin la manipulación de variables, sino que conservando el objeto de estudio lo más próximo a su contexto natural.

2. Participantes:

Se seleccionaron de un universo de adolescentes que participaron en el proyecto FONDECYT N° 11121637, que consideró como criterio de inclusión: adolescentes con depresión, con edades comprendidas entre 15 y 19 años de edad, los cuáles firmaron un consentimiento informado (más de 18 años de edad), y de los padres o tutores de los participantes menores de edad. La depresión se evaluó con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Steer & Garbin, 1998). Los adolescentes que calificaron diez o más puntos en el BDI, fueron invitados a una entrevista diagnóstica que incluyó el Kiddie-SADS-Presente y Lifetime entrevista Versión (K-SADS-PL) (Kaufman et al., 1997), con la finalidad de evaluar criterios diagnósticos para trastornos depresivos y para garantizar que no cumplan con los criterios de exclusión del estudio: riesgo suicida actual (requiere la atención hospitalaria) la psicosis actual, dependencia de alcohol o sustancias, o baja capacidad intelectual.

Para la muestra de esta investigación se trabajó con un muestreo no probabilístico, de tipo intencionado. Estuvo compuesta de 8 adolescentes, 4 hombres y 4 mujeres, entre 15 y 19 años que recibieron tratamiento por depresión en su centro de atención primaria correspondiente de la comuna de Puente Alto, entre los años 2014 y 2015.

Para la selección se define como *criterio de inclusión*: presentar en la escala de suicidalidad de Okasha (ver anexo 2), alta ideación suicida (evaluado al inicio del tratamiento) y luego de un seguimiento de mínimo 6 meses de ser dados de alta, bajo riesgo suicida. Los criterios de exclusión para esta investigación son los ya referidos en FONDECYT.

Tabla N°1

Caracterización de los participantes del estudio

	Seudónimo	Edad	Estudio alcanzado	Alta	N° intento suicida	Inicio Okasha Ptje.	Actual Okasha Ptje.
Participante 1	Daniela(D)	19	4to medio	2015	1	8	0
Participante 2	Jessica (J)	18	2do medio	2014	1	8	1
Participante 3	Pablo (P)	17	3ero medio	2015	3	11	4
Participante 4	Cristian (C)	19	4to medio	2014	1	8	1
Participante 5	Nicole (N)	19	Tec. superior	2014	1	8	0
Participante 6	Francisca (F)	18	1ero medio	2014	2	9	1
Participante 7	Marcelo (M)	16	2do medio	2015	2	10	2
Participante 8	Sebastián (S)	16	1ero medio	2015	1	6	1

3. Técnicas de Producción y Recolección de Datos:

Para evaluar el nivel de riesgo suicida en los adolescentes se utilizó la *escala de suicidalidad de Okasha*, la cual es autoadministrada, tipo likert, formada por 4 ítems, donde los tres primeros exploran ideación suicida y el cuarto consulta sobre intento de suicidio (ver anexo 2). Las respuestas de los ítems de ideas suicidas se recogen en una escala de frecuencia de categorías que se puntúa de 0 a 3 puntos para cada ítem: nunca, casi nunca, algunas veces, muchas veces. La sumatoria de estos tres ítems conforma el subpuntaje de ideación suicida, que puede oscilar entre 0 y 9 puntos. El ítem de intento de suicidio también se puntúa de 0 a 3 puntos según el número de intentos de suicidio: ningún intento, un intento, dos intentos, tres o más intentos. La puntuación total de la escala de suicidalidad se obtiene sumando el subpuntaje de ideación suicida más el puntaje del ítem de intento de suicidio. La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos. A mayor puntuación mayor gravedad (Salvo, Melipillán & Castro, 2009).

Para discriminar entre ideas suicidas con o sin riesgo de intento de suicidio Los autores Salvo, Melipillán y Castro, calcularon el punto de corte de ideación suicida en población chilena. Para adolescentes chilenos la escala de suicidalidad presenta una alta consistencia interna y homogeneidad. Logra discriminar adecuadamente entre adolescentes que han llevado a cabo intento suicida de aquellos que no. El punto de corte de la ideación suicida para determinar la presencia de intento de suicidio fue de 5 puntos, con una sensibilidad de 90% y una especificidad de 79% (Salvo, Melipillán & Castro, 2009).

Es posible mencionar que de los 8 adolescentes contactados para esta investigación, ninguno presentó alto riesgo suicida, ni indicadores clínicos de riesgo, por lo que no fue necesaria la derivación a atención psicóloga.

Para acceder a la construcción de significados que realizan los/las adolescentes, se utilizó la *entrevista en profundidad* que es conceptualizada como una conversación que busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de su experiencias (Álvarez, 2003). Esta técnica valida ante todo la experiencia de los sujetos y sus significados respecto a lo vivido, ofreciendo flexibilidad y dinamismo siendo adecuada en situaciones en las que la investigación depende de una amplia gama de escenarios o personas (Taylor & Bogdan, 1986).

En cuanto a la pauta de la entrevista semi estructurada y en profundidad que se realizó (Ver anexo 1), ésta se centraba especialmente en las experiencias de los/as adolescentes en cuanto

al proceso suicida, incluyendo preguntas abiertas acerca de su percepción del apoyo brindado en este proceso por las instituciones (familia, colegio, centro de salud, pares, etc.), cuáles fueron sus razones para dejar de pensar en la muerte como una posibilidad de solución a sus dificultades, así como también sus proyecciones y metas a futuro.

4. Técnicas de Análisis de la Información:

Para el análisis de la información recolectada a través de las entrevistas se utilizó la *Grounded Theory* (GT), propuesta por Glasser y Strauss en 1967. En relación a los objetivos de este estudio, la GT se configura como una herramienta apropiada para generar conocimiento en torno al objeto de estudio que se ha elegido, en este caso la construcción de significados acerca de las razones para vivir en adolescentes que presentaron alto riesgo suicida. Se realizó una codificación de los datos, que corresponde a la fragmentación de los discursos de los/las participantes, su conceptualización y luego articulación analítica (codificación abierta). A partir del análisis de las distintas categorías emergentes, surgieron propiedades que permitieron su clasificación y el establecimiento de relaciones entre estas, esto es, las categorías serán agrupadas en torno a ejes centrales que constituyeron el núcleo de estudio (codificación axial).

5. Procedimiento:

a) Fase 0: Aprobación del proyecto de Tesis por los comités de ética pertinentes. *b) Fase 1:* Contacto con centros de salud de atención primaria, donde se seleccionó desde la base de datos del FONDECYT, los participantes de acuerdo a criterios muestrales. La investigadora responsable explicitó y realizó el contacto con los potenciales participantes, así como también una reunión para lectura de convocatoria. *c) Fase 2:* Luego que el/la adolescente y su adulto responsable, autorizaron y consintieron su participación a través de firma de consentimientos y asentimientos, se aplicó nuevamente la escala de Okasha, para evaluar actual riesgo suicida, si fue bajo el riesgo observado, que ocurrió en todos los casos entrevistados, se realizó la entrevista en profundidad en forma individual. *d) Fase 3:* Se realiza el análisis integrado de la información obtenida de las entrevistas en profundidad y se efectúa la caracterización de la construcción de significados que realizan los adolescentes acerca de sus razones para mantenerse con vida, luego de presentar alto riesgo suicida.

6. Aspectos Éticos de la Investigación:

El proyecto de investigación fue aprobado por el *Comité de Ética en Investigación en seres humanos de la Facultad de Medicina Universidad de Chile* (ver anexo 6). Como esta investigación se encuentra inmersa en el proyecto FONDECYT N° 11121637, que ya fue aprobado por esta comisión, se envió una carta a este comité donde se explicitó que esta investigación está asociada a este proyecto. Además, también fue aprobada por la Unidad de Capacitación, Docencia e Investigación de la Corporación de Salud de Puente Alto, siendo respaldada también por la Directora del Área de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto.

Se plantea que esta investigación, es de relevancia social, al contribuir con conocimiento que puede generar oportunidades de superación o de solución a problemas, aunque no sea en forma inmediata y que el estudio es justificable, ya que los riesgos potenciales para los/as adolescentes son mínimos y los beneficios para éstos y para la sociedad son potencialmente altos. Así los beneficios potenciales exceden a los riesgos.

De igual forma, se consideró que al tratarse de una temática sensible para los adolescentes, tomar algunas determinaciones que permitieron resguardar los principios de cuidado, respeto y búsqueda del bienestar de los/as adolescentes, en cada una de las fases del estudio. Una vez contactados se entregó una descripción clara y detallada a los/las participantes y adultos responsables, de los contenidos relacionados con la investigación.

Se consideró regularizar los procedimientos de la investigación y la participación de los/las adolescentes a través del Asentimiento Informado (para menores de 18 años) (ver anexo 4) y el Consentimiento Informado (para mayores de 18 años) (ver anexo 3). En ellos se explicitó el carácter voluntario de la participación, el anonimato, el derecho a rechazar o suspender la participación y el derecho a conocer los resultados de la investigación.

Ningún/a participante presentó interferencia o importante malestar luego de la realización de la entrevista, por lo que no se debió suspender, ni tampoco ningún adolescente deseó retirarse de la investigación, por lo que no fue necesario coordinar una derivación a la red de salud.

V. RESULTADOS

La presentación de los resultados se realizará en dos partes: en primer lugar se presentarán los resultados descriptivos, que dan cuenta de los principales conceptos que emergieron desde los/as adolescentes en relación a los significados de la experiencia de su proceso suicida y sus principales razones para mantenerse con vida en la actualidad; y luego se presentan los resultados del análisis relacional que establece las principales interacciones entre las distintas categorías, o lo que es llamado categorización axial, que dará cuenta de cómo se origina la idea suicida en este grupo de adolescentes, así como también se realiza el proceso de disuasión de esta idea en los/las adolescentes que asistieron a tratamiento por depresión.

CATEGORÍAS EMERGENTES FRENTE AL PROCESO SUICIDA Y LAS PRINCIPALES RAZONES PARA MANTENERSE CON VIDA.

Estos resultados surgen de la codificación abierta de las 8 entrevistas realizadas, permitiendo generar un listado de categorías y subcategorías que emergieron hasta alcanzar el grado de saturación (Glaser & Strauss, 1967). Las categorías generadas en los relatos son: Malestar Adolescente, Percepción de apoyo social, Caracterización del proceso suicida adolescente, Percepción de los tratamientos recibidos por depresión y conducta suicida, Razones para mantenerse con vida y Visión actual.

A continuación se expondrán cada una de estas categorías, incluyendo citas extraídas desde las entrevistas realizadas para esta investigación. Estas entrevistas se citarán de la siguiente manera:

- Entrevista (E): corresponde al número de entrevista realizada desde donde se extrae esta información.
- Párrafo (P): corresponde al párrafo exacto desde donde se extrae esta cita.
- Nombre del entrevistado/a (Inicial): corresponde a la inicial del seudónimo utilizado para cada entrevistado/a.

1. Malestar adolescente

Esta categoría da cuenta de cómo el/la adolescente describe la experiencia de descontento frente a su realidad, visualizando las principales causas que originan este malestar, su expresión a través de síntomas, las estrategias que van utilizando para hacerle frente, así también cómo los otros van reaccionando al enterarse de su dolor.

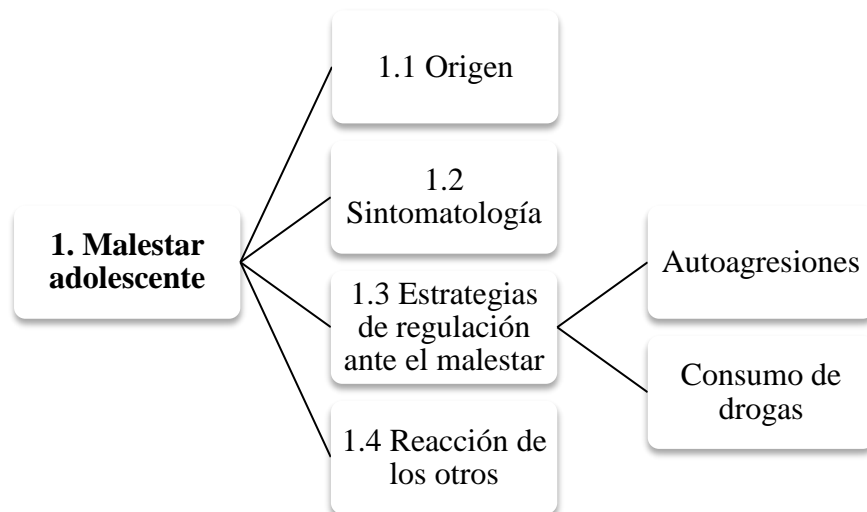


Figura N° 1. Esquema de clasificación jerárquica de la categoría “Malestar adolescente”.

1.1 Origen

Los/las adolescentes señalan distintas causales que dan inicio a su malestar, donde la mayoría da cuenta que esta sensación de disgusto es de larga data y se experimenta más bien en soledad.

“Hace como un año me empecé a sentir más mal, pero desde la básica que comenzaron los problemas, porque me hacían bullying y nadie se dio cuenta. Me molestaban porque era gordo y no podía decirle a nadie porque me amenazaban si decía algo” (E III, P 4, P).

Dentro de las causales más frecuentes encontradas se observa, separación conflictiva de los padres, con el consiguiente alejamiento del padre, así como también que la madre deba ingresar al medio laboral con una importante carga o que dedique tiempo a rehacer su vida de pareja, generando que el/la adolescente experimente estas pérdidas afectivas de manera muy intensa y dolorosa.

“Al principio pensaba que iba a ser para mejor, así hay menos peleas en la casa, pero tarde o temprano igual me hacía falta mi madre, porque a pesar de las cosas que nos decíamos igual era mi mamá y era la única persona que yo tenía cerca, porque...mi papá me dejó a los

siete años y no supe nunca más de él. Así que por un lado pensaba que mi mamá tiene derecho a rehacer su vida...pero sólo eran simples gestos lo que quería o que por lo menos me diera para los materiales, se desentendió completamente” (E IV, P10, C).

También aparece en los/las adolescentes haber experimentado hostigamiento escolar, duelos de figuras significativas, carencias económicas, así como también exposición a violencia intrafamiliar entre sus padres.

1.2 Sintomatología

Las principales expresiones de malestar dan cuenta de síntomas asociados al diagnóstico de depresión, por el cual ingresan a tratamiento en su centro de salud, lo que denota una expresión de un malestar que es más bien internalizante y que por lo mismo puede ser no es visto por los otros. También la mayoría de los/las adolescentes comentan hacen esfuerzos para no dar señales de su dolor. Dentro de los principales síntomas aparece la anhedonia, que va interfiriendo en las distintas áreas de los/as adolescente, tristeza, irritabilidad, hipersomnia/insomnio de conciliación, desánimo, pensamientos negativos de sí mismo y de la vida, inapetencia, rabia, angustia y aislamiento.

“Esta vez sí sentí mucha mucha pena, antes era más rabia y culpa, ahora lo último fue tristeza. Me levantaba a veces, si es que me levantaba y me despertaba enojada y no le hablaba a nadie” (E I, P13, D).

“Perdí el interés en varias cosas, además de no querer juntarme con mis amigos, antes tocar guitarra me encantaba o jugar con mis amigos en el computador, pero después nada” (E III, P 38, P).

1.3 Estrategias de regulación ante el malestar

Para hacer frente a este malestar, durante largo tiempo experimentado, los/las adolescentes presentan distintas maneras de manejar los intensos estados afectivos generados, las cuales van demostrando el esfuerzo que realizan por mantener un estado de aparente equilibrio. Estas estrategias, en un principio son vistas como efectivas, ya que le permite al adolescente regular la angustia, rabia, tristeza y sentimiento de soledad, y seguir con su vida cotidiana y no mostrar fragilidad ni vulnerabilidad.

“Si, porque me cuesta recibir ayuda. Yo soy siempre la que ayuda, la que escucha a los compañeros, entonces si alguien me ve mal o así como débil, no me gusta. Yo sé que si estoy muy mal, hago un esfuerzo por no demostrarlo...no me gusta generar preocupación, como que prefiero ponerme una capa para que nadie sepa...” (E I, P 26, D)

“Al principio fue incomodo que otra persona iba a saber todo lo que me pasaba, porque llevaba como tres años guardándome todo lo que me pasaba, sin decirle a nadie” (E III, P 7, P).

Sin embargo, estas estrategias van generando consecuencias que son percibidas como negativas, bajo rendimiento, daño hacia sí mismo y culpa, logrando en el transcurso del tiempo el/la adolescente darse cuenta que sólo mantienen la problemática.

Dentro de estas estrategias, la más frecuente es **la autoagresión**, principalmente cortes en los brazos, donde 6 de los 8 entrevistados/as refieren que utilizaron esta conducta para regular los estados afectivos que no podían ser tolerados o manejados de otra forma. Los/las adolescente señalan que se autoagredían porque les generaba alivio, sensación de relajó y calma en momentos de alto estrés, siendo en un principio eficaz, sin embargo refieren que con el tiempo van perdiendo su efectividad, apareciendo la culpa y sensación de no control y se oculta de los otros, por lo que es descubierto de manera imprevista generando gran alarma entre los padres, y tiene el carácter de ser muy recurrente en la vida de estos/as adolescentes.

“...los cortes me ayudaban porque sentía que ese dolor se iba y al otro día amanecía bien, me aliviaba, pero después al mirar con los días la herida me volvía a sentir mal, me retaba a mi misma por lo que hacía, me arrepentía, pero no lo podía controlar”. (E VI, P 12, F)

“Cuando te haces daño a ti misma físicamente como que uno bloquea los pensamientos, pero solo en el acto, porque después te queda doliendo la mano y después viene el cuestionamiento de por qué lo hiciste, entonces por segundos te calma la pena, pero después la culpa es un sentimiento que cuesta borrar”. (E V, P 13, N)

“Lo ocultaba. Podían hacer muchos grados de calor y yo andaba con polera manga larga o polerones. Siempre me decían algo, pero yo daba vuelta el tema, decía que tenía frío o que estaba resfriado, así lo ocultaba y nadie sospechaba. Pero ese día mi mamá entró justo al baño...mi mamá reaccionó mal...Me pegó, me gritó, me retó, amenazó con llamar a mi papá...cosas así y ahí sentí miedo, me puse a llorar y me arrodillé para pedirle que no lo hiciera, porque si su reacción había sido así, la de mi papá iba a ser peor” (E VII, P 4-5, M).

La otra estrategia utilizada por 5 de los/as adolescentes, fue el **consumo de drogas**, principalmente marihuana, donde algunos lo hacían como una forma de recreación con los amigos y olvidarse de los problemas especialmente familiares, y otros como un intento también de dejar de cortarse, obteniendo así otra estrategia que permitía manejar el malestar aún presente.

“Una parte de mi decía que era muy peligroso en lo que me estaba metiendo, pensaba que no iba a terminar de estudiar, pero otra sentía que tenía que salir de la casa y borrarme un rato de todos los problemas con los amigos y pasarla bien fumando marihuana” (E IV, P 22, C).

“...me sirvió para dejar de pensar en tonteras, pero me metí en otro problema, porque me ha costado dejar la marihuana. Cambié el corte por tomar y fumar, y el alcohol me ponía más depresiva y me hacía acordarme del daño que me hacía con los cortes, pensaba mucho en eso...cuando empecé lo hacía con amigos y me divertía y ahí está el riesgo porque como que pasa a ser normal...pero lo negativo es que empiezas a no poder dejarlo y comienzas a necesitar más y comencé después a fumarme 2 pitos diarios y después lo hacía sola” (E II, P 28, J).

1.4 Reacción de los otros:

Por distintas circunstancias, los adolescentes no logran seguir ocultando sus síntomas, ya sea porque comienzan a interferir en su vida cotidiana, como en el rendimiento escolar o en el deterioro de sus relaciones más cercanas, siendo muchos de ellos descubiertos por sus padres, y estos al enterarse tienden a reaccionar generalmente, según el relato de los adolescentes, de manera negativa, minimizando el malestar, caracterizándolo como “sólo quiere llamar la atención” o inclusive perdiendo el control, llegando a agredirlos.

“Porque ahí, en esa época no tenía el apoyo de nadie de mi familia, solo algo mi mamá, pero ella seguía con la idea de que era algo de la edad, de cabra chica y que era para llamar la atención”(E VI, P 5, F).

“Me dijo que por qué hacía eso, se enojó y me dijo que me llevaría al psicólogo porque estaba cagao de la cabeza, era primera vez que se daba cuenta de lo que me estaba pasando. Y cuando fuimos la primera vez donde la psicóloga ella dimensionó ahí lo mal que lo estaba pasando, cuando le dijeron que tenía depresión, autoagresiones y sospecha de anorexia, porque siempre minimizó todo para no preocuparse” (E III, P3, P).

A pesar de estas reacciones, se convirtieron en muchos casos en la vía posible para ser detectado el sufrimiento del adolescente y así acudir a solicitar ayuda profesional.

2. Percepción de Apoyo Social

Esta categoría concentra las principales percepciones que los/as adolescentes realizan del entorno social, siendo algunas consideradas como importantes redes de apoyo y otras donde dan cuenta de una lejanía o falta de involucramiento de estos grupos o sistemas en la problemática del adolescente. Dentro de esta categoría es posible identificar 3 subgrupos que fueron catalogadas como las redes más visualizadas y evaluadas por los/as adolescentes: Involucramiento parental, apoyo de pares significativos y sistema educacional.

El sistema de salud, por ser de gran relevancia en este estudio, será caracterizado en otra jerarquía de categorización, ya que da cuenta de un momento distinto para el/a adolescente, donde se encuentra dispuesto a utilizar esta red.

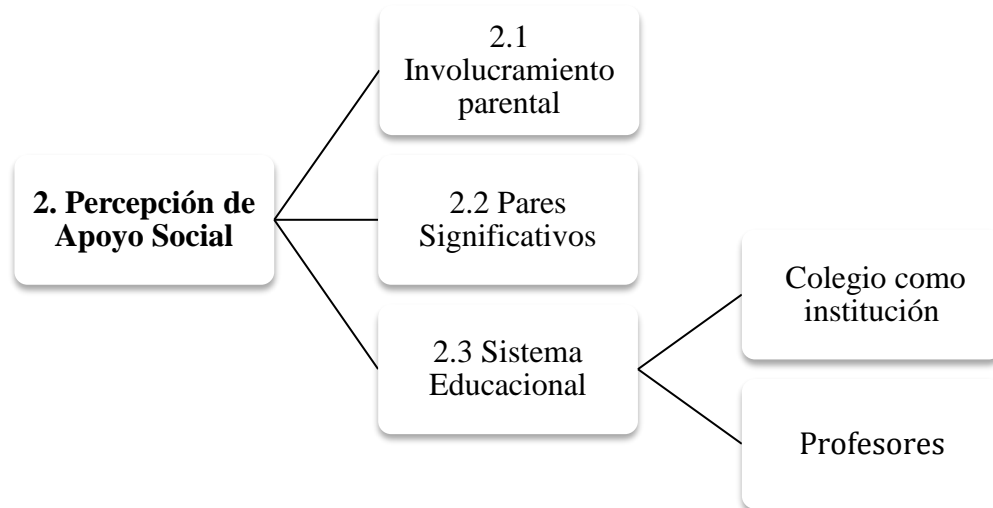


Figura N° 2. Esquema de clasificación jerárquica de la categoría “Percepción de apoyo social”.

2.1 Involucramiento parental

La mayoría de los/as adolescentes describen el vínculo con sus padres como distante, dando cuenta que estarían más preocupados o centrados en sus dificultades o proyectos de vida (nueva pareja), pero que cuando se involucran en el malestar adolescente, tienden a realizarlo a través de la crítica constante, sobrereaccionado o minimizando el malestar del adolescente.

“Un día me dijo que se iba con el Julio Cesar y yo le decía bueno, pero nos vemos el viernes, que salía más temprano del colegio y ella me decía que no alcanzaba por el trabajo y así poco a poco ella me fue dejando” (E IV, P 10, C).

“La relación con mi mamá siempre fue lejana. Cuando yo tenía un problema nunca se lo contaba a ella, porque cuando intenté hacerlo lo único que me contestaba era que ya se me iba pasar” (E III, P 64, P).

2.2. Apoyo de pares significativos

El apoyo de amigos/as cercanos es un aspecto valorado positivamente por los/as adolescentes de la investigación, dando relevancia a su constancia en la ayuda emocional, a través de consejos, ayuda académica o estando alerta a nuevas conductas de riesgo, a pesar de que el/la adolescente en momentos se mostraba reticente a recibir o considerar su ayuda. Para otros adolescentes, fue necesario dejar de lado algunas amistades, en las cuales ellos evaluaban algún riesgo, como consumo de droga o relaciones más superficiales.

“No me hicieron mucho caso, al principio me enojaba que fueran tan insistentes y no quería ni salir de la casa, les decía que me dejaran solo y como no salía, iban a mi casa a verme y me decían que saliera para distraerme porque sabían cómo era la relación que tenía con mi mamá, distante. (E III, P 35, P).

2.3 Sistema Educativo

Para la mayoría de los/las adolescentes, el colegio como institución, no estaría muy pendiente del estado emocional de los alumnos, sino más bien sólo prestaría ayuda académica cuando alguno lo necesitaba.

“Pero todo era porque mi papá había fallecido, pero parece que nadie me notó después que estaba deprimida a pesar de que mis notas bajaron y que andaba más sola que nunca, pasaba muy piola. Tengo la impresión que si no te portas mal o si no eres un problema para los profesores, no te mandan al psicólogo”. (E V, P 42, N).

Sí reconocen que también ellos en ocasiones, principalmente los adolescentes hombres, se encargaron de que este sistema no estuviera al tanto que estaban en tratamiento, por temor a ser tratados diferentes.

“...igual con los profesores nunca tuve problemas y ellos nunca se enteraron de lo que me pasaba, porque no quise que mi mamá les contara, no quería que me trataran diferente...” (E VIII, P 52, S).

Dos adolescentes hombres destacan la importancia de que al menos un profesor, no sólo mostrara preocupación genuina y afectiva hacia sus síntomas, sino también de lo relevante que fueron en su orientación vocacional y derivación a atención especializada.

“Otro profesor, el tiempo después se acercó a escuchar y con mucho respeto me planteó diversos puntos de vista y eso me sirvió en un momento difícil, porque me decía que esto va a pasar y que dependía de mis ganas de salir adelante, pero no lo dijo como una exigencia sino con cariño y preocupación, esa es la diferencia” (E VII, P 53, M).

3. Caracterización del proceso suicida adolescente

Esta categoría representa los principales elementos puestos en juego al momento de iniciarse las ideas de muerte, luego de estar sometidos por largo tiempo a un importante malestar que no es visto, para ir configurándose en una decisión posible el estar muerto como una vía de solución frente a las distintas problemáticas a las que han estado expuestos.

Es relevante señalar que los/as adolescentes entrevistados dan cuenta de una realidad social particular que debe tenerse en cuenta al comento de caracterizar el proceso suicida en este grupo. Proviene de un estrato socioeconómico bajo, refieren en su mayoría el haber estado expuestos a distintos tipos de violencia (familiar, escolar e institucional), así como también a procesos vitales que generan importante estrés como lo son las separaciones parentales y duelos de pérdidas de figuras significativas. Este es el contexto social en el que aparecen las ideas de muerte. En esta categoría se describirán los principales significados, vivencias y consecuencias que ha presentado para el adolescente el haber experimentado un intento (o más) suicida.

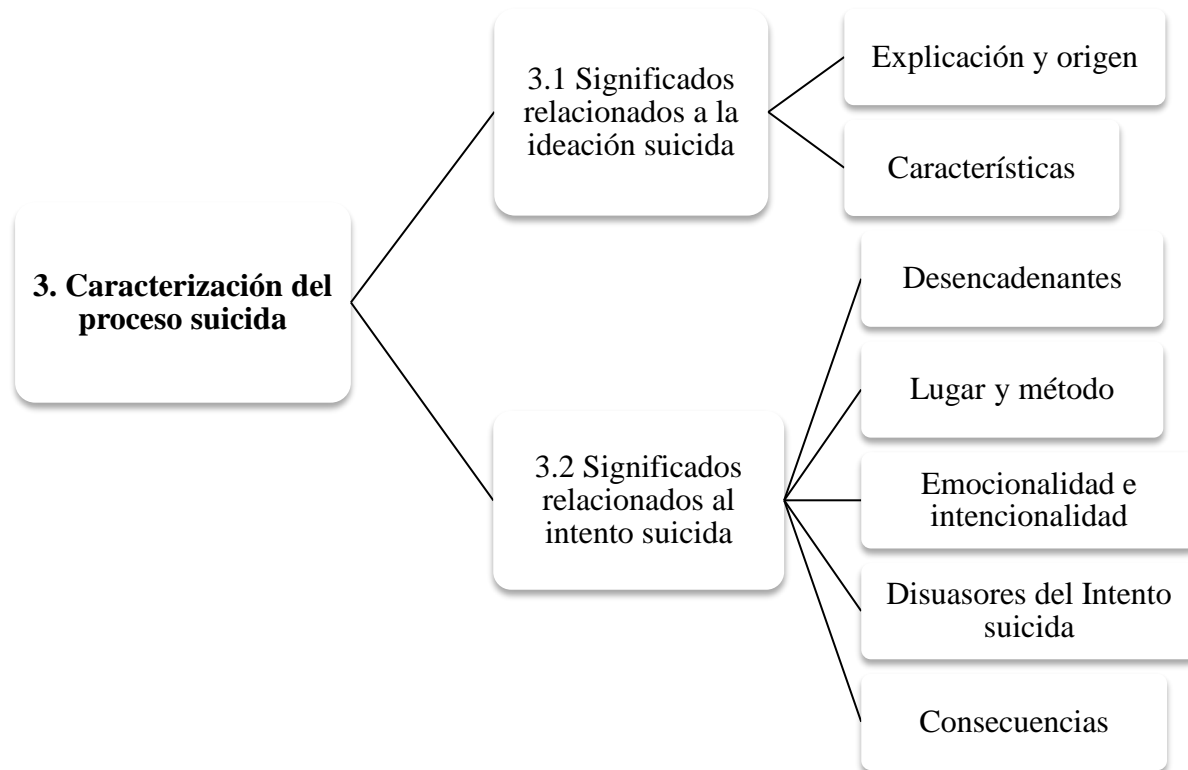


Figura N° 3. Esquema de clasificación jerárquica de la categoría “Proceso suicida adolescente”.

3.1 Significados relacionados con la ideación suicida

Los/as adolescentes mencionan que en algún momento de este periodo de malestar expresado a través de síntomas depresivos, comienza a aparecer la idea de descansar de este sufrimiento, idea que es frecuente y ronda por bastante tiempo en los adolescentes. En algunos casos se ve asociada temporalmente al inicio de las autogresiones, siendo los cortes reguladores del estado anímico de angustia y soledad.

Esta idea aparece explicada u originada por el desgaste que les ha generado el estado depresivo, por lo que algunos lo centralizan como una consecuencia de este malestar en el tiempo y la sumatoria de dificultades que no se pueden tolerar.

“En ese periodo también bajé muchos mis notas porque pensaba todo el día en cómo íbamos a vivir, pensaba que no nos alcanzaba la plata con mi abuela, me sentía solo, era todo y quería descansar de todo eso” (E IV, P 11, C).

“Creo que lo de las pastillas tuvo que ver con cosas que se van acumulando, por eso no recuerdo el hecho que lo gatilló, porque creo que da lo mismo, lo que me importaba era como me venía sintiendo hace mucho tiempo, problemas en el colegio, con mis amigos, más las críticas

hacia mí mismo, yo creo que todo eso me hartó y colapsé”. (E VII, P 15, M)

Para la mayoría de los/as entrevistadas, la aparición de la idea de muerte tiene estrecha relación con las consecuencias de experimentar situaciones vinculares dañinas, que ya no pueden ser toleradas, como el alejamiento del padre o el rechazo explícito de la madre y hostigamiento escolar, siendo mediatizadas por diálogos de devaluación y crítica constante hacia el adolescente, que le hace pensar en que no es importante en la vida de los otros, apareciendo sentimientos de inutilidad, soledad y de fuerte rechazo afectivo.

“Las ganas de morirme siempre estaban, desde que me empezaron a molestar por gordo en la básica, pero ahí lograba ver que era una broma, pero esto volvió cuando estaba en la media unos compañeros empezaron con el mismo tema, me hacían sentir que me rechazaban por cómo era y sus palabras eran muy hirientes y yo creo que también estaba más vulnerable porque ahí coincide cuando pasó lo de la separación de mis papás, como que aumentó más la idea de morir”(E III, P 36, P).

“Es la sensación de rechazo, de no sentirse valorada ni por tu madre ni por nadie...qué me queda...ahí empecé con la idea de querer morirme, pero solo como idea”. (E V, P 15, N).

3.2 Significados relacionados con el intento suicida

Luego de la instalación de la idea de muerte, se observa en los/as adolescentes situaciones relacionales como discusiones con la madre o padre o términos de relación de pareja, que desencadenan, en esta crisis, la realización concretamente de un intento. El contenido de estas discusiones tiene relación con devaluación, crítica y rechazo hacia el adolescente, en otras claramente se les menciona que son el foco de conflicto de la vida de sus padres.

“Desde que mi mamá supo lo que me pasaba, siempre me había repetido que yo no era el problema y en esas dos oportunidades me dijo que sí, que yo era el problema, que por mi culpa ella estaba mal y angustiada..., se desquitaba conmigo porque era el único que estaba en el casa y hasta el día de hoy se arrepiente de habérmelo dicho, pero es doloroso que te digan que si tú no hubieras nacido, porque así me lo dijo, nada de esto estaría pasando y eso me causaba mucho dolor, entonces obvio que pensaba que mejor es entonces no estar, así se acaban los problemas, ahí fue la primera vez que intenté matarme”. (E III, P 28, P).

Así, este acto suicida tiene en este grupo de adolescentes la característica de no presentar una planificación organizada, sino más bien se da en respuesta a una crisis, en su mayoría

vincular, a través de discusiones que confirman sus pensamientos de: “la vida no vale la pena”, y que sin ellos “no habrían mayores problemas”, y que los impulsa a tomar la decisión.

“...me acuerdo de un día en que tomé pastillas de esas para dormir que me había dado la doctora y las sertralinas, las dos cosas me las tomé. Ese día me había peleado con mi mamá, siempre que intenté hacerme algo tenían que ver con las peleas con mi mamá, discusiones que nunca iba a salir del colegio,...ella es la única que siempre ha estado ahí, la única que me ha apoyado y que siempre ha estado cuando yo necesito algo...porque, que la misma persona que uno más confía te diga que ya no cree en ti es muy doloroso, me tiraba para abajo y te hace pensar en que no vale la pena vivir...Desaparecer para siempre, morir” (E II, P 10-11-12, J).

Si bien no se observa dedicación de tiempo para organizar la estrategia o plan suicida, sí se visualizan elementos comunes que confluyen para que se lleve a cabo, como el estar solos en la casa o pieza y la elección del día, como viernes o fines de semanas donde tendrán menos supervisión de los adultos, dando cuenta de una intencionalidad de muerte en todos los entrevistados, expresados como “dormir para siempre”, descansar, dejar de ser un problema para los demás y dar fin a su sufrimiento.

El principal método utilizado es la ingesta de fármacos, en su mayoría entregados para el tratamiento de la depresión, así como también cortes profundos, que al preguntarles por su intencionalidad daban cuenta de conocer la diferencia entre el corte que alivia y el que puede provocar la muerte. Lo mismo ocurre con la cantidad de medicamentos donde también manejan información sobre la cantidad necesaria para que sea letal. En una adolescente aparece el ahorcamiento, estando sola en su casa, el cual no resulta por falla en la estructura.

“Un día estaba tan desesperado, angustiado, era un día viernes y no tenía nada que hacer en la tarde y mis amigos estaban ocupados. Me acuerdo que me acosté y me puse a llorar mucho y de la nada me acordé de las pastillas que había dejado de tomar para dormir, y dije ¡ya! voy a tomarme esas pastillas para dormir bien por un largo rato...lo pensé mejor y saqué más pastillas de la caja de los remedios y dije ya, me las tomo y descanso por mucho rato, quería dormir por unas tres semanas, meses o para siempre. Me las tomé en la cocina y cuando ya llegué a mi pieza sentí que me caí” (E IV, P 11, C).

Los adolescentes al relatar esta experiencia, denotan y explicitan que en el momento de la decisión los invadían sentimientos de soledad, desesperanza, tristeza y angustia. Y al darse cuenta del resultado, algunos presentan frustración y decepción, mientras que otros temor, miedo y

arrepentimiento.

“Algunos días me tomaba como 10 pastillas y decía ojala no despierte nunca y me costaba mucho despertar al otro día y me daba cuenta al despertar que no me había resultado el irme en el sueño, ¡qué hago aquí todavía, si debería estar muerta! Me daba rabia y luego lo dejaba de hacer porque no me resultaba” (E VI, P 13, F).

En los relatos de los/as adolescente también aparecen elementos contextuales y azarosos que interfirieron en que no les resultara su intención suicida, como la llegada de un amigo o familiar para ser llevados a urgencia, en los casos de métodos más letales. En otros adolescentes el mismo hecho de que no les resultará la primera vez los apartó de la idea por un tiempo, generando un breve momento de calma y reflexión, pero que no es duradero. Así tres de los adolescentes (dos hombres y una mujer) volvieron nuevamente a intentarlo y la mayoría de los otros restantes mantuvieron la ideación por un tiempo.

Sin embargo, varios adolescentes deciden no comentar lo sucedido, por lo que la familia o amigos se enteraron mucho después, reaccionando algunos con preocupación al darse cuenta de la gravedad del malestar de su hijo/a. Así dentro de las consecuencias más próximas del intento suicida, se observa la problematización y conciencia del malestar por parte de los cercanos, solicitando el ingreso a tratamiento en el sistema de salud, con hora en salud mental o ingreso alguna urgencia. Así como también en algunos padres nuevamente la minimización del malestar, por lo que es el adolescente el que motiva a solicitar atención especializada.

“En el momento nadie se enteró, porque como no me resultó, para qué decirle. Ella se enteró cuando ya estaba en tratamiento, porque con la psicóloga decidimos contárselo para que tuviera más ojo por si de nuevo me daban ganas. Recuerdo que guardó todas las pastillas, las de mi abuela y las mías y estaba mucho más pendiente”(E VIII, P 19, S).

4. Percepción de los tratamientos:

Esta categoría da cuenta de la apreciación que hacen los/as adolescentes al momento de ingresar a cualquier dispositivo de la red de salud para el tratamiento de la depresión y riesgo suicida presentado. Así también refleja cómo evalúa estos servicios, indicando algunas sugerencias desde su experiencia, que permitan mejorar la calidad de la atención y por último hacen referencia a algunos consejos para los adolescentes que estén experimentando deseos de morir.

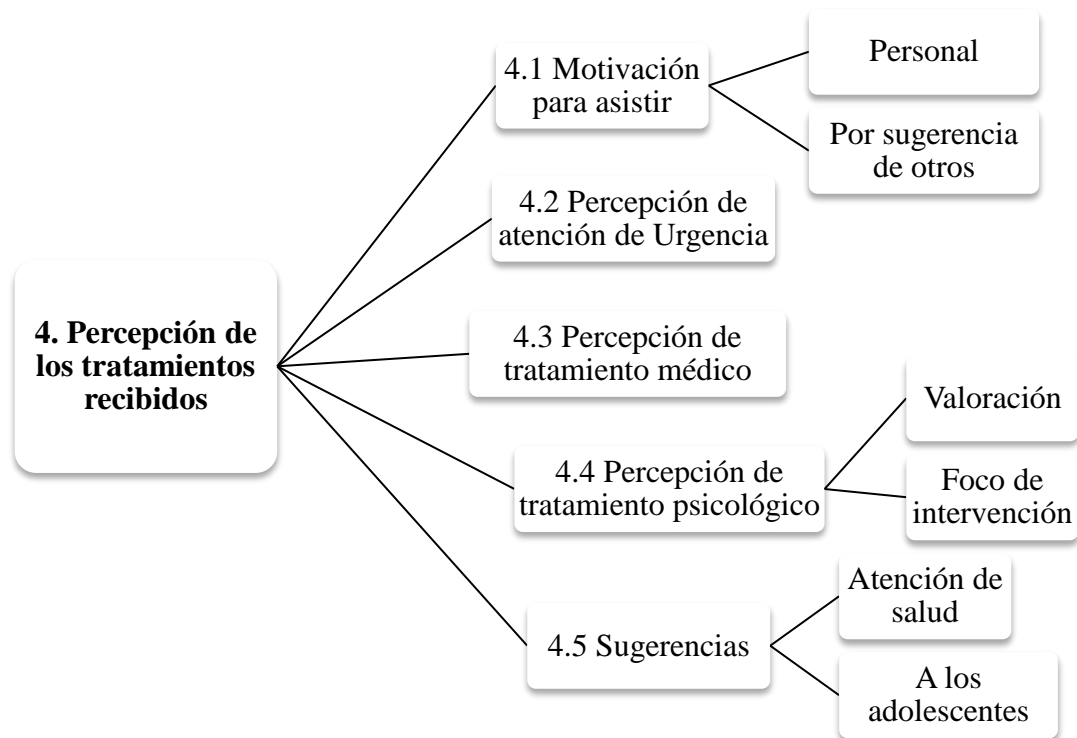


Figura N° 4. Esquema de clasificación jerárquica de la categoría “Percepción de tratamientos”.

4.1 Motivación para asistir

Algunos adolescentes refieren ser ellos quienes solicitan a sus adultos responsables, pedir una hora por dificultades más bien biológicas, como baja de peso, problemas con el sueño o dificultades de concentración, siendo en esta primera consulta el espacio donde se relaciona esta sintomatología con un malestar emocional, siendo así derivados a atención psicológica.

“Le dije a mi abuela que me fuera a pedir una hora en la mañana, porque andaba con mucho sueño, pensaba que quizás tenía anemia. Ahí después de eso, el médico general me hizo unas preguntas y los exámenes de sangre y no había nada médico, así que él me derivó donde la psicóloga porque sospechaba que era algo de salud mental” (E IV, P 5, C).

A pesar de esta motivación, algunos de los adultos desestiman esta solicitud que plantea el/la adolescente, por lo que en la medida que se muestra la gravedad, son capaces de acompañarlos.

“Me acuerdo que fue porque yo le insistí a mi mamá, porque había bajado muchos kilos en pocos meses y me veía enfermo, tenía los ojos hundidos, ojeras y me di cuenta que si no recibía ayuda esto iba a terminar peor, así que le dije, pero no me tomó mucho en cuenta porque

me dijo que yo era un adolescente normal y que era por la edad que estaba más flaco, por el estirón...en el fondo me quiso decir que estaba exagerando con pedir hora al psicólogo. Así que la tuve que convencer, le dije que de verdad lo necesitaba y la única manera fue mostrarle los brazos". (E III, P 2, P).

Algunos de los adolescentes son derivados desde el establecimiento educacional o los padres al descubrir las autoagresiones, logran problematizar qué algo está ocurriendo, siendo el corte una señal que los alarma, tanto al colegio como a las madres. Así los adolescentes acceden al ver la preocupación de estos adultos por su conducta.

"La primera vez me trajeron, bueno mi mamá quería que hiciera un tratamiento...yo no estaba muy motivada para hacerlo porque yo sentía que no estaba mal. Me lo planteó como ya...tienes que ir...como una orden y yo accedí porque la vi preocupada. Bueno, del colegio la llamaron porque me pillaron cortándome y bueno yo la vi preocupada y entonces accedí". (E I, P 2-3, D).

4.2 Percepción de atención en Servicios de Urgencia

Solo dos de los adolescentes, ambos hombres, fueron trasladados a servicios de urgencia para ser evaluados y estabilizados por la letalidad del intento, pero también porque fueron descubiertos por otros que los asistieron. El adolescente que fue atendido en un SAPU (Servicio de atención primaria de urgencia) de su consultorio, en dos oportunidades, da cuenta de un trato centrado en la urgencia médica (la saturación de la herida profunda,) sin cuestionamiento del discurso del adolescente que llega con un par (casi de la misma edad) a la atención, mencionando que había sido asaltado. Sin embargo, en la segunda atención, donde había mayor compromiso biomédico por la gran cantidad de ingesta de fármacos, los funcionarios consultan respetuosamente sobre su estado emocional a él y a su madre, y derivan a atención secundaria.

En el segundo caso, el adolescente llega directamente a la urgencia del Hospital Sótero del Río, quedando por varios días en la Unidad de Cuidados Intensivos. Al despertar, recuerda ser tratado con afecto y preocupación por los profesionales, recibiendo además la derivación a hospitalización en corta estadía para adolescentes, recordando esa experiencia como relevante para generar un cambio en su visión de la vida.

“Ahí me fui dando cuenta que todos habíamos pasado por distintas cosas, quizás más difíciles que yo y eso me sirvió para pensar que lo que me había pasado era un pelo de la cola para lo que otros viven”. (E IV, P 14, C).

4.3 Percepción del tratamiento médico

La intervención médica en depresión para estos/as adolescente es la indicación de fármacos para el ánimo, principalmente sertralina, además de risperidona en algunos casos para mejorar el insomnio y conducta más impulsiva. Los/as adolescentes refieren que los hace sentir distintos, siendo esto enjuiciado negativamente, pero a la vez necesario para comenzar algunos cambios. Cuando son administrador con rigurosidad, por los adultos, se observa buena adherencia y respuesta en los síntomas depresivos. Sin embargo, también son utilizados como método para intentar suicidarse, cuando son administrados sin la seguridad que se requiere.

“Yo creo que me mejoré no por los antidepresivos, porque de hecho cuando los tomaba me sentía como en la nada, como que no sentía nada, pero era necesario para que los consejos y el trabajo de la psicóloga funcionara, porque con mi pesimismo del principio nada hubiera funcionado”.(E IV, P 8, C).

4.4 Percepción del tratamiento psicológico

En relación al tratamiento psicológico, en todos los/as entrevistados tuvo una duración mínima de 6 meses, de aproximadamente una sesión cada quince días y fue en modalidad individual, más bien centrado en el trabajo con el adolescente. Se integra al sistema familiar, de manera irregular, con la finalidad de resguardar el uso de elementos cortopunzantes y con foco psicoeducativo en torno a la depresión. En los casos en que se integró a la madre, los/as adolescentes valoran positivamente este trabajo, ya que permite instaurar una nueva relación de confianza y se convierte en un soporte emocional para ellos/as

En su mayoría los adolescentes se muestran algo reticentes de comenzar a hablar sobre su mundo interno y su malestar, sin embargo, logran valorar el espacio como un lugar de confianza y contención, que les permite ir trabajando los aspectos más dolorosos de su enfermarse.

“Al principio me costó mucho. Nunca antes había ido al psicólogo y lo veía como innecesario, entonces no quería ni hablar ni menos contarle sobre mis pensamientos, mis miedos porque no lo había hecho con nadie. Pero la psicóloga me tuvo tanta paciencia y empezamos

hablando de otras cosas, como del colegio, de los juegos de computador que me gustaban y de a poco fui confiando más y me fui dando cuenta que lo que tenía era una depresión...” (E VIII, P 24, S).

En cuanto al foco de trabajo que los/as adolescentes mencionan como más frecuente, aparece en primera instancia el abordaje de la depresión, a través de la comprensión de lo que implican sus síntomas, así como también qué lo ha generado, permitiendo profundizar en la mayoría de los casos, en el origen del malestar en su historia de vida. Esta comprensión les permite visualizar que al ser una enfermedad, ésta tiene posibilidad de tratamiento y cura, generando en los/as adolescentes la sensación de que tendrá un fin.

“En realidad también lo otro que me ha servido es tener un espacio donde me pueda desahogar y en ese sentido venir donde la psicóloga ha sido mi alivio, no sólo para hablar de todo lo que me ha pasado sino que me ha permitido ahora comprender y ordenar mi historia, eso ha influido mucho en que ya no sienta las emociones tan desordenadas y tan intensas.” (E V, P 36, N).

En la medida que el/la adolescente siente que validan su sufrimiento, sumado a la relación de confianza establecida con el terapeuta que permite descomprimir este malestar, se observa un trabajo focalizado en estrategias que permitirán comenzar a realizar cambios en su diario vivir. Se destaca así la relevancia que tiene para los/as adolescente, adquirir y potenciar estrategias de regulación de sus afectos más intensos a través de la aceptación de la ayuda de un otro (madre o amigos cercanos), actividades que le permitan simbolizar o canalizar sus estados anímicos, como lo es la escritura o la música y la problematización de algunas conductas de riesgos que se mantienen por un tiempo (consumo de drogas y/o cortes).

“También puede ser el hecho de que trabajé con la psicóloga el aceptar estar con más gente y dejar que ellos se convirtieran en un apoyo” (E VII, P 46, M).

“...cuando se ponían a pelear en la casa, en vez de encerrarme en la pieza y ver desde arriba como se sentían los gritos me sugería ir afuera a andar en bicicleta o salir con mi mascota a la plaza o ir a visitar a mi amiga, y yo le decía que igual me daba vergüenza llegar sin nada en las manos, pero la psicóloga me ayudó a vencer esa vergüenza y atreverme a pedir ayuda, me ayudó también ir aclarando lo que me pasaba y de a poco me fue mostrando que la vida también era bella” (E IV, P 7, C).

Los adolescentes también hacen mención a lo relevante que comienza ser el sentir que su ánimo mejora, para retomar la cotidianidad de sus quehaceres, permitiendo así recobrar la vida social, el disfrute, la sensación de autoeficacia y comenzar a pensar en algún proyecto cercano o también futuro.

“Después hablamos sobre las cosas que me gustaba hacer, qué proyectos tenía en la vida o que me motivaba y ahí fui descubriendo que era bueno para la computación y los números, también vi que no era que los demás no me incluyeran, sino que yo me aislaba de ellos porque me sentía raro, eso fue lo que vimos con la psicóloga”. (E VIII, P 25, S).

4.5 Sugerencias

Desde la propia experiencia en los distintos dispositivos y tratamientos, los/as adolescentes también dan cuenta de algunas insuficiencias o aspectos a mejorar, con la finalidad de avanzar en la calidad de los servicios para este grupo etario. En este sentido dan algunas sugerencias que en su mayoría tiene relación con ampliar el foco desde lo individual a lo más familiar y comunitario, visualizando en todos los/as adolescentes la idea de intensionar un trabajo con los padres que permita mayor comprensión de sus problemáticas.

“Lo otro también es incluir a la familia en los tratamientos, aunque sé que cuesta por los trabajos de los papás, pero se avanzaría más rápido si ellos entendieran un poco más lo que a uno le pasa, que comprendieran lo que es una depresión.” (E I, P 49, D).

Otra sugerencia es la creación de talleres para adolescentes, sin el foco en la depresión, sino más bien que se configuren en espacios de distracción y esparcimiento a través de las artes o el deporte.

“Podrían hacer más actividades...como juntar a todos los adolescentes a hacer deporte en el consultorio o algún juego o con música o arte, cosas para distraerse en el día y que nos mantenga ocupados para no pensar tanto”. (E VI, P 49, F).

Por último, aluden a la necesidad de que en otros dispositivos, como el educacional, se problematice y visualice una mayor atención y cuidado hacia la salud mental de los alumnos, lo que favorecería un trabajo integral con el/la adolescente.

“Siento que nosotros pasamos la mayor parte del tiempo en el colegio y ahí siento que hace falta mayor trabajo o charlas o que los profesores estén más atentos, porque yo siento que...los escolares tienen una vida muy sacrificada” (E IV, P 44, C).

Además de las sugerencias a las instituciones, los/as entrevistados también reflexionan y se permiten desde lo experimentado, aconsejar a los/as adolescentes que pueden estar vivenciando deseos de morir en la actualidad. Así, reconocen que es un proceso de difícil transitar, pero desde su posición actual, les hacen el llamado a pensar que hay posibilidades de cambiar su realidad, así como también el curso de su futuro, haciendo explícito lo relevante de solicitar ayuda, dejando un mensaje más bien esperanzador para los/as adolescentes.

“Que no piense que con quedarse solo en su pieza esto va a pasar, que busque a otros, amigos, psicólogo, quien sea. Le diría que hay muchas personas que han vivido esto y que logran salir adelante a pesar de lo difícil que se ve”. (E VII, P 58, M).

“Yo le diría que pensara que tiene un presente por delante, que si tiene depresión que se la trate porque al final eso es lo que no te permite avanzar y ver la vida de manera más real, con lo bueno y lo malo, porque yo veía solo lo malo y eso me hizo muy mal. Que se proponga conseguir algo en la vida, lo que sea”. (E VIII P 55, S).

5. Razones para mantenerse con vida

Esta categoría refleja las principales motivaciones y razones, que señalan los/as adolescentes para recobrar el apego a la vida, luego de experimentar el suicidio como una opción ante sus dificultades. Es importante señalar que los adolescentes muestran en sus relatos una construcción en el tiempo de esta idea, dando cuenta de un proceso que está influenciado por distintos elementos que le devuelven la esperanza en sí mismo, en los otros y en la vida.

“No sé si exista solo una razón, lo veo más como en etapas. Lo primero fue aceptar la ayuda y mejorarme de la depresión. Para que eso fuera posible tuve que enfrentar mis temores de contarle a alguien lo que me pasaba y aceptar ayuda, con lo que me cuesta... y después ya fue pensar en mi mamá y mi hermano, en lo mal que lo pasarían si yo no estoy, eso...y ahora como me siento más feliz y ya puedo disfrutar de otras cosas que me van distrayendo como estar con amigos o con solo salir a caminar” (E VIII, P 32, S).

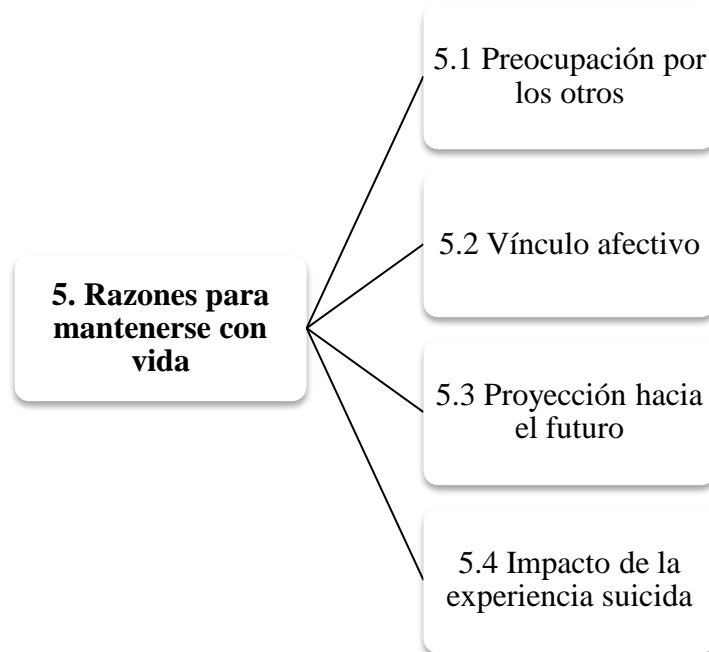


Figura N° 5. Esquema de clasificación jerárquica de la categoría “Razones para mantenerse con vida”.

5.1 Preocupación por los otros

Una de las razones que mencionan los/as adolescentes para no volver a intentar atentar contra su vida, tiene relación con el comenzar a empatizar con el dolor que esto generaría en los demás, principalmente en las madres y hermanos menores, mostrando un lugar distinto en el que se posiciona ahora el adolescente, menos centrado en su malestar.

“...ahora como la relación con mi mamá ha mejorado y veo nuestra relación de manera menos egoísta creo que matarme le causaría mucho daño y está muy viejita para soportar algo así”. (E V, P 33, N).

“...pensar que hubiera pasado con mi familia si me hubiera muerto, mi papá qué sería de su vida, todo cambia y uno no tiene derecho de cambiarles su vida así, ese impacto que causa en el otro es fuerte” (E I, P 49, D).

5.2 Vínculo afectivo

En el discurso de los/as adolescentes, se hace recurrente afirmar que una de las razones más importantes para no intentar nuevamente suicidarse, tiene relación con la aparición o la restauración de un vínculo significativo que le permite sentir que su existencia es relevante para esa persona, ofreciéndole la oportunidad de recobrar la confianza en los otros, través de una

relación incondicional donde el adolescente siente que es aceptado y valorado, sin mayores cuestionamientos a sus dificultades o errores. Este vínculo lo conforma una pareja o la reparación de la relación con la madre. En algunos casos, los adolescentes realizan un compromiso de no volver a hacerse daño como con contrato que los protege, sin generar mayor angustia por tener que mantenerlo.

“...pero también porque aparece una persona importante por primera vez en la vida y que hace que tenga sentido seguir viviendo, que es mi polola y que tengo la obligación de cuidar esa relación y para eso no tengo que hacerme daño”. (E III, P 46, P).

“En estos momentos es mi polola la persona más importante que siento que más me ha ayudado a mantener alejado los pensamientos suicidas, con su cariño, constancia porque sé que soy difícil y me ha tenido mucha paciencia. Ella me muestra que me quiere a pesar de mis problemas”. (E VII, P 57, M).

Otro aspecto que emerge como relevante para los/as adolescentes es el convertirse en una persona significativa para un otro, especialmente para sus hermanos menores, donde se observa la responsabilidad de ser los encargados de ofrecerles una vida distinta a la que ellos/as experimentaron.

“Igual agradezco poder estar más cerca de mi hermana, eso es lo distinto ahora y pensar que no quiero que ella pase por lo que yo pasé, me hace motivarme a mejorar cada día en ser una mejor persona para ella y no volver a pensar en matarme, por eso ahora estoy buscando un mejor trabajo y terminar mis estudios para que no le falte qué comer” (E IV, P 18, C).

5.3 Proyección al futuro

Otras de las razones mencionadas por los/as adolescentes que les permite no volver a pensar en el suicidio como una posibilidad, tiene relación con la visión que hacen sobre el futuro. El plantearse objetivos o metas y el proyectarse a través de una carrera de ayuda a los demás como medicina, psicología y pedagogía, les permite darle sentido al presente que los organiza y orienta.

“Yo creo que el mismo tema de querer ayudar a la gente, porque pienso si quiero ser psicóloga y ayudar a la gente no puedo estar mal yo, tengo que cuidarme. Eso me ha motivado a darme ánimo, a no volver nunca más a hacerme daño, porque ahora como que me quiero.” (E I, P 42, D).

“Fue cuando logré ver que hay cosas que tengo que hacer aquí. Si ya a la tercera no me resultó, dejé de ser una posibilidad cuando empecé a pensar si valía la pena quedarme para qué, pensé en este mundo tengo cosas que hacer, y no me voy a ir hasta conseguirlas.... sí, mucho, porque es lo que le da un poco de sentido al presente, de por qué hay que estudiar, ir al colegio, mantenerte con vida porque uno tiene propósito, es como la ruta a seguir y le da sentido”. (E III, P 52 y 61, P).

5.4 Impacto de la experiencia suicida

El experimentar la posibilidad de cercanía con la muerte, genera en algunos de los adolescentes un impacto emocional que les permite actuar como disuasor de un nuevo intento.

“...después dejé de hacerlo porque luego me dio miedo la muerte. Pensaba qué vendrá después de la muerte, y si no hay nada, puedo quedar en ese limbo del que hablan y ahí me asusté, creo que por eso también no lo he hecho más”. (E V, P 19, N)

6. Visión actual

La última categoría pretende dar cuenta de los discursos encontrados en los/as adolescentes, que muestran la visión que en la actualidad presentan sobre sí mismos, los otros, el futuro y cómo en el presente significan la experiencia suicida.

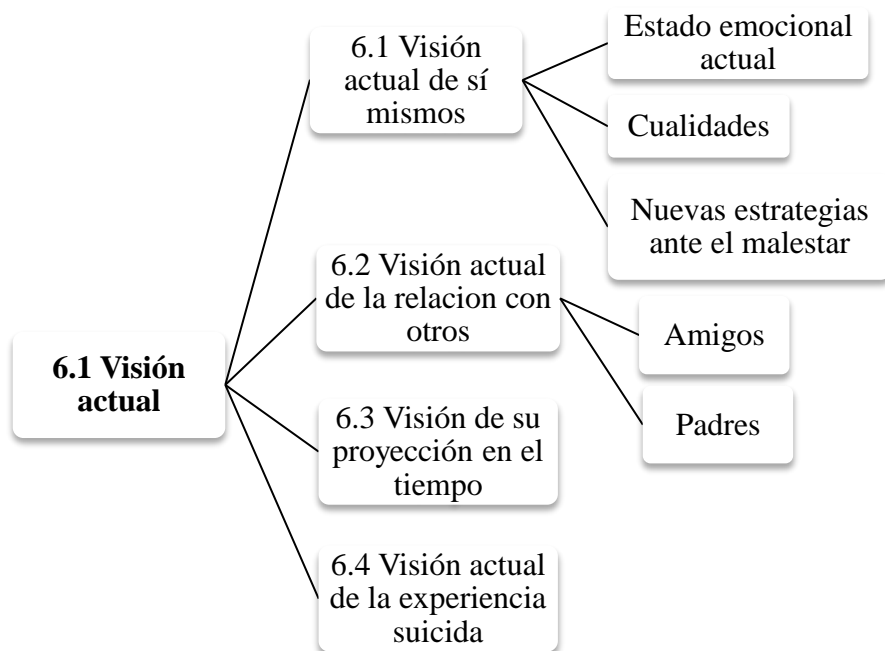


Figura N° 6. Esquema de clasificación jerárquica de la categoría “Visión Actual”.

6.1 Visión de sí mismos

La mayoría de los/as adolescentes señalan que en la actualidad se sienten de buen ánimo y optimistas, considerando que fueron entrevistados luego de ser dados de alta hace más de 6 meses en su mayoría, por lo que dan cuenta de cierta estabilidad emocional en el tiempo.

Además se observa en sus relatos, la noción de cambio, asociada al trabajo psicoterapéutico, a la experiencia suicida, pero también probablemente por estar transitando por una etapa de constante transformación. Entre estos destacan el sentirse capaz de manejar de mejor forma sus estados de ánimo, más reflexivos, fuertes y siendo capaces de volver a disfrutar de su cotidianidad.

“También pienso mejor las cosas, soy más comprensiva que cuando era más adolescente y quizás eso es lo que ven los demás como fortaleza, que a pesar de estar sola soy capaz de seguir en esto, ya no cualquier cosa me va a hacer caer como antes.”(E V, P 26, N)

“Por ejemplo antes me hacían una broma y me hacia mal o incluso lloraba, en cambio ahora me molestan y yo les contesto con algo peor y termino riéndome. También veo las cosas buenas de la vida, y que son cosas simples como disfrutar jugar con mi hermano. Antes era deprimida y amargada, veía que todo estaba mal, muy negativa, me daban un consejo y lo veía mal. Igual también me noto más madura, obvio que crecí porque esto pasó hace un par de años, pero creo que no sería la misma si no hubiera pasado por lo que pasé, pero soy más madura en las decisiones que tomo”. (E VI, P 30, F)

También en algunos/as se observa una imagen más integrada de sí mismos, no sólo enfatizando sus aspectos más sanos, sino también asumiendo sus defectos y debilidades.

“No sólo con mis amigas, con todos, igual me siento más fuerte y más clara, así como que esa idea de ser vulnerable ya no la siento. Como que soy las dos Daniela en una, sensible, pero a la vez más fuerte. Por ejemplo ahora cuando siento mucha pena, puedo hablar sobre lo que me pasa sin llorar, eso es algo que me gusta.”(E I, P 36, D).

La cita anterior, también muestra como los adolescentes integran nuevas estrategias para manejar el malestar, que si bien para muchos su vida ha mejorado, otros mencionan que se mantienen las dificultades familiares o económicas, lo que cambia es su manera de posicionarse ante la problemática. Entre esas estrategias destacan estar más dispuestos a recibir ayuda de los demás, escribir sus vivencias para otros, jugar en internet, ser más activos/as en la búsqueda de soluciones, reflexionar ante conductas de riesgo, meditar, retomar actividades placenteras, tener

mayor apertura a la expresión emocional, salir con amigos.

“Siempre que tengo un mal día o ando con rabia me pongo a llorar no más y converso con mi mamá y le digo lo que me pasa, me desahogo y me aconseja y me reta, pero igual me sirve conversar con alguien, desahogarme un poco de eso en el momento”. (E II, P 31, J).

“También lo que fui aprendiendo en el tratamiento de yo ser más activa en buscar soluciones, porque antes esperaba que los demás me buscaran, ahora cuando me siento mal me salgo de mi pieza y voy donde mi mamá y me acuesto con ella y ella sabe al tiro que algo me pasa y conversamos un rato y me abraza”. (E VI, P 39, F).

6.2 Visión de la relación con los otros

Los/as adolescentes también hacen referencia a una manera distinta de relacionarse con sus amigos o pares, donde se muestran más abiertos a la vida social, reconociendo lo importante que ha sido el contar con su apoyo para enfrentar nuevas dificultades. Algunos reconocen que ahora son más selectivos al momento de vincularse, alejándose de los que ellos consideran como riesgosos y valorizando relaciones más profundas.

“También ahora elijo mejor a mis amigos, aunque al principio me daba mucha pena quedarme más sola, ahora creo que es mejor estar con las personas correctas porque antes la mayoría eran superficiales o por internet y cuando los necesitaba obvio que no estaban ahí, me costó darme cuenta de eso, pero yo elegía mal”. (E VI, P 28, F)

En relación a la visión que hacen sobre sus padres, un grupo importante señala que no ha cambiado de manera relevante el cómo estos adultos se relacionan con el adolescente, pero lo que si sucede ahora es que los propios adolescentes ven a sus padres y su actuar de manera más comprensiva, justificándolos o simplemente aceptando la no posibilidad de cambio en éstos. Otros refieren un importante cambio en sus madres, las perciben más cercanas y atentas.

“Con mi mamá si, bastante. De hecho me duele pensar que nos tratamos tan mal, pienso que fui muy adolescente y me preocupé solo de lo que yo sentía, del despecho, pero me alegra de algún modo darme cuenta de que me equivoque y creo que se pueden enmendar las cosas y aunque esté lejos, cuando la voy a visitar lo disfrutamos mucho, me siento bien con ella y verla feliz con su pareja me tranquiliza, sobretodo ver que está tan viejita”. (E V, P 27, N).

“No mucho, los veo igual, pero sí mi mamá más cercana y algo menos critica y con su cariño me basta. Lo que ha cambiado más es mi manera de relacionarme con ellos, tomo menos

sus críticas y acudo mas a mi mamá, eso” (E II, P 34, J).

6.3 Visión de su proyección en el tiempo

Al preguntarles por su apreciación sobre su futuro, la mitad de los/as adolescentes hacen mención a no necesitar proyectarse a un futuro muy lejano, ya que al sentirse más satisfechos consigo mismos en la actualidad, desean centrarse en esa experiencia presente y disfrutarla. O también se centran en el aquí y ahora, debido a desafíos que quedaron pendientes por el tiempo en que presentaron depresión.

“Por ahora sólo me veo terminando el colegio, no quiero ir más allá porque trato de disfrutar lo que tengo ahora, de que soy más feliz y que tengo una familia que me quiere.”(E VI, P 43, F)

Los otros/as adolescentes logran visualizarse con facilidad en el futuro, siendo esto también un importante motivador para seguir adelante, como lo es el ser profesional a través de la elección de una carrera, formar una familia o lograr la independencia de sus padres. Llama la atención como al momento de pensar, tanto en la carrera (pedagogía, psicología, medicina) como en el proyecto de familia, pareciera tener relación con intentar reparar a través de este deseo su propia experiencia de soledad, intentado ayudar a otros.

“Estudiando una carrera, me gustaría ser profesor de lenguaje, me gustaría acompañar a mis alumnos en sus decisiones y que me digan que yo los ayudé a ser profesionales. Me gustaría también tener una familia y darles a mis hijos lo que mi papá nunca pudo darme, ser una figura paterna presente, que entregue cariño...eso es lo que más quiero para mis hijos”. (E III, P 60, P).

6.4 Visión de la experiencia suicida

Al momento de pensar en qué significa en la actualidad para estos/as adolescentes el haber experimentado un intento suicida, la mayoría mira esta vivencia como una oportunidad de crecimiento y aprendizaje, que les ha permitido cambiar el curso de cómo estaban experimentando la vida, desde un polo más negativo y pesimista a uno donde se sienten fortalecidos y “maduros”.

“Esta misma experiencia me fue haciendo una persona más fuerte. Igual ahora lo miro como una experiencia fuerte, no sólo que estuve cerca de morirme, también el estar

hospitalizado y ver a otros adolescentes que vivieron lo mismo, pero logro ver que me hizo ser una persona distinta, que si logro salir de esto, puedo enfrentar quizás otras más adelante”.(E IV, P 20, C).

“Lo de estar cerca de la muerte, como una oportunidad que no me resultara y pensar que por algo no fue así. Entonces es como cambiar la manera en que llevaba mi vida, que era bien fome y negativa a una vida como más normal para mi edad, de tener que confiar más en los amigos y no pensar tanto, eso me hizo muy mal encerrarme en mis pensamientos”. (E VIII, P 33, S).

De todas formas, si bien valorizan la experiencia suicida, dan cuenta también de un momento difícil en sus vidas, asociado a un “periodo depresivo”, que experimentaron en soledad y que seguramente podría haber sido distinto si alguien los hubiera acompañado en ese tránsito, haciendo alusión al significado del intento como un llamado de atención y cuidado, sin la intencionalidad de manipular al otro. En la actualidad logran ver que tenía un término, por lo que en su totalidad señalan no desean volver a repetirlo, alejándolos de la idea de volver a atentar contra sus vidas.

“Que hay veces que de verdad queremos llamar la atención, pero no en mala porque ahora lo pienso que si quería llamar la atención, pero es llamar la atención para decir ¡Hola, aquí estoy, existo, los necesito! Que me escucharan, que yo necesitaba ayuda, que me apoyaran porque necesitaba ese empujoncito para que me fuera mejor en el colegio, porque así partió todo...” (E II, P 41-42, J).

“Ahora he podido ver que las dificultades que he tenido no las pude manejar bien porque no tenía a unos adultos que me ayudaran y más encima los dos me decían que yo era el problema, entonces ahí viene la posibilidad de que la muerte o de no existir mejor dicho, es una solución” (E III, P 64, P).

EJES CENTRALES DEL ESTUDIO: PRINCIPALES INTERACCIONES

Una vez presentado el análisis descriptivo, se establecen las relaciones entre las categorías emergentes, destacando aquellas que son relevantes para el fenómeno de estudio. Surgen dos modelos explicativos en relación a los fenómenos con mayor presencia en el análisis de los contenidos de las entrevistas: Cómo los/as adolescentes interpretan su propio proceso de suicidio (modelo 1) y cómo desde el presente, luego de ser dados de alta de su tratamiento por depresión, dan cuenta de qué los detuvo dejando de considerar el suicidio como una opción real en la actualidad (modelo 2).

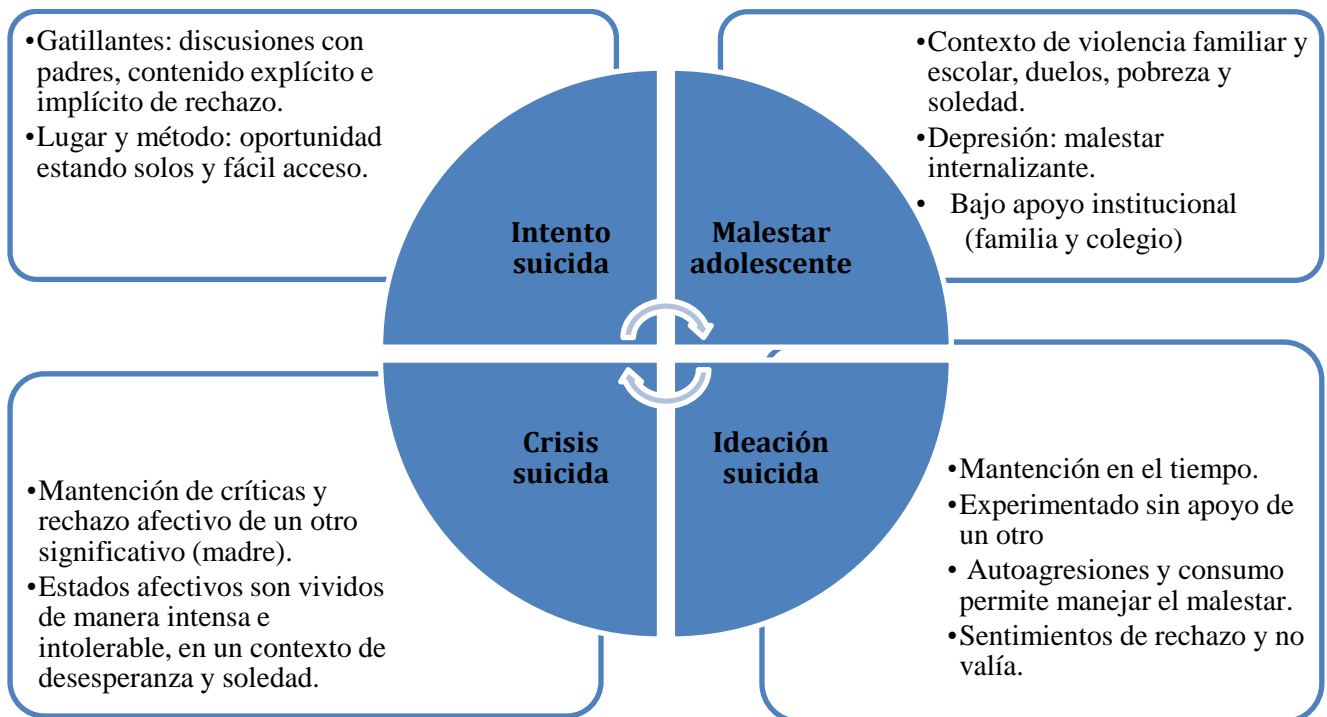


Figura N° 7. Modelo del proceso suicida en adolescentes que asistieron a tratamiento por depresión.

A través del análisis de los contenidos extraídos de las entrevistas, fue posible distinguir una construcción del proceso suicida que se inicia luego de que estos/as adolescentes estuvieran expuestos por largo tiempo a distintos contextos de violencia y pérdidas, que fueron generando un importante malestar experimentado sin el apoyo suficiente para hacerle frente, ya sea porque los mismos adolescentes intentaron encubrir este malestar (posiblemente por experiencias anteriores de bajo apoyo) y también por las dificultades del entorno social, colegio y familia, en visualizar esta sintomatología de orden depresiva como una señal de que el/la adolescente estaba iniciando un proceso que lo llevaría a intentar, por lo menos una vez, terminar con su vida.

En este sentido, es posible mencionar que este grupo de adolescentes transita en este proceso suicida, desde la presencia del malestar hasta el intento suicida, pasando por la instalación de la idea del suicidio como una posibilidad ante las dificultades vivenciadas. Esta ideación se vive y los acompaña como una sensación de ambivalencia, entre el seguir con la vida cotidiana a través de altos esfuerzos por mantener el equilibrio, por medio de estrategias, como lo son las autoagresiones y el consumo de alguna droga, y el comenzar a experimentar un sufrimiento psicológico intolerable a partir de la frustración de necesidades psíquicas en un contexto emocional de desesperanza y desamparo.

Ahí la idea comienza a tomar forma, y sólo espera el momento justo para ser activada luego de discusiones donde un otro, principalmente la madre, le confirma de manera textual o no verbal (lejanía afectiva) su crítica o rechazo, en un momento donde el/la adolescente refiere necesitar mayor apoyo y contención. En este contexto es donde se abre la posibilidad que el estar muerto viene a ser la única salida a este estado, confirmando su pensar “la vida será mejor sin mi” “voy a descansar de este sufrimiento”.

Sólo basta la oportunidad de estar solos, ya que los medios son de fácil alcance a través de sus medicamentos o los de sus familiares, o cortarse de la forma que ya saben implicará un daño significativo, o en un caso ahorcarse, para terminar con ese sufrimiento.

Sin embargo, algo sucede que estos/as adolescentes no terminan en la última etapa del proceso suicida, un el suicidio consumado, sino que se insertan, por la visión de otro que logró ver en este acto (intento) una importante señal que necesitaba ser contenida y tramitada en un espacio diferente. Así o un profesor, la madre o el mismo adolescente, solicita ayuda a algún dispositivo de salud, iniciándose así el momento en que el/la adolescente comienza a situar en palabras, luego de sentir que es acogido con respeto y confianza, todo el malestar experimentado en un tiempo de soledad.

Así se inicia otra etapa donde la idea de muerte comienza a perder fuerza, apareciendo luego del intento, los principales elementos que comienzan a disuadirlos de la idea y que en la actualidad se configuran en factores que los protegen del suicidio en el futuro.

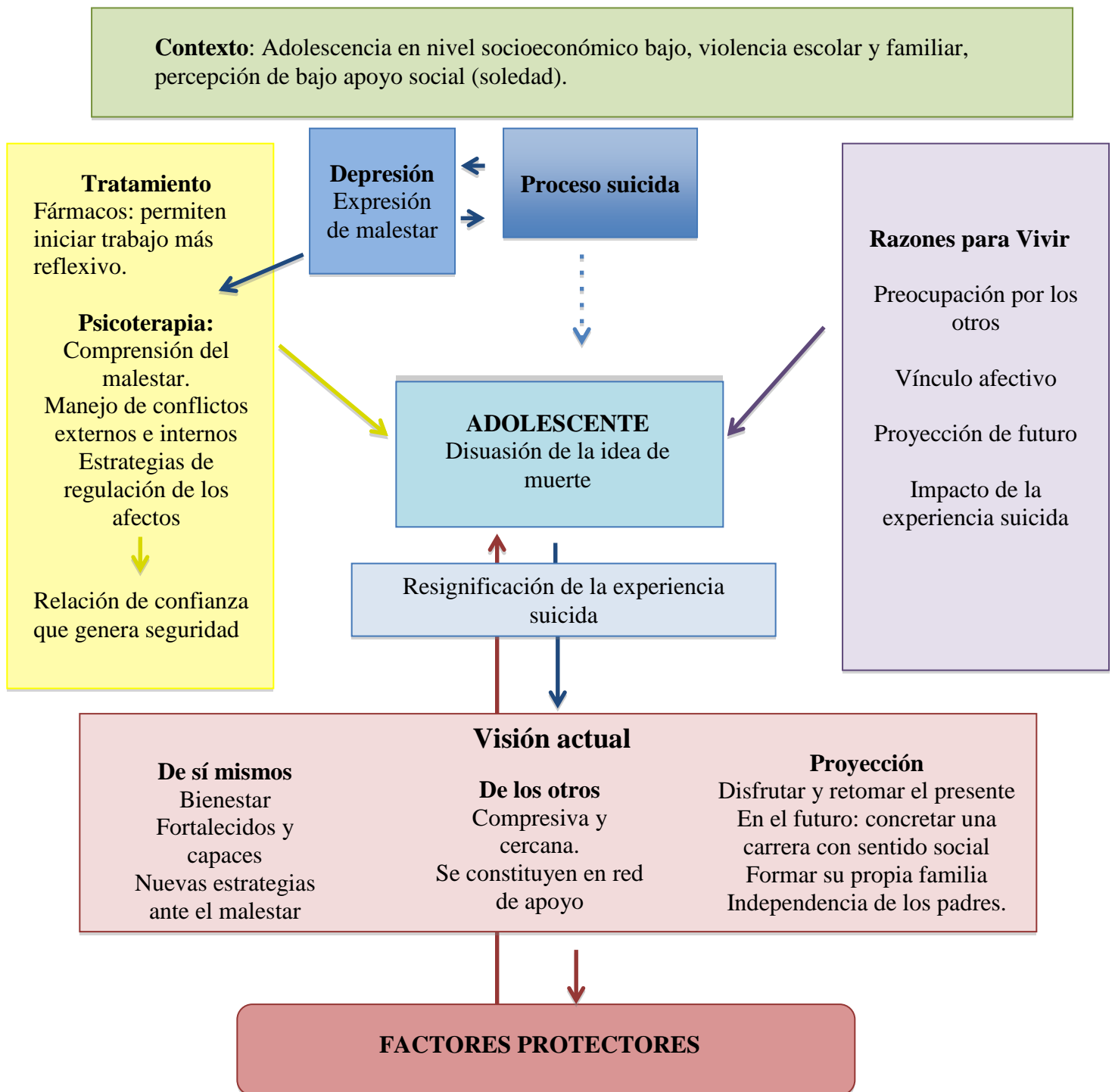


Figura N° 8. Modelo del proceso de disuasión de idea suicida en adolescentes que asistieron a tratamiento por depresión

Al acceder a tratamiento por depresión, los/as adolescentes comienzan, en un primer momento algo reticentes por temor y desconfianza, a visualizar y comprender con un otro, el malestar que ha generado los distintos síntomas por los cuáles son llevados a consultar. Este espacio, va permitiendo a los/as adolescentes el considerar que su estado actual, responde a distintas problemáticas que al mantenerse en el tiempo han generado un importante desgaste psíquico.

Así, el comprender por qué se deprimen, el comenzar a manejar los conflictos relacionales de otra forma y generar y/o potenciar nuevas estrategias de regulación de los afectos, abre la posibilidad de que el/a adolescente comience a generar cambios en sí mismos y su entorno más cercano. Esto se refleja en la aceptación de la ayuda de un otro (amigos) o también ser más activos en la solicitud de ayuda, principalmente a la madre. Este trabajo psicoterapéutico permite estabilizar la vida cotidiana del adolescente, como asistir al colegio, participar y disfrutar de la vida social y/o recobrar el interés por actividades placenteras, generando un estado de bienestar que comienza a competir con la idea de muerte como posibilidad.

El tratamiento, principalmente la psicoterapia, es valorado positivamente por los/as adolescentes como un lugar que les permite salir de la depresión, permitiéndoles ahora el mirar de manera más comprensiva y reflexiva sus conflictos, generando un cambio de posición subjetiva en los entrevistados. Ahora los principales estados afectivos y percepciones de sí mismo como la angustia, desesperanza, incompetencia personal y soledad, son mejor tolerados o resignificados, así mismo las ideas relacionadas con la muerte, esto en la medida que sus figuras significativas se convierten en un soporte emocional y/o también porque ahora el/a adolescente se siente capacitado y fortalecido de ser su propio sostén.

De esta forma los/as adolescentes van reconociendo y construyendo distintas razones que les van permitido mantener el apego a la vida, motivaciones que tienen estrecha relación en la manera en que los/as adolescentes evalúan ahora sus vínculos más cercanos, actuando como un importante disuasor ante la idea de muerte, principalmente el convertirse en una persona significativa para un otro (hermanos/as menores) o por la aparición (pareja) o resignificación (madre) de relaciones donde se es importante para otro. Así como también el plantearse nuevos objetivos y metas en el futuro, orienta el presente, actuando también como disuasor.

En este modelo de cómo va desapareciendo la idea de muerte en estos/as adolescente, es posible ver que luego de varios meses de ser dados de alta (más de seis meses) y donde se

trabajaron y generaron los cambios antes mencionados, los/as adolescentes mantienen en el tiempo ese apego a la vida, debido posiblemente a que estos disuasores y motivaciones se han convertido en factores que los protegen ahora de la idea de muerte frente a los conflictos.

Esto es posible de apreciar en la nueva visión que tienen de sí mismos, de los otros y de su proyección en el futuro y presente, que permite ver cómo se ha resignificado el proceso suicida, principalmente el intento, por una experiencia de aprendizaje, que les permitió resolver sus principales conflictos y manejar sus afectos sin dañarse a sí mismos, también como una oportunidad de comenzar a construir su proyecto de vida a través de vínculos contenedores y también en una elección vocacional de sentido, pero principalmente para no pensar en el suicidio como una forma de enfrentar y solucionar sus problemáticas en el presente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Según lo presentado a lo largo de esta investigación, tanto de la literatura revisada, pero principalmente de la información obtenida a través de los relatos de los/as adolescentes, es que en este apartado se presentarán las principales conclusiones y reflexiones en torno a los objetivos propuestos y que guiaron la investigación, los cuales tienen relación con identificar la construcción de significados que realizan los/as adolescentes acerca su proceso suicida y de las principales motivaciones para seguir con vida, una vez que son dados de alta de su tratamiento por depresión.

Como punto de partida, es importante señalar que según lo revisado en la literatura, este estudio puede ser considerado como el primer acercamiento que se realiza en nuestro país, desde una metodología cualitativa, hacia la indagación del proceso suicida y de motivaciones para vivir en adolescentes que presentaron depresión. Se hace indispensable relevar que la muestra de esta investigación da cuenta de una población donde se observan los más importantes factores de riesgo de suicidio, presentar un intento previo y trastorno del ánimo (Gould et al., 2003; Shaffer & Pfeffer, 2001).

Es importante señalar que entrevistar a los propios adolescentes acerca de su proceso suicida constituyó una valiosa fuente de información para enriquecer la comprensión de esta problemática en este grupo etario, de ahí la relevancia de esta investigación. Los/as adolescentes fueron capaces de reflexionar sobre su situación actual y pasada, aportando su visión acerca de qué los enfermó y generó el riesgo suicida, y cómo en la actualidad se protegen. Es posible también elucubrar que la entrevista puede haberse convertido en una intervención en sí misma, ya que permitió a los/as adolescentes profundizar y comprender, en un espacio seguro, la construcción de significados que en la actualidad hacen sobre el proceso.

De esta manera fue posible observar que este grupo de adolescentes que presentaron al inicio de su tratamiento por depresión, importantes indicadores de riesgo suicida, que logran no sólo disminuir este riesgo luego de seis meses de ser dados de alta, sino también son capaces de mirar en la actualidad la experiencia del intento suicida como un proceso de aprendizaje y crecimiento, en la mayoría de los casos, sin dejar de evidenciar lo doloroso y en soledad que se vive en un inicio.

Así, estos/as adolescentes son capaces de narrar esta experiencia de manera coherente y

organizada, a través de los significados que han ido construyendo temporalmente desde que comienzan a sentirse mal. En este sentido, este malestar es expresado a través de síntomas depresivos, logrando pasar desapercibidos por bastante tiempo, si no son vistos por un otro que está atento, o también porque estos síntomas comienzan a interferir de manera importante en la vida de los/las adolescentes, lo que muestra la poca visibilización del malestar adolescente, ya sea minimizándolo o simplemente sin ser visto.

De esta manera la conducta suicida viene a representar un último llamado de alerta de un malestar de larga data, que es experimentado en soledad y que da cuenta también de las consecuencias de estar sometidos a contextos vinculares de alto estrés, como lo es la violencia familiar y escolar. Esto último concuerda claramente con lo señalado en las investigaciones revisadas, que refieren como uno de los factores de riesgo que se relacionan con el suicidio, la presencia de relaciones donde predomina de hostilidad, rechazo y críticas al adolescente o desinterés por sus problemas y dinámicas donde se presenta violencia intrafamiliar (Rutter et al., 2008).

También se observa concordancia, con lo nocivo de experimentar situaciones de hostigamiento, así como también de fracaso escolar, donde el/la adolescente señala que estas experiencias se repiten sin ser mediadas por un adulto que intervenga, generando sentimientos de minusvalía, en un espacio donde los/as adolescentes necesitan ser validados, considerando la gran cantidad de tiempo que están en el contexto escolar.

Es importante señalar que estas situaciones de hostilidad y violencia, tanto dentro del entorno familiar como externamente en el contexto escolar, son vivenciadas por los/as adolescentes de manera intensa y dolorosa, por las características propias de esta etapa, pero también en el caso de los/as adolescentes que participaron en la investigación, por la falta de apoyo y contención que refieren de su entorno más cercano, situándolos en un momento de sus vidas en donde se encuentran más vulnerables y por lo tanto más susceptibles de enfermar.

En este sentido, la percepción de falta de apoyo que refieren los/as adolescentes entrevistados, no sólo se circunscribe en el medio familiar, sino también se observa en la baja sensación de apoyo que perciben de parte del sistema educacional, donde parecieran estar más preocupados del rendimiento que de la emocionalidad del adolescente.

De esta manera, se visualiza a un/a adolescente que se encuentra transitando en un periodo de vulnerabilidad del ciclo vital, sometido a violencia, pérdidas, fracaso, etc., vivenciadas

sin un referente institucional ni vincular que los ayude, contenga o facilite el proceso.

Como se observa en la literatura, esto genera no sólo la aparición de sintomatología, sino también fuertes golpes a la imagen de sí mismos, a través de la aparición de desesperanza, desvitalización y vacío interno, que se potencian con el discurso del otro, como muchos de los adolescentes de esta investigación señalan que los hicieron sentir “inútiles, rechazados, criticados, reemplazados, minimizados, etc.”.

Así el/a adolescente, después de un tiempo de desgaste, necesita pasar al acto, a través de conductas riesgosas, como las autoagresiones y el consumo de alguna droga, muy presentes en los/as adolescentes entrevistados, como estrategia para manejar los altos montos de angustia que se van generando. Pero también otro lado fue posible observar que utilizan, (de manera inconsciente la mayoría de las veces) la inhibición emocional y la retracción para no ser heridos, lo que facilita las vivencias de soledad, alejándose de los grupos de amigos.

Es importante señalar que las autoagresiones cumplen una función estabilizante en la mayoría de los/as adolescentes entrevistados, donde señalan que por bastante tiempo viene a ser la estrategia que los calma emocionalmente a través del dolor físico. También se convierte en una de las principales señales de alerta para los padres y profesores, dando cuenta del dolor encapsulado que llevan a cuesta, pero que termina siendo lo que moviliza al adulto a consultar.

En este sentido, sería interesante explorar con mayor profundidad en un estudio, la relación entre autoagresión y conducta suicida en los adolescentes, ya que impresiona, por lo menos en este grupo, pareciera ser parte de un continuo donde aparece primero el corte, luego por la mantención de los conflictos y la pérdida de efectividad de la estrategia, la ideación suicida como una posibilidad. Así los adolescentes logran distinguir “el corte que calma”, del “corte que mata”, utilizándolos de manera distinta.

Es en estas condiciones que los/as adolescentes llegan a solicitar ayuda, llamando la atención cómo los adolescentes varones son, en su mayoría activos en pedirla, a diferencia de lo que menciona la literatura. Esto puede entenderse quizás por la necesidad de ayuda que solicitan para aliviar síntomas somáticos que interfiere en su cotidianidad (problemas de sueño, alimentación y concentración). Así también no se observan diferencias muy significativas en cuanto a ideación e intento, por género. En ambos grupos se utilizan los medicamentos y cortes como método, siendo mujer la única que utiliza el ahorcamiento, por ejemplo, así como también se observan en ambos el hecho de volver a intentarlo. Pero de todas maneras, en ambos grupos,

(hombres y mujeres) se observa la necesidad de ser escuchados por un otro en un espacio seguro, donde para la mayoría se hace difícil en un comienzo comenzar a narrar el malestar experimentado.

En este sentido es que se hace relevante al momento de considerar la intervención con adolescentes que presentan depresión, el no banalizar la solicitud de hora con profesional de la salud, ya que puede ser la vía de entrada para muchos adolescentes con alto riesgo suicida, el consultar por dificultades que pueden ser resueltas “aparentemente” sólo con algún medicamento. Estas consideraciones se profundizarán más adelante al momento de realizar sugerencias a partir de esta investigación.

A través de este estudio, es posible observar cómo en la mayoría de los casos entrevistados se presenta la idea de muerte detrás del intento suicida. Si bien es una idea que se va construyendo en el tiempo, al preguntar directamente por la intencionalidad, todos señalan el desear morir. De esta forma se entiende la elección del momento, ya que buscan estar solos; el método, donde saben la medida justa que necesitan y lo vuelven a intentar, en algunos casos. Esto genera importante preocupación, ya que da la impresión que estos/as adolescentes están hoy para relatar su experiencia, debido a que el método no les funcionó o porque alguien los vio y llevó al servicio de urgencia, dando cuenta de lo tarde que se está llegando a la salud mental de esta población.

Así, fue posible observar que luego de un evento desencadenante (discusión con la madre principalmente), experimentan una reacción emocional intolerable, a la que se suma la confirmación explícita de un significado depresivo que se venía generando de larga data, como “*no sirvo para nada*”, “*no le importo a nadie*”, “*no hay solución para esto*”. De esta manera, desde su visión, no les queda otra opción que morir y realizan el intento suicida. En este período de crisis, donde el /la adolescente se da cuenta de que no fue efectivo su intento, momento altamente sensible al cambio por el impacto que genera la cercanía a la muerte o por la sensación de calma que produce (función catártica), que se convierte en una oportunidad también para realizar intervenciones que sean eficaces y oportunas.

Ahora se intentará dar respuesta a los objetivos de esta investigación, donde se buscaba también identificar las razones que mantienen con vida a este grupo de adolescentes que presentó alto riesgo suicida.

Uno de los más relevantes aspectos que los/as adolescentes refieren al momento de

comenzar a hablar sobre qué permitió en la actualidad seguir con vida, tiene relación con la posibilidad de haber accedido a tratamiento por depresión. En este sentido, la mayoría valora positivamente la experiencia terapéutica en su centro de salud de atención primaria.

En relación al uso de fármacos, señalan no sentirse muy a gusto con la sensación que les generaba su uso, ya que dejaban de ser ellos/as de alguna forma, pero logran reflexionar o visualizar que fueron necesarios para retomar su vida cotidiana y también para adentrarse a profundizar sus problemáticas en psicoterapia. Es importante señalar que en la medida que los medicamentos fueron rigurosamente dados por un adulto, generó los efectos esperados, ya que en otros fueron usados para atentar contra su vida.

Los aspectos más valorados por los adolescentes en relación a la psicoterapia, muestra lo relevante que fue para este grupo de adolescentes el contar con un espacio donde poder descomprimir el malestar y dolor encapsulado por mucho tiempo. Esta apertura fue posible en la medida que se transformó en un nuevo vínculo de confianza, con un otro que lo escucha, sin juzgar ni criticar, para luego comenzar el trabajo en sus principales conflictos.

Los/as adolescentes rescatan también la posibilidad de comenzar a utilizar nuevas estrategias que “distriga”, en momentos de conflicto, como salir con amigos, escribir, tocar algún instrumentos, siendo estrategias que les permiten no solo distraerse, sino también regular estados afectivos. Estas estrategias fueron posible de ser efectivas gracias a que el/la adolescente comenzó a recuperarse de su desanimo, pero también en la medida que se trabajó el comenzar a aceptar la ayuda del otro, dándose cuenta en varios casos que ese otro está ahora interesado en ayudar.

De esta forma se convierte en una de las razones más relevantes para no volver intentar atentar contra su vida, la aparición o resignificación de un vínculo que sea significativo para el/la adolescente. Este lugar lo ocupa principalmente la madre, donde una de las razones detrás del intento es sentir la pérdida afectiva y física de esta relación, por lo que se hace fundamental el volver a poseerlo, ya sea por una mayor comprensión o resignificación de la situación de la madre (enfermedad psiquiátrica o baja posibilidad de cambio) o por un cambio real en ella, donde la madre se muestra nuevamente disponible al afecto y cercanía. En otros adolescentes el vínculo lo representa una pareja, con la cual el adolescente se compromete a cuidar esa relación, por lo mismo cuidarse y para otros la relevancia de tener un sus vidas algún hermano menor al cual servir de ejemplo.

Estos vínculos darían cuenta que lo más relevante para este grupo de adolescentes fue convertirse en alguien valioso para un otro significativo, que lo acepta como es, que le devuelve la confianza y lo hace sentir que su vida vale la pena.

Desde ahí el/la adolescente vuelve a pensar en su presente, a disfrutar de las actividades sociales y a aceptar las distintas ayudas que comienzan a aparecer. Sin embargo, se hace relevante mencionar que también hay un cambio individual importante que permite no volver a pensar en la muerte como una posibilidad ante los conflictos. Se describen, luego de todo el proceso, fortalecidos, capaces, valorados, pero también aceptando sus debilidades, lo que permite en algunos adolescentes tener una visión de sí mismos más integrada.

En este sentido, se destaca la capacidad por parte de los/as adolescentes para percibir recursos personales, manifestando mayor seguridad para enfrentarse a situaciones adversas y generar alternativas de acción ante los conflictos, teniendo capacidad de iniciativa ante nuevas situaciones adversas que puedan ocurrir en sus vidas.

Impresiona que este cambio les va permitiendo comenzar a construir un proyecto que los moviliza más allá del propio presente, aspecto fundamental de este momento de la adolescencia, consolidando o pensando en metas, compromisos y adaptaciones al mundo interno como externo, junto con facilitar la delineación de un proyecto de vida que permita orientar las acciones futuras. (Blos, 1971; Sternbach, 2006). Esta nueva proyección de futuro, se ve más esperanzadora, señalando que depende de ellos/as el poder concretarla a través de la vocación profesional, una relación de pareja o logrando independizarse de sus padres.

De esta manera, estas razones para mantenerse con vida y que fueron actuando como disuasores de la idea de muerte, puede pensarse se van convirtiendo en factores protectores, ya que al indagar sobre la situación actual de los adolescentes entrevistados, impresionan que son apropiados y utilizados como soportes para enfrentar nuevas dificultades y conflictos.

Lo anterior mencionado da cuenta de una posibilidad de intervención psicoterapéutica, al conocer y comprender los aspectos más relevantes que este grupo de adolescentes señalan como fundamentales en su situación actual de bienestar. En primer lugar el tratar los síntomas depresivos se hace significativo para que el /la adolescente se sienta capacitado emocional y físicamente para comenzar a trabajar los elementos que generan su malestar. En este punto se hacen relevante tener en cuenta al adolescente que presente conductas impulsivas, sentimientos de soledad, aislamiento, incompetencia y desesperanza.

Se hace relevante también, la presencia de una relación terapéutica cercana y confiable, que medie y permita tramitar el malestar de una manera más reflexiva y beneficiosa (sin conductas de riesgo) para el/la adolescente, es decir, simbolizar el dolor, habilitándolo a comenzar a generar cambios en la percepción de los otros, de sí mismos y del futuro.

Otros de los aspectos que mencionan los/as adolescentes como necesario de incorporar en el trabajo terapéutico, es el realizar intervenciones familiares que permitan desde cambios en las actuales interacciones, hasta mayor comprensión del estado anímico del adolescente. Se hace relevante también trabajar con la familia en su conjunto, ya que esta puede encontrarse en crisis, al igual que el/a adolescente. En este sentido sería beneficioso otorgar un espacio que permita contener la expresión de lo que significó la conducta suicida para cada integrante del grupo familiar.

Es importante considerar que los resultados de esta investigación y los modelos construidos sobre el proceso suicida y las razones para mantenerse con vida presentan limitaciones. Específicamente es importante considerar el número reducido de participantes, la homogeneidad de los casos (adolescentes con depresión), y el restringirse a sólo a una comuna de Santiago, se convierten en limitaciones al momento de generalizar los resultados.

Es relevante considerar también el tiempo que transcurre desde el proceso suicida hasta ser entrevistados, siendo posible que sus relatos sean menos fieles a los recuerdos de ese momento particular de la crisis suicida, y que más bien refleje la situación actual que presenta el/a adolescente. Por este motivo es que se explicita que ambos modelos son construcciones a través de los significados que los adolescentes realizan en la actualidad sobre su proceso suicida.

Sin embargo, los resultados descritos en esta investigación permiten orientar a la búsqueda de estrategias de intervención en adolescentes que solicitan ayuda a centros de atención primaria. En este sentido, colabora con la comprensión del fenómeno y a la vez puede orientar el trabajo psicoterapéutico, fortaleciendo y potenciando las razones para vivir antes mencionadas, reduciendo con esto la posibilidad de que estos vuelvan a manifestar conducta suicida

En relación a los aportes metodológicos, se hace necesario destacar que este estudio se enmarcó dentro de la metodología cualitativa, resultando ser un aporte en el análisis de la información debido a que desde esta perspectiva se pudo acceder de mejor manera a la subjetividad y comprensión de los significados que los/as adolescentes otorgaron a su experiencia suicida y al proceso de desear mantenerse con vida.

Es importante mencionar que futuros estudios en esta problemática debieran contar con muestras más representativas de la realidad nacional, por ejemplos adolescentes que asisten a centros de otras comunas, así como también investigar la temática del suicidio en la población general, por ejemplo desde el contexto escolar. A su vez, sería interesante incluir la exploración de variables psicológicas como la impulsividad, característica de esta etapa, que no fue profundizada en este estudio y que pudiera mediar en el proceso suicida.

De esta manera, a continuación se explicitarán algunas sugerencias, a partir de lo relatado por los/as adolescentes sobre sus experiencias en los distintos dispositivos de salud que intervinieron como abordaje de la depresión, así como también desde la literatura revisada.

Como punto de partida es importante mencionar que dada la complejidad del mecanismo de suicidio entre los/as adolescentes, parece probable que ninguna estrategia/intervención preventiva, por sí sola, es suficiente. Más bien, se necesita de un esfuerzo global, integrado, que implica múltiples agentes (salud, educación, justicia, política y los medios de comunicación) con un enfoque innovador, integral y multisectorial, intencionando un trabajo intersectorial, donde diseñar una estrategia que sea considerada válida para todos los contextos, requiere de una lectura profunda de los mismos. Así, se hace necesario conocer cómo estos agentes o dispositivos, en la actualidad, están relacionados con los/as adolescentes de nuestro país, de qué manera se realizan esfuerzos para realizar trabajos en red y coordinación, y cómo se brindan espacios no sólo físicos sino también emocionales en los distintos contextos, que permitan mayor cercanía y contacto con los adolescentes.

Sugerencias para la atención primaria:

1. Uno de los primeros abordajes a considerar es el de promover y mejorar la capacidad de *identificación de adolescentes con riesgo suicida* a través de instrumentos de pesquisa estandarizados en nuestro país, ya que como la literatura extranjera sugiere, el facilitar herramientas de ayuda diagnóstica a los profesionales de atención primaria, posibilitaría mayor detección.
2. A su vez, mejorar la capacidad de *detección diagnóstica y de manejo terapéutico de los trastornos del ánimo, principalmente de la depresión y consumo de alcohol y drogas*, no sólo en adolescentes mayores de 15 años (garantía GES), sino desde mucho antes. Considerando el alto valor predictivo de estas patologías en la conducta suicida adolescente. En la medida que se realicen *detecciones de factores predictivos* (depresión, consumo de alcohol y drogas)

en conjunto con *evaluación del riesgo suicida*, impresiona se fortalecería la detección de la población de más riesgo.

3. Tener presente *las posibles diferencias de género* a la hora de implementar estrategias de prevención en atención primaria. Especial consideración también el trabajo con adolescentes hombres, incentivando en primer lugar, una mayor cercanía con los centros de atención primaria; y reforzando la pesquisa en el control de salud del adolescente. En este sentido, cobra real importancia el generar espacios (físicos y psicológicos) distintivos para los adolescentes dentro de los centro de salud, siendo la permanencia de las unidades de adolescencia y el dispositivo “espacios amigables”, un lugar a mantener.
4. Fomentar mayor trabajo en red con el sistema educacional de manera de capacitar a padres y profesores en la detección de síntomas y signos que constituyan un factor de riesgo de conducta suicida, en particular la depresión, consumo problemático de alcohol y drogas, problemas familiares y un intento de suicidio previo. También generar instancias de capacitación a padres y profesores en un manejo adecuado de intentos de suicidio por parte de los adolescentes en la escuela, los que deben ser tratados cuidadosamente por toda la comunidad escolar, por el efecto imitación. No sólo centrarse en la detección, sino que también desde la atención primaria coordinar con los establecimientos educacionales protocolos de derivación más expeditos en los casos de mayor urgencia.
5. Implementar en los centros de atención primaria estrategias de prevención universales, selectivas e indicadas, estas son pertinentes y factibles de realizar como por ejemplo a *nivel universal* realizar talleres que mejoren las relaciones paterno-filiales, a nivel selectivo aplicar a todos los adolescentes que asisten al control del joven sano una escala de detección de depresión y de riesgo suicida; y a nivel indicado derivar a intervención especializada (psicoterapia) inmediatamente después de que los/as adolescentes hayan sido evaluados en urgencias (SAPU) por un intento de suicidio.
6. Generar talleres de intervención con adolescentes que presenten algún factor de riesgo suicida, en estilos de afrontamiento, autoestima, impulsividad, y generar planes con ciertos pasos que les indique qué hacer cuando se sientan solos o con deseos de morir. Considerando también que los/as adolescentes no son un grupo cautivo, es relevante también propiciar talleres psicoeducativos con padres o cuidadores, donde se visualice la relevancia de esta temática, así como también capacitar en estrategias de manejo frente a una crisis (discusiones

familiares, términos de relaciones afectivas, fracaso escolar) mostrándoles lo relevantes que son en la regulación afectiva en esta etapa del desarrollo.

7. Trabajar en los centros de atención primaria en mayor coordinación entre los equipos psicosociales y los servicios de urgencia (SAPU), ya que según la experiencia, muchos adolescentes no están siendo registrados, evaluados, ni derivados desde esta instancia de crisis para una intervención focalizada, siendo esta población adolescente (con intento suicida y depresión) uno de los de mayor riesgo.
8. Por último, y no menos relevante es la necesidad de generar instancias de autocuidado en los profesionales de atención primaria (Técnicos paramédicos, matronas, enfermeras, nutricionistas, médicos generales, equipo psicosocial, etc.), ya que el trabajar con esta temática implica muchas veces desgaste emocional y por lo mismo quizá, cierta reticencia a evaluar el riesgo suicida en adolescentes por el impacto que implica.

Referencias

- Aberastury, A. & Knobel, M. (1973). *La Adolescencia Normal: Un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós
- Almonte, C. (1991). *Desarrollo normal y trastornos psicosociales en la edad juvenil*. Capítulo 3. Serie científica médica. Centro de extensión biomédica. Facultad de Medicina Universidad de Chile.
- Almonte, C. (2013). Espectro suicida en la infancia y adolescencia. En Almonte, C. y Montt, M. *Psicopatología Infantil y de la adolescencia*. (2da ed., pp. 560-569). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Álvarez, J. (2003). *Cómo hacer Investigación Cualitativa. Fundamentos y Metodología*. Buenos Aires, Argentina: Paidós Educador.
- Ayuso-Mateos, J., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J. Pérez, V., Sáiz, P. & Saiz Ruiz, J. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 8-23.
- Beck, A., Steer R. & Garbin M. (1998). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Blos, P. (1971) *Psicoanálisis de la adolescencia*. Ciudad de México, México: Joaquín Moritz.
- Brooke, G. (2002). Review of interventions in adolescent suicide. *American Family Physician*, 65(9), 1931- 1967.
- Bustamante, F. & Florenzano, R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos educacionales: una revisión de la literatura. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(2), 126-136.
- Carmona, J., Tobón, F., Jaramillo, J. & Areiza, Y. (2010) El suicidio en la pubertad y adolescencia. Un abordaje desde la psicología social. Medellín, Colombia: Fondo Editorial Funlam.
- Casullo, M., Bonaldi, P. & Fernández, M. (2000) *Comportamiento suicidas en adolescentes. Morir antes de la muerte*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial S.A.
- Cervantes, W. & Melo, E. (2008). El Suicidio en los Adolescentes: Un Problema en Crecimiento. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, Duazary*, 5(2), 148-154.
- Coleman, J. & Hendry, L. (2003) *Psicología de la adolescencia*. Madrid, España: Ed. Morata
- Conterio, K. & Lader, W. (1998) *Bodery hart. The break through healing program for self injurers*. New York. EEUU: Hyperion.

- Coromidas, J. (1987) Breve diccionario etimológico de la lengua castellana. Madrid, España: Ed. Gredos
- Chávez-Hernández, A. M., Medina Núñez, M. C. & Macías- García, L. F. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención de suicidio en jóvenes. *Salud Mental*, 31, 197-203.
- Dávila León O. (2004). Adolescencia y juventud de las Nociones a los abordajes. *Revista última Década*, 12(21), 83-104.
- Denzin, N. & Lincoln, P. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. New York, EE.UU: Sage Publication.
- Diamond, G., O'Malley, A., Wintersteen, M., Peters, S., Yunghans, S., Biddle, O'Brien, C. & Schrand, S. (2012) Attitudes, Practices, and Barriers to Adolescent Suicide and Mental Health Screening: A Survey of Pennsylvania Primary Care Providers. *Journal of Primary Care & Community Health*, 3, 29-35.
- Dour, H., Cha, C. & Nock, M. (2011). Evidence for an emotion-cognition interaction in the statistical prediction of suicide attempts. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 294-298.
- Durkheim, E. (2006). *El suicidio. Estudio de sociología y otros textos complementarios*. Madrid, España: Miño y Dávila.
- Echavarrí, O., Morales, S., Bedregal, P., Barros, J., Maino, M., Fischman, R., Peñaloza F. & Moya, C. (2015) ¿Por qué no me suicidaría? Comparación Entre Pacientes Hospitalizados en un Servicio de Psiquiatría con Distinta Conducta Suicida. *PSYKHE*, 24(1), 1-11 doi:10.7764/psykhe.24.1.667.
- Evans E., Hawton K. & Rodham K. (2005) Suicidal phenomena and abuse in adolescents: a review of epidemiological studies. *Child Abuse Negl.*, 29, 45-58.
- Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, E., Santander, S., Aspillaga, C., & Musalem, C. (2011) Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Revista Médica de Chile*, 139, 1529-1533.
- Fowler, J.C. (2012). Suicide risk assessment in clinical practice: Pragmatic guidelines for imperfect assessments. *Psychotherapy*, 49(1), 81-90.
- García-Valencia, J., Palacio-Acosta, C. A., Vargas, G., Arias, S., Ocampo, M. V., Aguirre, B., & García, H. (2009). Validación del "Inventario de Razones para Vivir" (RFL) en sujetos con conducta suicida de Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38, 66-84.
- Gould M., Greenberg T., Velting D. & Shaffer D. (2003) Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.

- Hjelmeland, H. & Knizek, B. (2010). Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(1), 74-80.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Ciudad de México, México: McGraw-Hill Interamericana.
- Jacobson CM., Marrocco F., Kleinman M. & Gould MS. (2011). Restrictive emotionality, depressive symptoms and suicidal thoughts and behaviors among high school students. *J Youth Adolescent*, 40(6), 656-65.
- Kaufman J., Birmaher B., Brent D., Rao U., Flynn C., Moreci P., Williamson D. & Ryan N. (1997) Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School- age Children - Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatric*, 36, 980-988.
- Krause, M. (1995). La investigación Cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7,19-39.
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. & Valenzuela R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71(3), 183-191.
- Linehan, M., Goodstein, J., Nielsen, S. L. & Chiles, J. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276-286
- Luoma, J., Martin, C. & Pearson, J. (2002) Contact with Mental Health and Primary Care Providers before Suicide: A Review of the Evidence. *The American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909-916.
- Mann J., Apter A., Bertolote J., Beautrais A., Currier D. & Haas A. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 294(16), 2064-2074.
- Martínez, C. (2007). *Introducción a la suicidología*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Martínez, V., Martínez, P., Vöhringer, P., Araya R. & Rojas. G. (2014). Computer-assisted cognitive-behavioral therapy for adolescent depression in primary care clinics in Santiago, Chile (YPSA-M): study protocol for a randomized controlled trial. *TRIALS*, 15, 309. <http://www.trialsjournal.com/content/15/1/309>.
- Martínez, C., Gálvez, C., Quiroz, C., Vicencio, B. & Tomicic, A. (2014) He decido vivir: factores que disuaden a una persona de cometer suicidio. *Revista argentina de clínica psicológica*, 23, 267-280.
- Ministerio de Salud (2012). *Programa nacional de prevención del suicidio*. Santiago, Chile.

- Ministerio de Salud (2009) *Orientaciones Técnicas: Atención de adolescentes con problemas de salud mental dirigida a los equipos de atención primaria de salud*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud (2011). *Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010: evaluación final de período, objetivos de impacto*. (1ª edición). Santiago de Chile. Recuperado el 11 de abril del 2015 de <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/EvaluacionObjetivosSanitarios2000-2010.pdf>.
- Ministerio de Salud (2013). *Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género*. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Santiago, Chile. Recuperado el 29 de abril del 2015 de <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/SituacionActualdelSuicidioAdolescente.pdf>.
- Ministerio de Salud Pública. (2011) *Plan Nacional de prevención del suicidio*. Departamento de programación estratégica en salud y prevención. Uruguay.
- Ministerio de Salud. (2012) *Plan Nacional de prevención del suicidio adolescente*. Argentina.
- Morales, S., Echávarri, O., Zuloaga, F., Barros, J. & Taylor, T. (2014). Pacientes Hospitalizados por Riesgo Suicida: ¿Cómo perciben la ayuda recibida? *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(1), 67-78
- Morales, S., Fischman, R., Echávarri, O., Barros, J., Armijo, I., Moya, C., Maino, M. & Núñez, C. (2016). Vivencia-expresión de la rabia y razones para vivir en un grupo de pacientes chilenos con riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7, 60-68
- O'Connor RC., Rasmussen S. & Hawton K. (2010). Predicting depression, anxiety and self-harm in adolescents: the role of perfectionism and acute life stress. *Behav Res Ther*, 48(1), 52-9.
- Organización Mundial de la salud. (2000). *Prevención del Suicidio: Un instrumento para trabajadores de Atención Primaria en Salud*. Ginebra. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 14 de mayo del 2015 de http://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del Suicidio: Un imperativo global*. Washington, DC Recuperado el 23 de mayo del 2015 de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1.
- Owens, C., Lambert, H., Donovan, J. & Lloyd, J. (2005) A qualitative study of help seeking and primary care consultation prior to suicide. *British Journal of General Practice*, 55, 503-509.
- Páez, E. (2014) *Suicidio en niños y jóvenes: Un encuentro entre Salud y Educación* (3rd ed.). Buenos Aires, Argentina: Rojo Editores.
- Roa, A. (1983). *El mundo adolescente*. Santiago, Chile: Universitaria.

- Roberts, R., Roberts, C. & Xing, Y. (2010). One-year incidence of suicide attempts and associated risk and protective factors among adolescents. *Archives of Suicide Research*, 14, 66-78.
- Rodríguez, J. (2006). Introducción a la psicopatología del adolescente. Capítulo 2. En Valdivia, M. y Condeza M.I. *Psiquiatría del adolescente*. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.
- Rutter, M., Tizard, J., & Whitmore, K. (1970). *Education, Health and Behavior*. Londres: Longman.
- Rutter, P. & Behrendt, A. (2004). Adolescent suicide risk: Four psychosocial factors. *Adolescence*, 39(154), 95-303.
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D. Scott. S., Stevenson, J. Taylor, E. & Thapar, A. (2008) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 5ta edition: Blackwell Publishing.
- Salvo L., Melipillán R. & Castro, A. (2009). Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 4(1),16-23.
- Salvo, L. & Melipillán R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 46(2), 115-123.
- Scribano, A. (2008). *El proceso de investigación social cualitativo*. Buenos Aires, Argentina: Prometeo.
- Shaffer, D. & Pfeffer, C. (2001). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behaviour. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatric*, 40(7), 24-48.
- Sierra, R. (1995). *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Madrid, España: Paraninfo.
- Speckens AE. & Hawton K. (2005). Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: systematic review. *Suicide Life Threat Behavior*, 35(4), 365-387.
- Stanistreet, D., Gabbay M., Jeffrey V. & Taylor, S. (2004). The role of primary care in the prevention of suicide and accidental deaths among young men: an epidemiological study. *British Journal of General Practice*, 54, 254-258.
- Stanley B., Gameroff M., Michalsen V. & Mann J. (2001). Are suicide attempters who self mutilate a unique population? *Am J Psychiatry*, 158, 427-432.
- Sternbach, S (2006). Adolescencia, tiempo y cuerpo en la cultura actual. En *Adolescencias: Trayectorias turbulentas*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.

- Steele, MM. & Doey T. (2007). Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 1: etiology and risk factors. *Can J Psychiatry*, 52(1), 21-33.
- Swann, A., Doughert, D., Pazzaglia, P., Pham, M., Steinberg, J. & Moeller, G. (2005). Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1680-1687.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Tran, K., Wong, Y., Cokley, K., Brownson C., Drum D., Awad G. & Wang M. (2015) Suicidal Asian American College Student perceptions of protective factors: A qualitative study. *Death Study*, Feb 13 [epub ahead of print].
- Ventura-Juncá, R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J., & Garib, M. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 138, 309-315.
- Villa, A., Robles, M., Gutiérrez, E., Martínez, M. Valadez, F. & Cabrera, C. (2009). Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para intento de suicidio. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(6), 643-646.
- Wang, M., Wong, J., Tran, K., Nyutu, P. & Spears, A. (2013) Reasons for Living, Social Support, and Afrocentric Worldview: Assessing Buffering Factors Related to Black Americans' Suicidal Behavior. *Archives of Suicide Research*, 17,136–147, DOI: 10.1080/13811118.2013.776454.
- World Health Organization. Mental health: Country reports and charts available. Geneva: WHO; 2011 [citado 20 abril 2016]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html.
- 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

Propuesta de pauta de entrevista al adolescente

[Esta pauta es flexible, según el desarrollo de la entrevista]

Identificación

Edad: Sexo: M / F
Situación escolar: Situación familiar:

Quisiera agradecerte por participar en esta investigación y recordarte que puedes retirarte si te parece. Tal como conversamos, esta conversación será grabada, manteniendo tu identidad en forma anónima.

Institución de salud: Relación con centro de atención primaria

- Para comenzar, quisiera preguntarte ¿cómo te sientes en estos momentos?
- ¿Cómo fue que llegaste a esta institución? ¿Desde cuándo te atiendes aquí?
- ¿Qué fue lo que pasó para que llegaras acá?
- ¿Qué tipo de tratamiento te han otorgado? (psicoterapia, medicamentos, etc.)
- ¿Cómo evalúas los tratamientos que has recibido? ¿Qué crees que te ha ayudado? ¿Cómo crees que pudieran ayudarte de mejor manera?

Percepción en el tiempo previo a su ideación/intento suicida.

- ¿Cómo ha sido tu experiencia de presentar deseos de morir (ideación/intento)?
- En ese momento, ¿Qué pensabas que eso significaba?
- ¿Tomó algún curso de acción?
- ¿Qué puedes recordar que estaba pasando cuando realizaste tu intento o ideación?
- ¿En algún momento te parecía como si tu vida estaba empezando a perder sentido? ¿Cuándo?
- ¿Qué estaba pasando durante este tiempo?
- ¿A qué crees que se debe? (acontecimiento familiares o del entorno)
- ¿Qué consecuencias ha tenido en tu vida?
- ¿Tu familia ha reaccionado de alguna manera?

Representación de sí mismo y motivaciones individuales para mantenerse con vida

- ¿Cómo te describirías a ti mismo? (Si es necesario, ayudar. Por ejemplo, dime algunos adjetivos que crees que te caracterizan).
- ¿Tienes el sentimiento de haber cambiado durante el último tiempo? ¿En qué y de qué manera? (Si es necesario, ¿Sientes que tu carácter ha cambiado o tu manera de relacionarte con los demás, por ejemplo con tu familia o amigos?).

- ¿Cómo te imaginas tu futuro? ¿Qué te gustaría hacer?
- ¿Qué características personales crees tú han ayudado a no tener deseos de morir? (si es necesario, ¿qué habilidades consideras que posees para enfrentar conflictos o situaciones de estrés).
- ¿Qué piensas sobre cuáles son las cosas que te ayudan a sentirte mejor cuando te sientes deprimido/ansioso/triste/enojado?
- ¿Qué te ha llevado a desistir de querer suicidarte en otras oportunidades? (si es el caso) ¿Qué piensas podría ayudarte a sentirte mejor en tu vida en el futuro?

Vida social, familiar y escolar

- Relaciones familiares: ¿Cómo describirías tu vida familiar? ¿Cómo es la relación con tus papás o hermanos u otros adultos significativos?. Luego indagar de qué manera ellos han contribuido en presentar deseos de vivir.
- Relación con la institución escolar: ¿Cómo te ha ido en el colegio? ¿Has tenido algún tipo de dificultad en el colegio? ¿Cómo es la relación con tus compañeros y profesores?. De qué manera lo han ayudado a mantenerse con vida.
- ¿Qué tipo de actividades te gusta hacer? ¿Practicas alguna en particular? (deporte, prácticas culturales, hobby, etc.). De qué manera esto a ayudado a presentar deseos de vivir.
- Relaciones y referentes significativos: ¿Con quién hablas de tus temas personales habitualmente? ¿A qué personas te sientes más cercano o tienes más confianza? ¿Con quién conversas tus preocupaciones, sentimientos y/o experiencias difíciles? ¿Cómo a influido en tus deseos actuales de mantenerte con vida?

Otros

- ¿Hay otros temas importantes que no hemos abordado? ¿Tienes algo que agregar?
- Si pudieras pedir un deseo...por ejemplo si se encontraras con un genio en una lámpara, ¿qué pedirías?
- Pensando en lo que has ganado a partir de esta experiencia, ¿Qué le recomendarías a otro/a adolescente que está pasando por algo similar?

- Muchas gracias por tu valioso aporte a esta investigación

ESCALA DE SUICIDALIDAD DE OKASHA

Salvo L., Melipillán R. & Castro, A. (2009). Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47(1),16-23

¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?	Nunca	0
	Casi nunca	1
	Algunas veces	2
	Muchas veces	3
¿Has deseado alguna vez estar muerto?	Nunca	0
	Casi Nunca	1
	Algunas veces	2
	Muchas veces	3
¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?	Nunca	0
	Casi Nunca	1
	Algunas veces	2
	Muchas veces	3
¿Has intentado suicidarte?	Ningún intento	0
	Un intento	1
	Dos intentos	2
	Tres o más intentos	3

Características:

- Validada en Chile para estudiantes 1° a 4° medio.
- Rango de edad: 13 a 19 años.
- Tiempo de aplicación: de 5 a 10 min.
- Sensibilidad 90% / Especificidad 79%.
- Punto de corte: 5.



CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES (18 o más años)

“¿Por qué no suicidarme? Significados construidos sobre el riesgo suicida en adolescentes que asisten a tratamiento por depresión a centros de atención primaria”

Nombre investigadora responsable: Ps. Leslie Achui Díaz.

Esta investigación tiene como objetivo describir la construcción de significados que realizan los/as adolescentes, que se encuentran en tratamiento por depresión en centros de atención primaria de salud (APS) y que presentaron en un inicio del tratamiento alto riesgo suicida, acerca de las razones y/o motivaciones para mantenerse con vida luego de un seguimiento de 6 meses.

Los adolescentes que cumplan con los requisitos de selección, es decir, haber presentado en un comienzo del tratamiento por depresión, alto riesgo suicida y luego bajo riesgo, se les invitará a **participar de una entrevista**, de una duración aproximada de una hora cada una, realizada por la investigadora responsable en un lugar que sea cómodo para el/la adolescente.

Tu participación no debiera representar ningún riesgo y puedes rechazar continuar o responder las preguntas que te pongan incómodo/a. Sin embargo, en caso de que presentes algún indicador de riesgo para tu salud o vida, se informará a tu centro de salud y se coordinará la atención correspondiente en salud mental.

Tu participación en esta investigación, **no representa ningún costo económico para ti**. Tampoco serás compensado/a económicamente por participar.

Tu participación entregará información útil para comprender de mejor manera las experiencias de los/as adolescentes que han experimentado algún riesgo de suicidio y de esta manera mejorar las prácticas que se realizan para enfrentar esta situación, siendo más ajustadas a tus necesidades como adolescente. Del mismo modo, tu experiencia en esta temática **representa un beneficio y una oportunidad de elaboración** que podría complementar el trabajo clínico de tus terapeutas. Puedes ponerte de acuerdo con la investigadora responsable sobre la manera en que se entregará un producto sobre los resultados.

La investigadora responsable realizará las entrevistas y tus respuestas serán registradas en audio y posteriormente analizadas. Toda la información derivada de este estudio será conservada con estricta **confidencialidad**. Los resultados del estudio pueden ser usados para comunicaciones o publicaciones científicas, y tu información será completamente anónima, garantizando la protección de mi identidad y privacidad.

Si decides no participar de este estudio de igual modo vas a recibir los servicios que ofrece tu Centro de Salud.

Tu participación es total y completamente voluntaria, y puedes retirarte en cualquier momento de la investigación, comunicándolo al investigador responsable.

En caso que necesitaras más información sobre nuestra participación, puedes comunicarme con **Leslie Achui Díaz**, al teléfono 96908305 o al correo electrónico lachuidiaz@gmail.com



04 DIC. 2015

En caso de cualquier duda sobre tus derechos o de haberte sentido perjudicado/a por tu participación, puedes comunicarte con el Presidente del Comité de Ética en Investigación en seres humanos de la Facultad de Medicina Universidad de Chile, que aprobó el estudio, al teléfono: 29789536 email: comiteceish@med.uchile.cl

Este documento se firma en dos copias, una para la investigadora y otra para ti.

Conclusión:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, Yo, _____, Rut: _____ he comprendido cabalmente el texto anterior, consiento voluntariamente participar en el estudio y doy mi autorización para la publicación de los datos en este estudio en medios de difusión científica, manteniendo su anonimato.

Firma del adolescente

Firma de la investigadora responsable

Nombre y firma de la persona que toma conocimiento del consentimiento informado

Nombre y firma del /la Delegado/a o Ministro/a de Fe

Lugar y fecha _____



04 DIC. 2015

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES (Menores de 18 años)

“¿Por qué no suicidarme? Significados construidos sobre el riesgo suicida en adolescentes que asisten a tratamiento por depresión a centros de atención primaria”

Nombre investigadora responsable: Ps. Leslie Achui Díaz.

Esta investigación tiene como objetivo describir la construcción de significados que realizan los/as adolescentes, que se encuentran en tratamiento por depresión en centros de atención primaria de salud (APS) y que presentaron en un inicio del tratamiento alto riesgo suicida, acerca de las razones y/o motivaciones para mantenerse con vida luego de un seguimiento de 6 meses.

Los adolescentes que cumplan con los requisitos de selección, es decir, haber presentado en un comienzo del tratamiento por depresión, alto riesgo suicida y luego bajo riesgo, se les invitará a **participar de una entrevista**, de una duración aproximada de una hora cada una, realizada por la investigadora responsable en un lugar que sea cómodo para el/la adolescente.

Tu participación no debiera representar ningún riesgo y puedes rechazar continuar o responder las preguntas que te pongan incómodo/a. Sin embargo, en caso de que presentes algún indicador de riesgo para tu salud o vida, se informará a tu centro de salud y se coordinará la atención correspondiente en salud mental.

Tu participación en esta investigación, **no representa ningún costo económico para ti**. Tampoco serás compensado/a económicamente por participar.

Tu participación entregará información útil para comprender de mejor manera las experiencias de los/as adolescentes que han experimentado algún riesgo de suicidio y de esta manera mejorar las prácticas que se realizan para enfrentar esta situación, siendo más ajustadas a tus necesidades como adolescente. Del mismo modo, tu experiencia en esta temática **representa un beneficio y una oportunidad de elaboración** que podría complementar el trabajo clínico de tus terapeutas. Sobre puedes ponerte de acuerdo con la investigadora responsable sobre la manera en que se entregará un producto sobre los resultados.

La investigadora responsable realizará las entrevistas y tus respuestas serán registradas en audio y posteriormente analizadas. Toda la información derivada de este estudio será conservada con estricta **confidencialidad**. Los resultados del estudio pueden ser usados para comunicaciones o publicaciones científicas, y tu información será completamente anónima, garantizando la protección de mi identidad y privacidad.

Si decides no participar de este estudio de igual modo vas a recibir los servicios que ofrece tu Centro de Salud.

Tu participación es total y completamente voluntaria, y puedes retirarte en cualquier momento de la investigación, comunicándoselo al investigador responsable.

En caso que necesitaras más información sobre nuestra participación, puedes comunicarme con **Leslie Achui Díaz**, al teléfono 96908305 o al correo electrónico lachuidiaz@gmail.com.



04 DIC. 2015

En caso de cualquier duda sobre tus derechos o de haberte sentido perjudicado/a por tu participación, puedes comunicarte con el Presidente del Comité de Ética en Investigación en seres humanos de la Facultad de Medicina Universidad de Chile, que aprobó el estudio, al teléfono: 29789536 email: comiteceish@med.uchile.cl

Este documento se firma en dos copias, una para la investigadora y otra para ti.

Conclusión:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, Yo, _____, Rut: _____ he comprendido cabalmente el texto anterior, asiento voluntariamente participar en el estudio y doy mi autorización para la publicación de los datos en este estudio en medios de difusión científica, manteniendo su anonimato.

Firma de la adolescente

Firma de la investigadora responsable

Nombre y firma de la persona que toma conocimiento del consentimiento informado

Nombre y firma del /la Delegado/a o Ministro/a de Fe

Lugar y fecha _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES O TUTORES
“¿Por qué no suicidarme? Significados construidos sobre el riesgo suicida en adolescentes que asisten a tratamiento por depresión a centros de atención primaria”
Nombre investigadora responsable: Ps. Leslie Achui Díaz.

04 DIC. 2015

Esta es una invitación para que su hijo/a participe en el estudio “¿Por qué no suicidarme? Significados construidos sobre el riesgo suicida en adolescentes que asisten a tratamiento por depresión a centros de atención primaria” a cargo de la investigadora Leslie Achui Díaz, psicóloga estudiante del Magister en Psicología Clínica Infanto Juvenil de la Universidad de Chile, cuya profesora guía es la Dra. Vania Martínez Nahuel. El objeto de esta carta es ayudarlo/a a tomar la decisión para dar su consentimiento en forma voluntaria para que su hijo/a participe en esta investigación.

Como lo indica su nombre, el estudio busca recoger la visión de los/las adolescentes que han asistido a tratamiento por depresión en un centro de atención primaria de salud.

En virtud de lo anterior, la participación de los/las adolescentes es de suma importancia y consistirá en una **entrevista individual** de aproximadamente 1 hora, en su centro de salud. El objetivo de la entrevista individual, es poder conocer y compartir las diferentes visiones y experiencias de los/las adolescentes, profundizando en la comprensión del riesgo suicida y de sus motivaciones que le han permitido disminuir este riesgo.

La entrevista individual será grabada en audio y video, y dicha información será usada exclusivamente para los fines de esta investigación, cuyos resultados serán publicados y/o presentados. Si accede a participar se resguardará estrictamente el anonimato y la absoluta confidencialidad de la información, la que será manejada exclusivamente por parte del equipo docente del Magister en Psicología mención Psicología Clínica Infanto Juvenil de la Universidad de Chile. La información obtenida será almacenada e identificada con números, por lo cual no se podrán reconocer de ninguna manera ni los nombres ni otros datos que permitieran identificar a los participantes. La información será resguardada por la investigadora en su oficina de trabajo, evitándose que personas ajenas a la investigación tengan acceso a ella.

Su participación es **totalmente voluntaria y puede negarse a participar** o decidir en cualquier momento dejar de participar sin ninguna consecuencia para usted.

Se espera que la participación de su hijo/a tenga un efecto beneficioso, en la medida que permitan reflexionar respecto a este tema de manera individual y no conlleva riesgos. Del mismo modo, tampoco consideran ningún beneficio o compensación asociados, ni para usted ni para los demás participantes.

En caso de que el/la adolescente presentará alto riesgo suicida o alguna otra situación de riesgo, se informará a su centro de salud y se coordinará la atención correspondiente en salud mental.

Los resultados finales de esta investigación estarán a su disposición, para lo cual usted podrá contactar a la Investigadora responsable del estudio y acordar el procedimiento mediante el cual se le haga llegar la información.

Le informamos además, que el *Comité de Ética en Investigación en seres humanos de la Facultad de Medicina Universidad de Chile*, evaluó el proyecto de investigación, con la finalidad de resguardar el cumplimiento de las exigencias éticas en su implementación, específicamente en lo relativo al resguardo de la integridad de los/las adolescentes involucrados en el estudio.



04 DIC. 2015

Finalmente quisiéramos señalarle que su consentimiento para la participación, será una contribución relevante al desarrollo de lineamientos para la intervención con adolescentes que solicitan de una atención en los centros de salud, entregándoles un mejor apoyo y tratamiento.

En caso que su respuesta sea positiva, y con el fin de completar los datos de la investigación, le solicitamos que por favor firme el Formulario de Consentimiento que se adjunta. Se le entregará una copia impresa idéntica de este documento.

En caso que necesitara más información sobre nuestra participación, sé que puedo comunicarme con **Leslie Achui Díaz**, al teléfono 96908305 o al correo electrónico lachuidiaz@gmail.com

En caso de cualquier duda sobre mis derechos o de haberme sentido perjudicado por mi participación, me puedo comunicar con el Presidente del Comité de Ética en Investigación en seres humanos de la Facultad de Medicina Universidad de Chile, que aprobó el estudio, al teléfono: 29789536 email: comiteceish@med.uchile.cl

Este documento se firma en dos copias, una para la investigadora y otra para usted.

Conclusión:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas nuestras dudas, Yo,

_____, Rut: _____

he comprendido cabalmente el texto anterior, consiento voluntariamente a que mi hijo/a participe en el estudio y doy mi autorización para la publicación de los datos de mi hijo/a en este estudio en medios de difusión científica, manteniendo su anonimato.

Firma de padre, madre o tutor

Firma de la investigadora responsable

Nombre y firma de la persona que toma conocimiento del consentimiento informado

Nombre y firma del /la Delegado/a o Ministro/a de Fe

Lugar y fecha _____



04 DIC. 2015

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO

FECHA: 04 de diciembre de 2015.

PROYECTO: "POR QUÉ NO SUICIDARME? SIGNIFICADOS CONSTRUIDOS SOBRE EL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN A TRATAMIENTO POR DEPRESIÓN A CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD."

INVESTIGADOR RESPONSABLE: SRTA. LESLIE ACHUI DÍAZ

INSTITUCIÓN: PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO MAGISTER. PROFESOR GUÍA DRA. VANIA MARTÍNEZ NAHUEL, CENTRO DE MEDICINA REPRODUCTIVA Y DESARROLLO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (CEMERA), FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE.

Con fecha 10 de noviembre de 2015, el proyecto ha sido analizado a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de la Guía Internacional de Ética para la Investigación Biomédica que involucra sujetos humanos CIOMS 1992, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

Sobre la base de la información proporcionada en el texto del proyecto el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.

Este comité también analizó y aprobó el correspondiente documento de Consentimiento Informado en su versión original de fecha 21 de octubre de 2015.

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.



04 DIC. 2015

**INTEGRANTES DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
EN SERES HUMANOS**

NOMBRE	CARGO	RELACIÓN CON LA INSTITUCIÓN
Dr. Manuel Oyarzún	Presidente	Sí
Prof. Gina Raineri	Secretaria Ejecutiva	Sí
Dra. Lucia Cifuentes	Miembro	Sí
Prof. M. Julieta González	Miembro	Sí
Dra. Grisel Orellana	Miembro	Sí
Dr. Miguel O' Ryan	Miembro	Sí
Sra. Claudia Marshall	Miembro	Sí

Santiago, 04 de diciembre de 2015.


Prof. Gina Raineri B.
Secretaria Ejecutiva CEISH

GRB/lom.
c.c.: - lachuidiaz@gmail.com
- Proyecto N° 186-2015
- Archivo ACTA AP-154

ENTREVISTA N° 1

Entrevistada: Daniela (Seudónimo) (D).

Edad: 19

Sexo: F

Situación escolar: Egresada de 4to medio, cursando preuniversitario. Trabaja

Situación familiar: Padres separados, vive con madre, abuelos, tía y primo. Contacto frecuente y cercano con su padre.

Entrevistadora: Leslie Achui (L)

Lugar: Unidad de Adolescencia - Centro de Salud Alejandro del Río, Puente Alto.

Tratamiento en el centro de salud: 2015. Psicoterapia (10 meses aprox.) + psicofármacos (médico del consultorio). Sertralina.

1	<p>Leslie: Para comenzar, quisiera preguntarte ¿cómo te has sentido en las últimas semanas? Daniela (seudónimo): He estado tranquila...me he sentido mucho mejor que a fin de año.</p>
2	<p>L: ¿Recuerdas cuándo fue y por qué motivo ingresaste al centro de salud? D: La primera vez me trajeron, bueno mi mamá quería que hiciera un tratamiento...yo no estaba muy motivada para hacerlo porque yo sentía que no estaba mal. Claro ahora que lo pienso, las cosas que hacía estaban muy mal, pero era chica y no cachaba. L: ¿Cuántos años tenías? D: Como 12 o 13 años.</p>
3	<p>L: ¿Y cómo te lo plantea tu madre? D: Me lo planteó como ya...tienes que ir...como una orden y yo accedí porque la vi preocupada. Bueno, del colegio la llamaron porque me pillaron cortándome y bueno yo la vi preocupada y entonces accedí.</p>
4	<p>L: En esa primera vez que te traen al centro de salud, ¿recuerdas cómo fue el tratamiento que te ofrecieron? D: Sí, me dieron tratamiento psicológico y pastillas.</p>
5	<p>L: ¿Y recuerdas cómo aceptaste ese tratamiento? D: Como me los daba mi mamá fueron súper rigurosos, mi mamá y mi abuela. Entonces todos los días obligada a tomármelos.</p>
6	<p>L: Y del tratamiento psicológico, ¿de qué te acuerdas? D: Que no me gustaba mi psicóloga, bueno tuve una psicóloga particular antes de llegar al consultorio. Una de mis psicólogas se suicidó...entonces para mí fue fuerte y le decía a mi mamá cómo me va ayudar una persona así. Ya no me gustaba venir mucho a médico y cosas así, entonces luego de eso menos, en realidad lo que no me gusta es que me manden. L: No te gustaba que te dieran indicaciones. D: Nunca, bueno ahora lo comprendo más.</p>
7	<p>L: ¿Cómo te enteraste de esa noticia? D: Lo que pasa es que yo hablaba por teléfono con mi psicóloga, siempre que tenía algún problema la llamaba y un día la llamé y me contestó la mamá y me dijo así “ella falleció y se mató”...quedé mal. L: ¿Y esa era tu primera experiencia terapéutica? D: Sí, imagínese la desconfianza.</p>
8	<p>L: ¿Y cómo fue ese proceso para nuevamente confiar en otro tratamiento? D: Me costó mucho, me demoré como un año en tomar otro tratamiento, pero mi mamá insistió y me trajo al consultorio. Igual la desconfianza seguía porque uno se imagina si ella no pudo con esto, cómo yo voy a poder. En el consultorio me dieron los medicamentos y tratamiento psicológico.</p>
9	<p>L: ¿Recuerdas que aspectos se abordaron en el tratamiento psicológico en el consultorio? D: Sí, en un principio tenía que ver con mi núcleo familiar, de mi papá y mi mamá. Me hacían</p>

	dibujar y buscar canalizar lo que sentía al cortarme en otras cosas... eso igual me ayudó, porque en este tratamiento como que le tomé el peso a lo que estaba haciendo.
10	L: Entonces, antes de llegar al consultorio ¿no habías trabajado lo de los cortes? D: Nada, no me daba cuenta de lo complicado que era, pero bueno en ese momento era la forma que tenía de aliviar la rabia y me castigaba con eso, porque me sentía culpable por la separación de mis papás y por eso lo mantenía oculto.
11	L: ¿Cómo fue el momento en que descubrieron lo que te estaba pasando? D: Primero fueron mis amigas, estábamos jugando y me toparon la muñeca y yo me quejé y me vieron el brazo, yo les pedí que no dijeran nada. Al tiempo después, yo me demoré en el baño porque me sentía mal y ahí mis amigas le dijeron a mi profesora y ahí bajaron todos a verme, profesora, inspectora, compañeras y la enfermera. Y de ahí obvio le dijeron a mi mamá y ahí me trajeron, la segunda vez.
12	L: Más adelante vamos a retomar este aspecto Daniela, entonces este último tratamiento, ¿por qué motivo fue? D: Este último fue en el 2014, volví porque nuevamente presenté una depresión. El primero tenía que ver con la separación de mis padres, los cortes y el deseo de no seguir viviendo, tenía como 12 años. Esta última vez fue completamente distinto porque ahora yo lo decidí. Llegó un momento en que yo me di cuenta que hasta peleaba con mi papá, cosa que nunca había pasado, entonces dije nopo no estoy bien, estoy deprimida, no me siento bien, estoy todo el día encerrada en mi pieza, lloraba, no comía...no hacía nada. Entonces un día discutiendo con mi papá le saqué muchas cosas en cara y caché que tenía que venir al psicólogo y ahí yo vine a pedir hora. Creo que fue una decisión mucho más madura y tenía más conciencia de lo que me pasaba.
13	L: Entonces esta última vez no fue porque te estabas haciendo daño, sino mas bien lograste darte cuenta que no te sentías bien y solicitaste ayuda. En el primer tratamiento ¿se trabajó esta conciencia de que no estabas bien, recibiste información sobre lo que significaba tener depresión? D: No mucho, no me dijeron la depresión es tal cosa. Sí trabajamos esa culpa de la separación, pero yo me di cuenta ahora que estaba comenzando con la misma sensación de pena y no quería llegar al límite nuevamente de pensar en morir. Esta vez sí sentí mucha mucha pena, antes era más rabia y culpa, ahora lo último fue tristeza. Me levantaba a veces, si es que me levantaba y me despertaba enojada y no le hablaba a nadie. Esta 2da vez tenía que ver con que mi abuela falleciera y como que todo se me juntó y no quería saber nada de nadie.
14	L: Retomando la temática sobre deseo de no querer vivir, ¿te acuerdas cómo comenzó? D: Cuando tuve la primera vez depresión lo pensaba mucho, era una idea que estaba constantemente en mi cabeza, pero no me acuerdo muy bien como se me puso esa idea en la cabeza. Lo que si me acuerdo que la idea de cortarme y de morir vinieron juntas, porque yo siempre había pensado que yo, sin mi papá, no soy nadie y el momento en que vi esa escena donde mi papá salía de la casa fue horrible, fuerte, de un día para otro ver sus cosas en bolsas de basura, viéndolo subirse al auto llorando y pidiéndome perdón fue muy fuerte. Entonces ahí empecé a sentir que si no estaba con él no quería vivir.
15	L: ¿Cómo se relacionaba esta situación con los cortes? D: Luego de que mi papá se fuera, un día en que estaba sola en la casa y era raro que me quedaría sola, agarré la navaja que estaba en el baño y me fui para la pieza, me corté la pierna y me empezó a salir mucha sangre y me asuste...antes ya me había cortado, pero esta vez era en la pierna y fue muy profundo...salía mucha sangre y me asusté y no sabía qué hacer y ahí dije no...no puedo seguir haciendo esto, no puedo dejar a mi mamá a mi papá con la responsabilidad de mi muerte por su separación.
16	L: Entonces en este último corte ¿pensaste en morir? D: Si, ese corte fue para eso. Los cortes comenzaron como al año de que mis papás se separaron, no

	<p>fue inmediato. Ellos como que volvían y luego se enojaban, entonces yo me empecé a cansar de esa situación, yo ya no los quería ver juntos porque les hacia mal a ellos y me hacia mal a mí, porque pensaba que ese esfuerzo de volver, lo hacían por mi y más rabia me daba porque nunca me ha gustado ser una carga para las personas...siempre me ha gustado hacerme cargo de mis cosas y que ellos estuvieran volviendo por mi estabilidad no me gustaba.</p> <p>Ese día no me acuerdo que había pasado, pero en muchas ocasiones me despertaba pensando en la idea de morir y luego o tenía que hacer otra cosa o otra idea ocupaba mi cabeza y no lo hacía.</p>
17	<p>L: ¿Qué sentías cuando te cortabas?</p> <p>D: Como que con eso no sentía tanta pena, pero a la vez me estaba castigando porque pensaba que era por mí culpa la separación. Por ejemplo, mi mamá me retaba y mi papá se enojaba con ella de porque me retaba de esa forma y así comenzaban las discusiones, entonces esa idea comenzó a quedar en mí.</p> <p>Es extraño, pero esa idea me tranquilizó al sacarme de la angustia que generaba el pensar el por qué de la separación. Al asumirlo como mi responsabilidad, ya tenía la solución que era castigarme con los cortes, y también me aliviaba la sensación que me generaba, aunque la primera vez me dolió, después era un placer y las últimas veces ya no sentía nada, solo culpa y que esto se me había ido de las manos. Luego de 3 años de la separación, mi papá me dio una explicación de por qué se separaron y me contaron que ya no había cariño.</p>
18	<p>L: Cuéntame un poco más sobre esa sensación de pérdida de control con los cortes</p> <p>D: Ese año que comencé a cortarme también había repetido, entonces una compañera más pequeña tenía problemas parecidos a los míos y comenzó a cortarse porque me vio a mí, ahí dije ya no más, porque me dio mucha pena. Siempre he sido muy protectora con la gente que quiero y ver que ella se hacía daño quizás no directamente por mi culpa, pero que había sacado la idea, me sentí mal. Ahí fue cuando mi profesora después supo y le contó a mi mamá.</p>
19	<p>L: ¿En algún momento quisiste contarles a tus papás lo que te estaba pasando?</p> <p>D: No, nunca, a pesar de que tenía como unos 15 años. Aunque sabía que lo que estaba haciendo socialmente no era bueno, decirle oye mamá me estoy cortando no lo veía como una posibilidad, por eso usaba polerones manga larga, andaba tapada entera y todos me criticaban y me defendía diciéndoles que me gustaba andar así.</p>
20	<p>L: ¿Además de los cortes, ocultabas también el cómo te sentías?</p> <p>D: Sí, yo no lloraba con mi mamá, no lloraba con nadie. Me iba a mi pieza a llorar y cuando entraba me hacia la tonta y me creían.</p>
21	<p>L: ¿Por qué crees que lo ocultabas?</p> <p>D: Por las reacciones de mi mamá. Cuando se enteró de los cortes por la profesora, le contó a toda mi familia y fue un show ver a toda mi casa llorando. No habló directamente conmigo, habló con los demás, por eso yo me asusté tanto cuando del colegio llamaron a mi mamá para contarle, me daba vergüenza que supieran.</p> <p>Cuando llegamos me fui a mi pieza y ella les contó a todos, se sentó a mi lado y se puso a llorar. Después me preguntó por qué lo hacía, que ella me amaba y yo estaba como bloqueada, porque cuando me cortaba en lo que menos pensaba era en el efecto que podía causar en los demás, porque se suponía que nadie se iba a enterar. Cuando vi su dolor me di cuenta de su preocupación.</p>
22	<p>L: Antes de esta reacción, ¿habías sentido que ellos se preocupaban por ti?</p> <p>D: No, porque no me veían mal...yo no me dejaba ver mal, pasaba en mi pieza, a veces no bajaba ni a comer. Pensé que nunca se enterarían porque era mi dolor. Después todos me decían lo mucho que me querían, entonces más mal me sentía por causarles dolor, pero igual no paré de cortarme, estaba como atrapada. Después cuando se enteró mi papá, él no paraba de llorar y se culpaba por dejar de querer a mi mamá y las consecuencias que eso trajo. Ahí al verlo a él llorar dije “estoy mal”, pero aún así no quería venir al psicólogo, no me gustaba la idea de exponerme a contar todo esto, me las quería arreglar sola y no me gustaba la idea de que me dijeran lo que tenía que hacer.</p>
23	<p>L: En general, ¿cómo reaccionan en tu casa cuando alguien lo está pasando mal?</p> <p>D: Mmmmm, como que a nadie se le nota, solo a mi mamá que en su cara anda triste, pero es como</p>

	natural que cada uno esté en su pieza, no se habla mucho de eso en realidad. Cada uno tiene su carácter y yo sobretodo. Cuando pequeña tenía problemas en el jardín porque no tomaba mucho en cuenta lo que me decían los demás niños y reaccionaba muy mal cuando no hacían lo que yo quería, era muy agresiva y les pegaba.
24	L: ¿Y cómo reaccionan en tu casa cuando se enteraban de esto? D: Se reían, lo veían como una gracia, la niña chica y yo igual lo pasaba mal, tenía mucha rabia, pero después de los 10 años en adelante no peleaba, me sentía mal haciendo eso y como que me fui para adentro. Igual pasó ahí la separación y maduré porque ya no tenía a mi papá para que me defendiera, además nació mi primo, ya no era la más pequeña y tenía que madurar.
25	L: ¿Qué significaba para ti madurar? D: En ese tiempo creo que era dejar los problemas de lado, ayudar más en la casa, hasta quería trabajar. En cambio cuando era pequeña y estaba enferma por ejemplo toda la familia se preocupaba mucho “yo era la guagua de la familia” “la guagua está enferma” y no me gusta eso porque ahora no quiero que me sigan tratando como niña.
26	L: Retomando la idea de que al principio no querías venir al psicólogo, además de que no te gusta que te digan que hacer, ¿se relacionará también con lo que mencionas de valértelas por tí misma? D: Si, porque me cuesta recibir ayuda. Yo soy siempre la que ayuda, la que escucha a los compañeros, entonces si alguien me ve mal o así como débil, no me gusta. Yo sé que si estoy muy mal, hago un esfuerzo por no demostrarlo...no me gusta generar preocupación, como que prefiero ponerme una capa para que nadie sepa, así que me costó mucho comenzar a venir a tratamiento.
27	L: En un principio ¿se abordó en el tratamiento el cómo manejar estos deseos de morir? D: Sí, mi psicóloga me preguntaba qué otras cosas yo disfrutaba hacer, y a mí me gustaba la música así que comenzamos a trabajar en cómo ir canalizando esa angustia que tenía de otras maneras, como por escuchar música que me generara emociones más positivas, que me fueran distrayendo. Bueno y también conversaron con mi mamá que me escondiera los cuchillos, Gillette, sacapuntas, espejos...mi pieza quedó pelada, no tenía nada, nada nada.
28	L: ¿Cómo sentiste eso? D: Lo sentí como si fuera enferma, como ¿estoy muy mal?, ahí también me di cuenta que estaba muy mal y que lo que estaba haciendo era preocupante. Mi mamá nunca fue de revisarme mi pieza o mis cajones, era mucho. Llegue a tener como 5 navajas en mi cajón...ahí reaccioné y vi la gravedad.
29	L: ¿Sentiste algo más? D: Como un vacío, porque cuando me sentía mal abría el cajón y de alguna manera me aliviaba saber que tenía algo para aliviarme, tenía un objeto y ahora nada.
30	L: ¿Cómo lo hiciste Daniela para enfrentar ahora esas emociones sin esos objetos? D: Me acuerdo que estaba aprendiendo a tocar guitarra y me acerqué mucho a mi profesora de música y ella me enseñó a tocar guitarra y de ahí me metí mas en el tema del canto y eso comenzó a ocupar mi cabeza. Era una habilidad que tenía, pero que no sabía que me podía servir para sentirme mejor.
31	L: ¿De qué manera crees que te fue ayudando? D: Sentirme buena en eso, de que era capaz de hacer algo nuevo y que ocupaba mi tiempo, pero también yo creo que al ser música algo como mas sensorial creo que me fue como ayudando a contactarme con mis emociones, como a calmarme. También me fue ayudando, y eso también lo aprendí en el tratamiento, a ser más expresiva con lo que siento, aunque los demás no estén tan disponibles hay que buscarlo, eso me fue ayudando a confiar que los demás también pueden ayudarme, pero depende de mí el acercarme, porque no son adivinos.
32	L: ¿A tus padres los incluyeron en los tratamientos? D: Mas en las primeras sesiones, más que nada para explicarles lo que tenía y los resguardos para que no me cortara. Y eso creo que hizo falta en algún momento, como algo más familiar.

33	<p>L: Ese aspecto es muy importante Daniela, de ir describiendo también desde tu experiencia que otros elementos sientes que podrían incluirse en un tratamiento en depresión con adolescentes que presenten riesgo suicida. Pasando ahora a aspectos más individuales que puedes reconocer en ti misma que ayudaron a enfrentar ese proceso. ¿cómo te describirías a ti misma?</p> <p>D: Pesada, que soy muy mamá en el sentido que me preocupo mucho por el bienestar de los demás y ahora que soy muy risueña.</p>
34	<p>L: ¿Tienes el sentimiento de haber cambiado durante el último tiempo? ¿En qué y de qué manera? ¿Sientes que tu carácter ha cambiado o tu manera de relacionarte con los demás, por ejemplo con tu familia o amigos?</p> <p>D: Yo creo que sí. Ahora igual me cuesta menos contar lo que me pasa. Tengo la confianza conmigo misma de que si tengo un problema se lo puedo ir a contar a una amiga, cosa que antes no hacía.</p>
35	<p>L: ¿Y cómo ha sido ahora Daniela situarte en ese lugar, antes solo escuchabas?</p> <p>D: Es difícil, porque yo creo que mis amigas nunca me habían visto llorar o nunca me habían visto preocupada por algo...entonces pa mi fue complicado. Mi pared de la amiga fuerte, enojona ya no estaba, igual fue complicado porque no me gusta que me vean como yo soy normalmente, cariñosa, sentimental, de piel, como que no me gusta que me vean así.</p>
36	<p>L: ¿Qué te pasaba si te veían así?</p> <p>D: Es que yo me sentía más frágil, y eso me hacía pensar que me podían pasar a llevar y ahora me he dado cuenta que no es así, no me han hecho sentir menos por ser más honesta, al revés me ha ayudado un montón. No solo con mis amigas, con todos, igual me siento más fuerte y más clara, así como que esa idea de ser vulnerable ya no la siento. Como que soy las dos Daniela en una, sensible, pero a la vez más fuerte. Por ejemplo ahora cuando siento mucha pena, puedo hablar sobre lo que me pasa sin llorar, eso es algo que me gusta.</p>
37	<p>L: ¿En algo más sientes que has cambiado?</p> <p>D:Yo creo que en la capacidad...la paciencia, tengo mucha más paciencia que antes. Ahora cuando algo no me resulta como quiero lo dejo a un lado y después sigo, o no me frustro tanto y digo “ya filo, no es pa tanto”.</p>
38	<p>L: ¿Crees que ha cambiado en algo el cómo te relacionas con tu familia?</p> <p>D:Si, si ahora me siento como más independiente y eso igual en la casa afecta. Siempre me han visto como la guagua, la Danielita, la niña no sale se queda en la casa o la niña no toma decisiones o la niña no me contesta, siempre está de acuerdo conmigo, como que en eso cambió. Ahora trato de que entiendan mis puntos de vista, ahora sí creo en algo yo lo defiendo mucho y no con tanta rabia, sino que más con decisión, como que me creo el cuento. Antes hacía caso en todo, no cuestionaba a mis abuelos ni a mi mamá, más que nada mi abuelo siempre ha sido muy machista se hace lo que él dice.</p>
39	<p>L: ¿Daniela en la actualidad, cómo te imaginas tu futuro? ¿Qué te gustaría hacer?</p> <p>D: Yo creo que posiblemente sin mis abuelos, están viejitos y creo que en cualquier momento pueden partir. Posiblemente ya no esté en la casa, viviendo quizás con mi papá o sola, igual complicado vivirlo, igual me voy a sentir mal por la gente que está en mi casa porque es dejar una parte de mi vida, no es que me vaya y me olvide, es distinto porque no voy a estar todos los días con ellos y veo a mi mamá con un bebé y eso es lo que más me preocupa porque siento que mi mamá no tiene la madurez para tener otro hijo, o quizás tengo miedo de que sea irresponsable como lo fue conmigo. En realidad siempre se me viene a la mente esos dos años de vacío que tuvimos, de esa mamá cercana y amiga, no, y era una edad muy importante para mí de los 15 años. Ese año ella estaba empezando a pololear, y uno de mis temores cuando se separaron era eso, de que al estar en pareja me hicieran a un lado, y con mi mamá lo sentí, porque de pasar a verla todos los días a verla dos veces a la semana se nota, fue mucho. En cambio con mi papá a pesar de no vivir con él lo sentía más cerca, me llamaba todos los días, me venía a ver día por medio, era distinto.</p>
40	<p>L: ¿Imaginas algo más en tu futuro?</p> <p>D: Quiero ser más que mis papás en lo académico, quiero poder darme el gusto de trabajar en lo que me gusta, estudiar lo que quiero y poder ayudar a mis papás.</p>

41	<p>L: ¿Algo más? D: Me veo sola, hasta vieja me veo sola porque yo soy muy difícil de tratar. Pero si me veo con mis amigos, con mis mejores amigas cercas. Siento que la relación con mis compañeros de colegio es fuerte pero no lo suficiente como para que dure cuando seamos más maduros. Si a mis amigas de siempre, me imagino como la tía que las regalonea.</p>
42	<p>L: ¿Qué características personales crees tú han ayudado a no tener deseos de morir y salir adelante? D: Yo creo que el mismo tema de querer ayudar a la gente, porque pienso si quiero ser psicóloga y ayudar a la gente no puedo estar mal yo, tengo que cuidarme. Eso me ha motivado a darme animo, a no volver nunca más a hacerme daño, porque ahora como que me quiero. También mi alegría, me gusta andar feliz, porque cuando tenía pena como que no era yo.</p>
43	<p>L: ¿Daniela, cuando en la actualidad tienes que enfrentar algún problema cuáles son las cosas que te ayudan a sentirte mejor? D: Creo que ahora son todos los planes que tengo a largo plazo, pensar en lo que quiero hacer, ahora que me vaya bien en el preu para poder postular a la carrera que me gusta. Esa idea me mantiene distraída.</p>
44	<p>L: ¿Y antes Daniela, qué crees que fue lo fundamental para no volver a hacerte daño? D: El nacimiento de mi primo, porque como siempre he sido de piel y me importan los otros, quiero ver crecer a mi primo y ver a mi familia. Yo creo que sí, los amigos son importantes, pero la familia creo que en mi caso fue fundamental, tener una familia a quien le importes y te imaginas su sufrimiento, no ahí dije, no puedo. También los comentarios de los demás. Habían mamás de amigas que me decían que era algo que yo podía controlar que no solo las pastillas me ayudaban, sino que yo quisiera ayudarme, pero con la psicóloga le fui tomando el peso a muchas palabras y consejos que antes los demás me daban y que yo veía como que me mandaban y ahora lo veo como una preocupación. Yo creo que llega un momento en que el cuerpo y la mente se cansan de estar mal y ahí se decide dejar de sufrir y comenzar a hacer algo</p>
45	<p>L: ¿Daniela qué crees que también desde las relaciones te han servido para salir adelante, compañeros de curso, colegio, familia amigos? D: Yo creo que todos en su justa medida me fueron ayudando, pero el cambio tuvo que ver primero conmigo de aceptar que estaba mal y que necesitaba de ellos, y eso lo entendí en el tratamiento, sino quizás siempre iban a estar ahí para apoyarme, pero si no los dejaba era imposible.</p>
46	<p>L: ¿Alguna actividad que disfrutes? D: Bueno eso de comenzar con la música, de no solo escucharla, sino también tocar guitarra. También de estar con mis amigas, de comenzar a salir más.</p>
47	<p>L: Pensando en lo que has ganado a partir de esta experiencia, ¿Qué le recomendarías a otro/a adolescente que está pasando por algo similar? D: Yo creo que plantearle al adolescente que sí existe un futuro, que puede ser muy distinto a lo que están viviendo hoy, así le diría que esto que viven va a pasar, que es solo un mal momento, pero que depende mucho de él que esto cambie, como que entienda que él puede tener el control, pero de una manera más sana que no es matándose o cortándose. Por ejemplo yo cuando llegué al centro por mi depresión, me imaginaba estudiando alguna ingeniería y eso cambió porque encontré algún sentido más importante o donde me sintiera más valiosa, entonces al descubrir este proyecto cómo lo iba a concretar si estaba muerta, no. Eso, ponerse metas ayuda a salir a mirar más adelante. Le diría que todas las personas estamos acá por algún propósito y quizás en la adolescencia la tarea es esa y eso igual angustia por eso que la familia tiene que estar cerca para ayudarte a pasar eso y pensar en ese propósito.</p>
48	<p>L: Para terminar Daniela, ¿qué crees que ha sido lo más significativo de esta experiencia y que valoras como lo principal que te ha ayudado? D: Yo creo que en mi caso la relación que uno tiene con la psicóloga, porque cuando es muy distante uno no confía, es fría y cuando es cercana uno puede comenzar a confiar y contar todo lo que muchas</p>

	<p>veces uno se ha guardado por mucho tiempo.</p> <p>Esa cercanía no tiene que ser tan en exceso como la que yo tenía con la primera psicóloga que se suicidó, porque yo no me quería enterar así de lo que pasó, termina siendo tu amiga y eso no está bien, uno necesita tener una visión parcial y objetiva de lo que a uno le pasa. También me sirvió que en un primer momento me dejaran desahogarme, sin criticarme ni cuestionar, sin sentir el apuro de tener que comenzar a estar bien tan rápido, muchas veces uno se siente ahogada con tantas preguntas. Lo otro que también me sirvió fue eso de canalizar, de esa emoción fuerte que se aliviaba en los cortes canalizarla en una actividad que a uno le guste, el deporte, los amigos, leer, la música.</p> <p>Y lo último, pensar que hubiera pasado con mi familia si me hubiera muerto, mi papá que sería de su vida, todo cambia y uno no tiene derecho de cambiarles su vida así, ese impacto que causa en el otro es fuerte.</p>
49	<p>L: ¿Sientes que a tu tratamiento le faltó algo o qué puedes recomendar desde tu experiencia y que se pueda agregar en los tratamientos con adolescentes que han experimentado deseos de morir?</p> <p>D: Por ejemplo tener talleres mas recreativos para los jóvenes, donde puedan aprender algo, un taller pequeño con los pacientes y que compartan, pero no necesariamente hablar de la depresión, sino que algo de interés que los ayude a estar más acompañados, pero que paralelamente vengam a su atención individual, porque yo no me imagino que al principio yo pudiera contarles lo que me pasaba, pero para después sí. Lo otro también es incluir a la familia en los tratamientos, aunque sé que cuesta por los trabajos de los papás, pero se avanzaría más rápido si ellos entendieran un poco más lo que a uno le pasa, que comprendieran lo que es una depresión.</p>

ENTREVISTA N° 2

Entrevistada: Jessica (Seudónimo) (J).

Edad: 18

Sexo: F

Situación escolar: Cursando 3er medio, repitencia.

Situación familiar: Vive con ambos padres de avanzada edad y hna. mayor (problemas neurológicos).

Entrevistadora: Leslie Achui (L)

Lugar: Unidad de Adolescencia - Centro de Salud Alejandro del Río, Puente Alto

Tratamiento en el centro de salud: 2014. Psicoterapia (9 meses aprox.) + psicofármacos (médico del consultorio). Sertralina y metilfenidato

1	<p>Leslie: Para comenzar, quisiera preguntarte ¿cómo te sientes en estos momentos? Jessica (seudónimo): Emocionalmente, bien creo. De salud más o menos, porque he estado con algunos dolores porque creo que estoy media resfriada. Igual estas últimas semanas preocupada por una posibilidad de embarazo, pero que hoy confirme que está negativo, así que más tranquila.</p>
2	<p>L: ¿Jessica, recuerdas cómo fue que llegaste al centro de salud al que perteneces? J: Llegué por el colegio, me acuerdo que por el colegio me mandó porque tenía problemas de déficit atencional. Me acuerdo que me estaba yendo mal en las notas y por mi parte porque igual estaba sin ánimo, desmotivada, decaída, había días en que no me daban ganas de levantarme, dormía mucho. L: ¿Hace cuanto tiempo aproximadamente fue? J: Hace como 2 años atrás o menos creo.</p>
3	<p>L: ¿Recuerdas qué fue lo que pasó para que llegaras acá? J: Me acuerdo que el colegio me mandó y primero me vio un médico, por lo de la concentración, y el médico fue el que me mandó a la psicóloga. Me preguntó cómo me sentía y por los dolores de cabeza que tenía me dijo que podía tener que ver con las emociones y que era mejor que me viera una psicóloga.</p>
4	<p>L: ¿Qué tipo de tratamiento te otorgaron? J: Recuerdo más las terapias con la psicóloga, igual parece que la doctora medio algo primero para la concentración y después para el ánimo, pero como que no me las tomé muy bien, porque al principio mi papá no quería y me dio susto, pero después tomé por un tiempo. Igual era desordenada con las pastillas, a veces mi mamá se preocupaba más y las tomaba bien, pero después de nuevo se me olvidaban y como mi mamá está pendiente de mi hermana y su tratamiento como que tampoco se acordaba siempre</p>
5	<p>L: ¿Jessica, cómo evalúas los tratamientos que has recibido? ¿Qué crees que te ha ayudado? J: Con la psicóloga como que siento que me han ayudado hartito, encuentro que hay un cambio en mí que me ha hecho sentirme mejor, porque no estoy con ese ánimo de antes. Los remedios, creo que me sirvieron en el periodo en que me los tomaba bien y después ya los dejé.</p>
6	<p>L: ¿Recuerdas cuando comenzaron los deseos de no querer vivir? J: Me acuerdo que tenía muchos problemas en la casa y a veces en el colegio, también creo que eran como cosas que una se va creando en la mente. Mi papá siempre me retaba, mi mamá también, mis tíos, toda mi familia la sentía en contra mía, entonces yo ya en mi mente no podía más y entonces como que colapsé y empecé a hacerme daño.</p>
7	<p>L: ¿Cómo fue eso de comenzar a hacerte daño? J: Empecé a cortarme. Necesitaba aliviar ese dolor, esa molestia, entonces era como un alivio psicológico para mí. Pensaba que todos los problemas que tenía, con las notas y mis papás, se me iban a quitar con un cortesito y ya. Igual me calmaba un poco, porque trataba de cambiar el dolor psicológico por el dolor físico, pero llegó un tiempo en que ya no pasaba ese alivio, no me hacía nada. Me empecé a dar cuenta que igual era una tontería hacer eso, marcar mi cuerpo son cicatrices de</p>

	cosas que te pasan y que al final quedan ahí marcadas como un recuerdo. Entonces en vez de hacerme un bien, me estaba recordando los momentos en que yo caía y eso comenzó a bajarme más el ánimo.
8	<p>L: ¿Cómo te fuiste dando cuenta de eso?</p> <p>J: Me parece que fue cuando ya había comenzado el tratamiento, porque antes como nadie sabía que me cortaba, yo lo veía como una ayuda, porque me cortaba y tenía alivio, pero nunca me cuestionaba lo que estaba significando eso, como que era solo alivio y no pensaba en nada más, pero al ver que detrás de ese corte había un sufrimiento que trataba de tapar, me fui dando cuenta que no solucionaba nada, que el problema seguía ahí. Igual ahí comencé a sentirme aun más mal, creo que hasta crisis de pánico me dieron, pero al poco tiempo eso se fue calmando.</p>
9	<p>L: ¿Y en qué momento comenzaste a sentir deseos de morir?</p> <p>J: Me acuerdo que fue en un semestre en que me estaba sacando malas notas, iba a repetir de seguro, y mis papás me decían que no iba a servir para nada, que era una tonta, que tal vez no iba a ser nada con mi vida, de hecho todavía me lo dicen, pero eso ya no afecta tanto, pero en ese tiempo esas palabras me dolían mucho porque igual uno como adolescente empieza entonces a meterse más en internet y empieza a ver cosas.</p> <p>Empecé a ver videos deprimentes, de gente que se corta y eso como que más me bajaba el ánimo porque uno sabe que está haciendo eso y igual lo hace y es peor. Cuando yo dejé de hacer eso de cortarme, también dejé de ver esos videos y de escuchar esa música más emo más triste.</p>
10	<p>L: ¿Te acuerdas puntualmente de algún momento?</p> <p>J: Sí, me acuerdo de un día en que tomé pastillas de esas para dormir que me había dado la doctora y las sertralinas, las dos cosas me las tomé. Ese día me había peleado con mi mamá, siempre que intenté hacerme algo tenían que ver con las peleas con mi mamá, discusiones que nunca iba a salir del colegio, justo esa año también había repetido, mas por eso.</p>
11	<p>L: ¿Por qué crees que te afectaba tanto que tu mamá te lo dijera?</p> <p>J: Porque ella es la única que siempre ha estado ahí, la única que me ha apoyado y que siempre ha estado cuando yo necesito algo. Porque, que la misma persona que uno más confía te diga que ya no cree en ti es muy doloroso, me tiraba para abajo y te hace pensar en que no vale la pena vivir.</p>
12	<p>L: ¿Ese día en que tomaste los medicamentos, qué intención tenías?</p> <p>J: Desaparecer para siempre, morir.</p>
13	<p>L: ¿Qué sucedió luego de eso, alguien se dio cuenta?</p> <p>J: Mi mamá se dio cuenta cuando vio los sobrecitos en esos que vienen los remedios y se dio cuenta que faltaban muchos. Cuando me tomé las pastillas bajé y le dije que me sentía mal, le conté lo que había hecho y me dijo que para qué hacía esas cosas, que eso no me servía y al tiro me dio un vaso de leche para que ya no hicieran efectos y que estuviera tranquila. También me dijo que ella no me iba a llevar al hospital porque era algo tonto lo que había hecho, que quitarse la vida por algo así...es que yo en ese momento era muy cabra chica, ahora lo veo que fue un acto de inmadurez, así lo veo ahora. Y de ahí que siempre me dice que es tonto atentar contra la vida, porque son problemas que se pueden arreglar, que dependen de uno, de conversar las cosas.</p>
14	<p>L: ¿En el momento que ocurrió esto, se habló de por qué lo habías hecho?</p> <p>J: Días después, en un momento en el que hablamos las dos y me dijo que me entendía, le dije que también necesitaba mi espacio, pero que también necesitaba mucho el apoyo de ellos y ella me decía que era muy porfiada, que no entendía las cosas. Siempre cuando conversábamos terminábamos peleando. Hasta el día de hoy, conversamos, pero tenemos puntos de vistas muy distintos, ella es de otra generación y no entiende muchas de las cosas que pasan ahora. Me dice que a ella le pasaron cosas terribles y que nunca se deprimió o pensó en morirse, que hay que aguantar, pero yo no estoy de acuerdo con eso, no está bien aceptar todo.</p>
15	<p>L: ¿Te asustaste en algún momento?</p> <p>J: Cuando me cortaba y veía que eran cortes muy profundos o cuando ya veía que me estaba descontrolando en la cantidad de veces que me cortaba, ahí me asustaba. Yo creo que también por el miedo que me daba pasarme, dejé de hacerlo.</p>

16	<p>L: ¿En algún momento los cortes los usaste con otra función?</p> <p>J: Si. Cuando comenzaron a ser más profundos. Sipo porque hay diferentes tipos de cortes, los verticales son los más peligrosos y los horizontales menos, y eso yo lo sabía, por eso cuando empecé a cortarme más profundo y vertical sabía lo que estaba haciendo, me quería morir.</p>
17	<p>L: ¿En la actualidad como te explicas lo que sucedió, les has dado algún significado?</p> <p>J: Yo creo que lo que más me afectó y que por eso pensaba tanto en morir, fue el pensar que ni mi mamá creía en mí y cuando uno es mas chica cree que eso significa que no te quieren, que no te aceptan, como que me sentía rechazada de la familia, y en ese momento yo necesitaba que me dijeran yapo Jessica ponte las pilas porque tu puedes, porque eres capaz y era todo lo contrario, me tiraba pa bajo. Igual ahora entiendo que en mi casa hay muchos problemas, mi hermana, mi papá, quizá fue parte de mi culpa no entender que ellos querían ayudarme al decirme esas cosas.</p> <p>Por ejemplo, que era importante llegar a la hora al colegio, llamar y avisar donde estoy...fui muy irresponsable en esa época y mi mamá solo quería cuidarme y yo lo entendía como que me quería molestar, que me sobreprotegían. Ahora entiendo que como mis papás son más de edad me cuidan más, querían saber con quién estaba, si es posible irme a dejar al lugar donde iba a estar.</p>
18	<p>L: ¿Me puedes contar algo más de tu entorno familiar?</p> <p>J:Mi hermana a los 9 años le dio una meningitis y quedó en coma como por un año y de ahí le encontraron epilepsia, después quedó en silla de ruedas, ella prácticamente no camina y mentalmente es poco lo que entiende, es como una niña chica, pero tiene 38 años.</p> <p>Mi papá tuvo un accidente en el trabajo cuando yo tenía como 5 años y perdió la visión de un ojo, también estuvo como un año y tanto en el hospital y yo creo que tuvo depresión porque no pudo trabajar más, pero nunca se trató y después le encontraron diabetes entonces me decían que él no podía pasar rabias porque se podía morir.</p> <p>Entonces todo eso se ha ido acumulando en la familia y mi mamá no puede trabajar por cuidar a mi hermana, así que si no es por la pensión, no vivimos. El problema económico, de la plata es lo que más estresa a mi familia, y ahora entiendo porque se preocupan que yo estudie para no pase lo mismo que ellos. Entonces el estrés familiar, más las criticas por el colegio, reventé. Llegué a pensar que querían más a mi hermana, como no me tomaban mucho en cuenta, solo para retarme...pero empecé a crecer y al ver esto en terapia, comprendí muchas cosas</p>
19	<p>L: ¿Qué consecuencias crees que ha tenido en tu vida?</p> <p>J: Ahora lo veo como algo bueno, los veo que fueron como porrazos que me han servido para aprender y me he caído tantas veces que ahora veo más claro todo. Eso me sirvió para madurar, o sea no es que el hecho de intentar matarme directamente me ayudó, pero comprender en terapia por qué lo hacía y que me estaba pasando a mí y mi familia, fue una oportunidad para cambiar, crecer y me siento como más fuerte.</p> <p>Igual hace tiempo que ya no hago esas cosas, como más de 1 año y si lo llegase a pensar tampoco lo haría, porque siento que es algo de mi pasado y saber que pude salir de eso me hace pensar ahora que si me pasa algo de nuevo puedo salir. Menos mal que nunca me resultó, lo veo que fue un acto desesperado y de cobardía del momento, porque no analizaba las consecuencias para más adelante y pienso que por algo no me resultó.</p>
20	<p>L: Ahora vamos a conversar sobre algunas características más personales ¿Cómo te describirías a ti misma?</p> <p>J: Soy bajita, soy simpática, como que igual tengo como algo infantil en mí, pero ya no tanto, porque me gusta mucho jugar y reírme con mis amigos y esas cosas, aunque tenga 18 eso no me importa porque me gusta mucho divertirme. Hay temas que me los tomo muy seriamente, pero para otros no me complico mucho. Me gusta escuchar música, amo a Skrillex que es un Dj de música electrónica, no solo porque esa música como que me prende, por su historia. Él es un luchador y como que me identifico con él.</p> <p>De repente dibujo o también me encanta estar con mis mascotas, soy muy activista con los animales y ahora puedo decir que me gusta ir al colegio (risas), cosa que antes detestaba, igual todavía me aburre levantarme temprano, pero me gusta ir a un lugar donde puedo estar con gente de mi misma edad, soy</p>

	sociable.
21	<p>L: ¿Esta descripción que ahora haces se diferencia de cómo te describías antes? ¿Tienes el sentimiento de haber cambiado durante el último tiempo?</p> <p>J: Siiii, (risas) Antes era inmadura total. Igual de chica, porque no he crecido mucho en mi porte. Antes era muy cambiante, era más enojona siempre estaba con rabia, débil porque cualquier cosa me afectaba mucho y dejaba que todos me pasaran a llevar, porque no hablaba de frente o no decía las cosas de inmediato por temor a cómo reaccionarían los demás o me preocupaba mucho como se iba a sentir esa persona, prefería yo sufrir. Ahora confío mas, soy más directa y digo lo que pienso. Entonces ahora me doy cuenta que soy yo quien me tengo que cuidar y si no pienso por mí los demás no me respetaran.</p>
22	<p>L: ¿Algún otro cambio?</p> <p>J: Que ahora tengo mucho más claro lo que quiero. Antes me preocupaba mas en pasarla bien, bueno aunque todavía (risas), pero me dejaba llevar mucho por los demás y ahí perdía tiempo sin ir a clases, estaba perdida porque no me preocupaba mucho por terminar el colegio y ahora quiero terminar 4to medio. Ahora sé lo que realmente quiero, lo que quiero estudiar y lo que tengo que hacer ahora para alcanzar ese sueño.</p>
23	<p>L: ¿Sientes que ha cambiado la manera de relacionarte con los demás, por ejemplo con tu familia o amigos?</p> <p>J: Si, por ejemplo cuando tengo que hablar con una persona adulta, siento que ahora tengo argumentos para hablar y también antes me costaba mucho decir que no y ahora ya no me cuesta tanto, me siento más honesta.</p>
24	<p>L: ¿Estos cambios que percibes a que lo atribuyes?</p> <p>J: Como lo dije antes, cuando uno a vivido experiencias dolorosas como hacerte daño o querer morir, aprendes muchas cosas y siento que el que no me resultara fue como pensar en que tengo una oportunidad de cambiar las cosas, y bueno el poder reflexionar de esto con la psicóloga todo el tiempo que estuve, comprendí que lo que me pasaba tenía que ver con mi familia, que era una enfermedad y que por lo mismo tenía cura y que esa cura dependía de mí.</p>
25	<p>L: ¿Cómo te imaginas tu futuro? ¿Qué te gustaría hacer?</p> <p>J: Mi futuro...me imagino con mi delantal de doctora, porque siempre me ha gustado la medicina y luchando para que toda salga bien, ponerle mucho empeño con el estudio para terminar el 4to medio, pucha porque si no fuera por mi inmadurez ya este año estaría saliendo. Igual primero me gustaría terminar mi carrera, ver si puedo formar mi familia porque quiero ser mamá alguna vez, pero no ahora. Me gustaría tener una pareja que también estudie algo que le guste y así poder trabajar los dos...así me imagino en el futuro.</p>
26	<p>L: ¿Crees que de alguna manera te ha ayudado el pensar en tu futuro para no volver a pensar en morir?</p> <p>J: Si, mucho, porque el imaginarme más adelante me sirve para cuando nuevamente tengo un problema, como motivador de seguir intentándolo, porque sé que depende de mí el luchar para llegar a un futuro, me siento ahora capaz.</p>
27	<p>L: ¿Qué piensas sobre cuáles son las cosas que te ayudan a sentirte mejor cuando te sientes deprimida/ansiosa/triste/enojada?</p> <p>J: Me sirve mucho salir, salir de mi casa y estar con mis amigos. Igual acá por el sector donde yo vivo hay que tener cuidado porque es peligroso, te llevan a probar las drogas por ejemplo, y eso me pasó al principio que quería escapar de los problemas de mi casa y salía mucho y ahí me metí en problemas y empecé a probar la marihuana y ahí se me fue olvidando el tema de querer morirme, pero empecé a fumar mucho, salía con los amigos, tomábamos hartos y me puse muy carretera. Salía, porque en mi casa encerrada...ahí estaba la depresión, entonces yo creo que sirve salir a disfrutar y pasarla bien distrayéndose pero con cierto límite, sin tener que consumir, ahí la embarré</p>
28	<p>L: ¿Cómo ves eso del consumo ahora?</p> <p>J: Que me sirvió para dejar de pensar en tonteras, pero me metí en otro problema, porque me ha</p>

	<p>costado dejar la marihuana, el alcohol no tanto. Cambie el corte por tomar, y el alcohol me ponía mas depresiva y me hacia acordarme del daño que me hacía con los cortes, pensaba mucho en eso.</p> <p>Cuando yo me cortaba estaba sola y lo trataba de ocultar, y cuando empecé a tomar lo hacía con amigos y me divertía y ahí está el riesgo porque como que pasa a ser normal, porque además uno se suelta y habla de los problemas y comparte con otros, entonces como que igual te alivias, pero lo negativo es que empiezas a no poder dejarlo y comienzas a necesitar más y comencé después a fumarme 2 pitos diarios y después lo hacía sola.</p> <p>Entonces ahora lo veo como que cambie una cosa por otra que igual me hacia mal, pero ahora me gusta el no depender de las cosas, de eso también me di cuenta hace poco, que dependo mas de mí.</p>
29	<p>L: ¿Qué características personales te han ayudado a dejar de pensar en morir?</p> <p>J: Lo que tengo planeado a futuro, porque fumando pito o copete como me dijeron en el consultorio, me va a impedir hacer lo que quiero hacer y yo quiero salir luego y estudiar lo que me gusta. Si me di cuenta, que cuando más consumí fue el tiempo en que más mal me fue en el colegio, bueno ahí repetí. Y más encima si quiero estudiar algo que tiene que ver con la salud, las drogas no tienen nada que ver con lo que uno está haciendo, ¿no sé si me explico?</p>
30	<p>L: ¿Hay algo más que te ha ayudado a dejar de querer suicidarte en otras oportunidades?</p> <p>J:El pensar en mí, en lo que deseo hacer y me siento valiosa, porque problemas con mi familia aún tengo y a veces se me pasa como idea “mejor me muero”, pero nunca más me ha pasado en querer de verdad hacerlo. Y también en taparles la boca a todos los familiares que nunca me creyeron y que me decían que nunca iba a llegar a ser esto. Y como ahora me va mejor en el colegio, siento que cada vez me voy acercando a mi sueño y se siente muy bien. Eso también me he dado cuenta, que no hay que escuchar tanto a los demás, porque los problemas familiares siguen, mi papá sigue enfermo, los problemas de plata igual, mi hermana esta igual de pesá, como que yo fui la que cambié y aprendí a no depender tanto de ellos ni de sus comentarios...obvio que los papás son el pilar de uno, pero cuando están muy viejos y enfermos, que más les voy a pedir.</p>
31	<p>L: ¿Cuándo en la actualidad tienen un día difícil, en qué piensas o que haces al respecto?</p> <p>J: Siempre que tengo un mal día o ando con rabia me pongo a llorar no más y converso con mi mamá y le digo lo que me pasa, me desahogo y me aconseja y me reta, pero igual me sirve conversar con alguien, desahogarme un poco de eso en el momento.</p>
32	<p>L: ¿Sientes que falta algo más para que tus proyectos se lleguen a concretar?</p> <p>J: Yo creo que las herramientas ya están, estoy en un colegio público y aunque es desordenado, te dan todo el apoyo para que uno termine, no es difícil porque si uno estudia un poco te va bien, es cosa de uno no más, ponerle empeño no más, del ánimo que uno se dé.</p>
33	<p>L: ¿Cómo describirías tu vida familiar? ¿Cómo es la relación con tus papás o hermanos u otros adultos significativos?</p> <p>J: Con mi papá...ya no hablo con él mucho, porque él ya está decepcionado de mí y aunque ahora estoy distinta no es pega mía hacerlo ver que eso cambió, la comunicación no es mucha. Con mi mamá ya no peleamos tanto como antes, pero en momentos igual cuando conversamos a veces discutimos porque somos muy distintas, pero ahora como que lo respetamos, si igual somos de edad demasiado distintas. Con mi hermana, (risas) ella no me puede ni ver, por eso cuando llego a mi casa me voy a mi pieza y salgo para comer y es mi mamá la que va a mi pieza y ahí conversamos, mi hermana se altera mucho conmigo. Los cuatro junto no podemos estar, porque siempre hay algo que explota.</p>
34	<p>L: ¿Qué crees que desde lo familiar a ayudado a que sientas menor deseos de morir?</p> <p>J: No mucho, los veo igual, pero sí mi mamá más cercana y algo menos critica y con su cariño me basta. Lo que ha cambiado más es mi manera de relacionarme con ellos, tomo menos sus criticas y acudo mas a mi mamá, eso.</p>
35	<p>L: ¿Cómo te ha ido en el colegio? ¿Has tenido algún tipo de dificultad en el colegio? ¿Cómo es la relación con tus compañeros y profesores?</p>

	<p>J: Este año lo empecé mucho mejor, estoy más motivada y pregunto más en clases y eso los profes lo valoran y te ayudan si necesitas algo, pero ninguno se me acercó cuando tenía problemas o cuando faltaba a preguntarme si me pasaba algo...nada.</p> <p>Mis compañeros sí me llamaban, pero como son tan desordenados, mejor este año tengo pocos amigos porque con ellos fumaba antes de entrar a clases, así que los tengo un poco de lejos ahora.</p>
36	<p>L: ¿Qué tipo de actividades te gusta hacer? ¿Prácticas alguna en particular? (deporte, prácticas culturales, hobby, etc.).</p> <p>J: Salir con mis amigos, porque no soy muy buena pal deporte.</p>
37	<p>L: ¿Y esto te ayuda a sentirte mejor?</p> <p>J: Estar con mis amigas, porque siempre hacemos tonteras, salimos al mall, gritar en la calle y reírnos de puras tonteras y con ellas se me olvidan todos mis problemas, me suben el ánimo y si el ánimo está bien, no pienso leseras.</p>
38	<p>L: ¿Con quién hablas de tus temas personales, como tus preocupaciones o experiencias difíciles?</p> <p>J: Con mi mamá y con mi amiga, con mi mejor amiga que no es del colegio y que siempre ha estado ahí, somos amigas hace 4 o 5 años, igual me reta como mi mamá, pero el saber que cuento con ella y que siempre está, me ayuda mucho. Igual es la Andrea la que se entera antes de todo y después mi mamá, obvio, porque mi mamá es un poco enojona.</p>
39	<p>L: ¿Qué valoras de su amistad?</p> <p>J: Su cercanía, la confianza, que no me critique todo el tiempo, que le puedo contar de todo y no se espanta como lo haría una mamá, igual me aconseja y yo a ella también, igual de repente le tomo los consejos y a veces no, pero lo importante es que saber que hay alguien ahí que me pueda ayudar.</p>
40	<p>L: ¿Hay otros temas importantes que no hemos abordado? ¿Tienes algo que agregar?</p> <p>J: O sea decirle a esa persona que está mal que salga, que lo único que...que no se encierre que eso hace mal, porque encerrarse hace muy mal, porque ahí vienen las ideas de matarse y saliendo con personas que te hacen bien uno se olvida y digo que te hagan bien y que no te inviten a fumarte una lesera.</p> <p>También disfrutar, tomarse un helado rico, conversar con otras personas, pensar en otra cosa, porque pensar en morir bajonea más, porque por lo menos por un rato dejar de pensar en el problema sirve, sacarte la idea con algo entretenido.</p>
41	<p>L: Pensando en lo que has ganado a partir de esta experiencia, ¿Qué le recomendarías a otro/a adolescente que está pasando por algo similar y que ha pensado como solución matarse?</p> <p>J: Primero, le diría que tratara de hablar con alguien de lo que le está pasando, porque querer morir es algo grave. Que hay gente que está peor que él, que tiene problemas aún peores como una enfermedad terminal o una violación y que esa gente inclusive ni ellos lo piensan, porque hay algo que hacer en la vida. Que hay veces que de verdad queremos llamar la atención, por no en mala porque ahora lo pienso que si quería llamar la atención, pero es llamar la atención para decir ¡Hola, aquí estoy, existo, los necesito!</p>
42	<p>L: ¿Si pudieras traducir ese corte o esa vez que tomaste los medicamentos en palabras, qué diría esa llamada de atención?</p> <p>J: Que me escucharan, que yo necesitaba ayuda, que me apoyaran porque necesitaba ese empujoncito para que me fuera mejor en el colegio, porque así partió todo.</p>
43	<p>L: ¿Sientes que a tu tratamiento le faltó algo o qué puedes recomendar desde tu experiencia y que se pueda agregar en los tratamientos con adolescentes que han experimentado deseos de morir?</p> <p>J: Trabajar más a fondo con la persona que está mal, por ejemplo que la asistente social visite la casa y vea la realidad en la que vive el adolescente o que vayan a los colegios y aconsejen a los profesores para que nos entiendan, que a veces no es que no queremos estudiar es que a veces no podemos no más no más.</p>

ENTREVISTA N° 3

Entrevistado: Pablo (Seudónimo) (P).

Edad: 17

Sexo: M

Situación escolar: cursando 3ro medio

Situación familiar: Padres separados, vive con su madre y hno. mayor. Separación debido a VIF física del parte del padre, problema de consumo de OH.

Entrevistadora: Leslie Achui (L)

Lugar: Unidad de Adolescencia - Centro de Salud Alejandro del Río, Puente Alto.

Tratamiento en el centro de salud: 2014-2015. Psicoterapia (10 meses aprox., dado de alta hace 8 meses) + psicofármacos (médico del consultorio). Sertralina + Risperidona

1	<p>Leslie: Para comenzar, quisiera preguntarte ¿cómo te sientes en estos momentos? Pablo (seudónimo): La verdad, con un ánimo de una persona normal debe tener, pero tampoco tan mal como cuando vine a tratamiento, pero puede decirse que bien.</p> <p>L: ¿A qué te refieres con un ánimo de una persona normal? P: Es que no me siento muy activo, es como flojera también.</p>
2	<p>L: ¿Recuerdas cómo fue que llegaste al centro de salud al que perteneces? P: Me acuerdo que fue porque yo le insistí a mi mamá, porque había bajado muchos kilos en pocos meses y me veía enfermo, tenía los ojos hundidos, ojeras y me di cuenta que si no recibía ayuda esto iba a terminar peor, así que le dije, pero no me tomó mucho en cuenta porque me dijo que yo era un adolescente normal y que era por la edad que estaba más flaco, por el estirón...en el fondo me quiso decir que estaba exagerando con pedir hora al psicólogo. Así que la tuve que convencer, le dije que de verdad lo necesitaba y la única manera fue mostrarle los brazos.</p>
3	<p>L: ¿Cómo fue su reacción? P: Negativa. Me dijo que por qué hacía eso, se enojó y me dijo que me llevaría al psicólogo porque estaba cagao de la cabeza, era primera vez que se daba cuenta de lo que me estaba pasando. Y cuando fuimos la primera vez donde la psicóloga ella dimensionó ahí lo mal que lo estaba pasando, cuando le dijeron que tenía depresión, autoagresiones y sospecha de anorexia, porque siempre minimizó todo para no preocuparse.</p>
4	<p>L: ¿Hace cuanto tiempo que te sentías así Pablo? P: Hace como un año me empecé a sentir más mal, pero desde la básica que comenzaron los problemas, porque me hacían bullying y nadie se dio cuenta. Me molestaban porque era gordo y no podía decirle a nadie porque me amenazaban si decía algo. Justo coincidió también con la separación definitiva de mis padres.</p>
5	<p>L: ¿Cómo fue para ti la separación? P: Fue dolorosa por la actitud que tomó mi papá...fue muy materialista al principio y solo nos compraba cosas y después como que se olvidó de sus hijos, no me llamaba por meses, aunque siempre nuestra relación fue lejana porque pasaba trabajando y no tenía tiempo para nadie, pero una vez que se va de la casa fue peor .</p>
6	<p>L: ¿Qué tipo de tratamiento te otorgaron? P: Me dijeron que era necesario que yo colaborara en el proceso con psicólogo y que dependía mucho de la motivación. Fueron meses en los que venía con muy poco animo, pero de a poco me ayudaron a ir pensando mejor las cosas. En el consultorio, primero me vio la doctora, después nutricionista, psicóloga y al último psiquiatra en el Sotero.</p>

7	<p>L: ¿Cómo fue la experiencia de comenzar a hablar de todo lo que te había pasado con un profesional?</p> <p>P: Al principio fue incomodo que otra persona iba a saber todo lo que me pasaba, porque llevaba como tres años guardándome todo lo que me pasaba, sin decirle a nadie. Fue raro porque la psicóloga me hizo mostrarle los brazos, luego de preguntarme si alguna vez me había cortado y le dije que sí, que todavía lo estaba haciendo y ahí le mostré los brazos y ahí me comentó que por mi seguridad tenía que comentar esto con mi mamá, ahí le dijeron también que no podía tener nada con que me pueda cortar y también se enteró mi mamá que no había sido solo una vez lo del corte, como le había dicho para que me trajera, ahí supo que esto era algo cotidiano mío.</p>
8	<p>L: ¿Cómo reaccionó tu mamá?</p> <p>P: Me acuerdo que nos fuimos todo el camino callados y cuando llegamos a la casa no me dijo nada de inmediato, después me preguntó por qué lo había hecho, que no era culpa mía y que pensaba que tenía que ver con lo de mi papá, que iba a pasar, como que responsabilizó a mi papá de lo que me pasaba porque hubo un tiempo que nos trataba a golpes, bueno esa fue una de las razones por la que mis papás se separaron, él tenía una demanda por violencia.</p>
9	<p>L: ¿Pablo, recuerdas cuando comenzaron los deseos de no querer vivir?</p> <p>P: Primero me empecé a sentir mal, tenía como 13 años y fue luego de que mis compañeros me molestaron por un buen tiempo. De ahí era tanta la pena que ya no servía distraerme tocando guitarra, como lo hacía siempre que mis papás peleaban, así que me corté y me sentí aliviado.</p>
10	<p>L: ¿Cómo se te ocurrió esa idea de los cortes?</p> <p>P: No lo había escuchado nunca, pero cuando lo hice y lo hablé con unos cercanos, me di cuenta que varios lo hacían. Yo ese día estaba en la pieza y me acuerdo que había peleado con mi mamá y fui a buscar una gillette del baño y me corté, después sentí como una tranquilidad y me relajé y nadie se dio cuenta.</p>
11	<p>L: ¿Por qué crees que lo hacías?</p> <p>P: Porque me tranquilizaban. En ese periodo como andaba siempre tenso, como que lo hacía y me relajaba.</p>
12	<p>L: ¿Te lo llegaste a cuestionar en algún momento?</p> <p>P: No, porque lo veía como una ayuda, pero comencé a cuestionarlo después cuando me di cuenta que era algo que no podía controlar.</p>
13	<p>L: ¿Fueron con frecuencias los cortes?</p> <p>P: Sí, una vez que lo hice por primera vez después siguieron muchos porque lo usaba como desahogo.</p>
14	<p>L: ¿Los ocultabas?</p> <p>P: Sí, por mucho tiempo nadie sabía y me ponía ropa ancha y con mangas para que no se me notara, podían hacer como 30 grados de calor y yo siempre abrigado y nadie me decía nada, hasta que un día tuve un corte más grave y me tuvieron que llevar al hospital, ahí me asusté. Pero con el tiempo se hacían más frecuentes, todos los días, cada vez que podía lo hacía.</p>
15	<p>L: ¿Te acuerdas qué sucedió ese día?</p> <p>P: Ese me quería morir, por eso el corte fue distinto, porque uno sabe cuáles son para matarse y cuáles para calmarte. Ese día tenía muchas cosas en la cabeza y no podía parar de pensar.</p>
16	<p>L: ¿Habías sentido ese deseo antes?</p> <p>P: Si, hace tiempo que lo pensaba, pero ese día fue con más fuerza. Estaba solo en mi casa porque en esa época mi mamá trabajaba hasta tarde y después tenía que salir y un amigo me vino a buscar a la</p>

	<p>casa y mi amigo que es mayor de edad me vio así y me llevó al Sapu</p>
17	<p>L: ¿Qué fue lo que vio tu amigo? P: Me vio llorando y pasó a mi pieza y vio la sangre.</p>
18	<p>L: ¿Qué crees que generó o gatilló que esa vez lo decidieras, luego de pensarlo antes? P: Una llamada de mi papá, no me llamaba hace seis meses desde que mi mamá decidió que se fuera. Me llamó para puro insultarme, quería desquitarse porque lo habían sacado de la casa, me dice que todo era mi culpa.</p>
19	<p>L: ¿Me podrías contar un sobre tu experiencia en la urgencia? P: Mi amigo como era mayor de edad, no llamó a nadie, porque también yo se lo pedí. Además cuando llegamos solo nos preguntaron si él era un cercano y como lo vieron más grande no hubieron más preguntas. Me acuerdo que me sentía mal, ya no daba más y pensaba que ojalá no pudieran hacer nada en la urgencia, si ya había llegado a ese punto y estaba ahí quería que pasara.</p>
20	<p>L: ¿Cómo fue el trato? P: Fue muy rápido, me pasaron al tiro y empezaron a desinfectar y parar la sangre y después varios puntos y por lo que alcancé a entender estuve a punto de cortarme una vena importante. Recuerdo que no me preguntaron por qué lo había hecho, solo actuaron para curarme.</p>
21	<p>L: ¿Y después que terminaron el procedimiento, alguien te preguntó algo? P: Un caballero, como de más edad que estaba sentado en la sala de espera me preguntó por qué lo había hecho y yo no le quise responder. Me parece que a mi amigo le preguntaron y les dijo que nos habían querido asaltar y que nos defendimos, parece que le creyeron porque eso fue todo. Después mi amigo me quiso llevar a la casa, ya eran como las seis de la tarde y estaba por llegar mi mamá, así que nos apuramos. Él igual me siguió acompañando a verme la herida y sacarme los puntos, veníamos en la mañana y me daban un papelito para el colegio y me dejaban entrar.</p>
22	<p>L: ¿Alguien en el colegio te preguntó que te había pasado? P: Solo una vez y les dije lo mismo, que me habían asaltado y no preguntaron más, ni se comunicaron con mi mamá tampoco. Lo que si, la psicóloga del colegio notó que mi ánimo no estaba bien y que estaba flaco y me mandó a llamar y ella fue una de las personas que me aconsejó solicitar ayuda en el consultorio y de ahí pasaron tres meses en que convencí a mi mamá de que me llevara. En ese tiempo el corte ya estaba más cicatrizado y eso fue lo que vio mi mamá y se terminó de convencer que estaba mal. Pero reconozco que yo me encargué de pedir en el colegio que no le avisaran a mi mamá porque sabía que no podía ir por trabajo a justificar mis atrasos o mis inasistencias. Además que mis otros dos hermanos mayores faltaban mucho al colegio, pero por cimarra y mi mamá si se enteraba de inmediato iba a pensar que estaba faltando de flojo.</p>
23	<p>L: ¿Luego de esa experiencia, como siguió tu vida? P: Después de ese corte pasaron como tres semanas y no hice nada en ese tiempo, y después lo volví a hacer.</p>
24	<p>L: ¿Por qué crees que en ese tiempo no hiciste nada? P: Porque como que sentí una calma después de la tormenta, donde traté de reflexionar por lo que había hecho.</p>
25	<p>L: ¿Qué te preguntabas? P: Pensaba si volvía a darle una oportunidad a la vida, me arrepentí y fue porque el mismo amigo me empezó a decir que cómo podía hacer eso, que la vida hay que aprovecharla, cosas así.</p>
26	<p>L: ¿Y sientes que te sirvió ese consejo? P: Por unos días si, pero después uno vuelve a vivir su realidad y mi ánimo seguía mal, cada vez me</p>

	costaba más empezar el día, las relaciones con mis amigos empezaron a estar mal porque yo me alejé de ellos porque no los quería contagiar de mi mala onda.
27	<p>L: ¿Volviste a intentar otra cosa para terminar con tu vida?</p> <p>P: Fueron dos cosas más, y una de esas la pilló mi mamá. Fueron intentos, pero con pastillas. Esa vez me había conseguido pastillas para dormir, porque las que me habían dado acá se las llevaba mi mamá en la cartera y ella las administraba, y yo compré pastillas de una manera ilegal y sabía más o menos la dosis que necesitaba y me tomé más de la cuenta, porque me quería morir, esa fue la primera vez y la segunda me tomé un poco más de la dosis que la última vez.</p>
28	<p>L: ¿Recuerdas qué había pasado en esos días?</p> <p>P: Desde que mi mamá supo lo que me pasaba, siempre me había repetido que yo no era el problema y en esas dos oportunidades me dijo que sí, que yo era el problema, que por mi culpa ella estaba mal y angustiada y siento que por el cansancio del trabajo o porque peleaba con mi papá por teléfono, se desquitaba conmigo porque era el único que estaba en la casa y hasta el día de hoy se arrepiente de habérmelo dicho, pero es doloroso que te digan que si tú no hubieras nacido nada de esto estaría pasando y eso me causaba mucho dolor, entonces obvio que pensaba que mejor es entonces no estar, así se acaban los problemas, ahí fue la primera vez que intenté matarme.</p>
29	<p>L: ¿Cómo fue?</p> <p>P: Yo me las tomé un día sábado en la mañana, después de que mi mamá se había ido a trabajar y dormí todo el día y la segunda vez me encontró y no despertaba y ahí fue a pedir ayuda y ahí nuevamente me llevaron al SAPU.</p>
30	<p>L: ¿Cómo fue esa segunda experiencia?</p> <p>P: Me acuerdo que desperté y pregunté que me había hecho y me dijeron que un lavado de estomago y sentía que había dormido por días y luego vino la decepción conmigo mismo porque no me resultaba, sentía que me faltó valor para hacerlo y tomarme más pastillas.</p>
31	<p>L: ¿Cómo fue esta vez el trato del personal?</p> <p>P: Bien, me preguntaban cómo estaba y si necesitaba ayuda, me preguntaron por qué lo había hecho y con qué intención lo hacía, si tenía problemas, esas cosas me preguntaron porque esta vez si fue evidente que me quería matar y no como con el corte que mentí y dije que me habían asaltado. Esta vez preguntaron y me vieron también los cortes y sacaron conclusiones, y de ahí le sugirieron a mi mamá que si me querían internar o algo así como mandarme a otra urgencia, mi mamá lo pensó por mucho tiempo y yo le dije que quería, pero en el fondo sentía que me iba a hacer peor, por estar con más gente depresiva o más grave o quizás más solo de lo que ya estaba, entonces más tonteras iba a pensar, así que no lo hizo y confió que con el tratamiento del consultorio saldría adelante, porque llevaba pocos días.</p>
32	<p>L: ¿Cuándo ya esta tercera vez no te resulta, qué pensaste?</p> <p>P: Dije, la tercera es la vencida...y no resultó y ahí fue cuando ingresé a tratamiento y lo dejé de hacer también porque ahí es cuando mi mamá reacciona y me esconde todo y estaba más vigilado, me quitó todo hasta las guitarras como un castigo. Ella creía que me estaba portando mal entonces me tenía que castigar como cuando era chico. Lo que más me dolió fue cuando me quitó las guitarras y los libros.</p>
33	<p>L: ¿Cómo reaccionaste?</p> <p>P: Traté de explicarle lo importante que era para mí, hubo una conversación más íntima donde ella me pidió disculpas y que me iba a apoyar en el tratamiento y entendió que no tenía que presionar para que viera a mi papá, entendió que no quería y eso me tranquilizó.</p>

34	<p>L: ¿Lo que te pasaba tenía que ver con la soledad?</p> <p>P: Sí, mucho. Sí, porque vivir la violencia en la casa y después no tener esa compañía que te ayude a tolerar esa rabia y pena que queda y ver que todos siguen con su vida, mi papá con su pareja, mis hermanos grandes y mi mamá después también se empareja y se va todo el tiempo con él, hace que uno se sienta muy poco acompañado en un momento de la vida que es difícil, ser adolescente y que más encima te molesten en el colegio es para pasarlo con alguien, por eso yo creo que me ha hecho muy bien mi polola. Ahora la pareja de mi mamá vive con nosotros y yo no quiero una figura paterna, ya no la tuve como correspondía y él intenta serlo y eso me molesta.</p>
35	<p>L: ¿Cómo fueron reaccionando tus amigos?</p> <p>P: No me hicieron mucho caso, al principio me enojaba que fueran tan insistentes y no quería ni salir de la casa, les decía que me dejaran solo y como no salía, iban a mi casa a verme y me decían que saliera para distraerme porque sabían cómo era la relación que tenía con mi mamá, distante.</p>
36	<p>L: ¿Además de la falta de energía y de que comenzaste a aislarte, sentías algo más?</p> <p>P: Las ganas de morirme siempre estaban, desde que me empezaron a molestar por gordo en la básica, pero ahí lograba ver que era una broma, pero esto volvió cuando estaba en la media unos compañeros empezaron con el mismo tema, me hacían sentir que me rechazaban por cómo era y sus palabras eran muy hirientes y yo creo que también estaba más vulnerable porque ahí coincide cuando pasó lo de la separación de mis papás, como que aumentó más la idea de morir y no tenía hambre y comencé a bajar de peso, creo que por las dos cosas, por lo de gordo y porque de verdad que no tenía hambre.</p> <p>Y luego pensé que el no comer era una forma de morir también, de a poco. Así que salí de primero medio y me propuse llegar en marzo del año siguiente, en segundo medio, distinto. Me levantaba, me tomaba un café y me fumaba un cigarro, no almorzaba y pasaba a la hora de once, cuando llegaba mi mamá me comía una fruta y otro café.</p>
37	<p>L: ¿Tu mamá se dio cuenta de este cambio en tus hábitos alimenticios.</p> <p>P: Nada, le decía que almorzaba en el colegio y al verme más flaco ella pensaba que era porque estaba creciendo, y fueron varios kilos estaba ciega si no veía que estaba mal.</p>
38	<p>L: ¿Algún otro cambio?</p> <p>P: Perdí el interés en varias cosas, además de no querer juntarme con mis amigos, antes tocar guitarra me encantaba o jugar con mis amigos en el computador, pero después nada. En primero medio terminé el primer semestre con un 56, porque solo dormía, pero cuando mis amigos supieron lo que me pasaba me ayudaban a motivarme y a hacer los trabajos y terminé ese segundo semestre con un 65, el año con un 61. Y en segundo comencé de nuevo a dormir en clases porque me estaba costando mucho dormir en la noche, me quedaba despierto hasta las 4 de la mañana, dormía muy pocas horas. Ahí el profesor de lenguaje se acercó a preguntarme que me estaba pasando y se acercó no con la típica postura del profesor, se acercó como un amigo y me explicó lo que era una depresión y que él también había tenido eso, y me aconsejó que me pusiera objetivos pero no a largo plazo sino que todos los días me pusiera uno y creo que en algo eso me ayudó, y bueno fue el quien le dijo a la psicóloga del colegio lo que estaba pasando y ella fue la que me mando al consultorio, entonces igual se lo agradezco mucho él que se preocupó por mí.</p>
39	<p>L: ¿Alguna otra persona que se haya preocupado de ti, en ese periodo?</p> <p>P: Ahí es cuando aparece mi polola actual, quien era mi amiga antes pero nunca fuimos tan cercanos. En agosto de ese año comenzamos y ha sido muy importante en este proceso, porque desde que supo lo que me estaba pasando me intentó ayudar, pero con la visión de una amiga. Ella fue la que más me</p>

	<p>insistió que viniera al psicólogo y que le contara a mi mamá lo que estaba sintiendo. También fue ella la que me ha llevado a cuestionarme que los cortes no son la mejor opción para tranquilizarme.</p>
40	<p>L: ¿Ahora quéha pasado más tiempo, tienes alguna explicación de por qué a tu mamá le costó ver lo que te pasaba?</p> <p>P: Ahora pienso que no quería preocuparse en exceso, pienso que todo lo que vivió con mi papá fue tanto y tan terrible que después de la separación pensó que ya no había más problemas. Bueno y lo otro es que luego de separarse tuvo que aumentar las horas de trabajo y eso hizo que llegara tarde a la casa y muy cansada sin querer saber de problemas, solo el domingo tenía para descansar y yo pasaba toda la semana solo encerrado en mi pieza y la veía solo ese día para almorzar, que era el único día que almorzaba como la gente.</p>
41	<p>L: ¿Y tus hermanos?</p> <p>P: Ellos estaban grandes y preocupados por su vida, tienen 29 y 33 años, así que no pasaban mucho por la casa, yo soy el hijo que queda en la casa.</p>
42	<p>L: ¿Además de los cortes, utilizaste otras estrategias para sentirte mejor?</p> <p>P: Las drogas, marihuana principalmente. Y de alguna manera creo que me sirvieron. En segundo medio consumía casi todos los días, iba cambiando. Cuando dejaba de cortarme era porque estaba consumiendo, ambas me generaban la misma tranquilidad. En ese periodo comencé a faltar hartito a clases, así tuve como un mes de atrasos porque en la mañana me iba a fumar con mis amigos antes de entrar al colegio, ahí entraba como a las 8:40 que es el máximo tope para que te dejen entrar.</p>
43	<p>L: ¿Algo más que hayas utilizado para tranquilizarte?</p> <p>P: Bueno, ahora retomé lo de la música, ahora después de mucho tiempo tomé de nuevo mi guitarra, pero ahora porque estoy sano, antes no era suficiente la música y de hecho guardé la guitarra en el entretecho para no romperlas, porque sabía que me iba a arrepentir si les hacía algo, si me daba un ataque de impulsividad, para mí siempre han sido algo preciado.</p>
44	<p>L: ¿Rompió alguna cosa?</p> <p>P: Si, de mi pieza un vidrio, pero le dije a mi mamá que estaba jugando y que lo había pasado a llevar, fue un día en que estaba muy irritado, pero creo que es más de lo mismo, tratar de calmarme. Lo otro que hasta ahora no he podido dejar por completo es que empecé a fumar cigarro y el café, pero desde que estoy con mi polola, o sea desde que es mi amiga que he dejado bastante esto, nos comprometimos los dos a dejar lo que nos hace mal, porque ella es asmática y no puede estar con alguien que fume.</p>
45	<p>L: ¿Cómo percibiste esta ayuda de tu polola y también de tus amigos que te aconsejan?</p> <p>P: Bien igual, ellos sabían que me cortaba y de adrede me pegaban en los brazos y me decían viste, es para que no lo hagas más. Igual siento que fue buena esa preocupación, pero nunca fue tan fuerte como para que dejara de hacerlo.</p> <p>La de mi polola ahora lo acepto mucho mejor, pero creo que también tiene que ver con que estoy distinto y puedo ahora aceptar la ayuda, bueno también porque ella es una persona que me importa mucho y no quiero perderla, así que le prometí no fumar ni volver a cortarme, sé que es difícil porque todavía hay momentos en que me dan ganas de hacerlo, pero trato de hacer otra cosa, por ejemplo con fumar, masticar otra cosa.</p> <p>Al principio fue muy difícil, pero he logrado contar y desahogarme por primera vez y eso me ha servido y por eso creo que ahora con tocar la guitarra o distrayéndome escribiendo que es algo que también ahora hago más, puedo calmar ese deseo de fumar o de cortarme.</p>

46	<p>L: ¿Cómo crees que pudiste retomar lo de la guitarra o por qué crees que ahora eres capaz de utilizar otras estrategias más sanas para poder manejar tus emociones?</p> <p>P: Yo creo que fueron dos cosas. Primero el poder contarle a alguien neutro, que no eran ni mis amigos ni mi polola, sobre todo lo que había vivido y que me dijeran que eso estuvo mal, poder decir lo que sentía me fue permitiendo desahogarme y empezar a botar todo eso, como que me vacié, pero también porque aparece una persona importante por primera vez en la vida y que hace que tenga sentido seguir viviendo, que es mi polola y que tengo la obligación de cuidar esa relación y para eso no tengo que hacerme daño. Yo creo que eso ha sido como lo más importante, y que como estoy más tranquilo puedo volver a disfrutar de las cosas que siempre me han gustado, como jugar con mis amigos en el computador, escribir y ver que eso tiene que ver conmigo y que mi profesor de lenguaje me felicite por eso diciéndome que soy bueno, eso.</p>
47	<p>L: ¿Cómo fue la experiencia de tomar medicamentos?</p> <p>P: Hasta ahora sigo tomando, pero me bajaron la dosis. Antes tomaba 3 sertralinas y 2 risperidonas en la noche, y creo que me sirvieron bastante. Con la Sertralina me siento con más ánimo, me di cuenta que fue como el empujón que necesitaba para empezar hacer las cosas que me aliviaban, pero de buena forma, como salir más con mis amigos y me sirvió para ir con más ganas al colegio. La risperidona que la tomaba en la noche me ayudo a dormir más tranquilo, pero esa ya no la tomo.</p>
48	<p>L: ¿Cómo evalúas los tratamientos que te entregaron en tu consultorio?</p> <p>P: En algún momento me cuestioné por qué iba, sobretodo cuando se metieron en lo del peso que era algo muy íntimo mío, y hasta dudé de por qué me había acercado, pero ahora logro ver que lo del peso también era una forma de destruirme y que me sirvió porque me siento más tranquilo, más orientado y ya no tengo esa sensación de querer morirme, a pesar que las cosas con mi mamá no han cambiado mucho, yo ya tengo proyectos míos y eso me hace intentar avanzar, y eso también lo fuimos conversando con la psicóloga. Además que ahora que ya estoy de alta hace meses, me siento con la mayor seguridad que si me vuelve a pasar algo parecido, puedo confiar en pedir ayuda y que me van a dar el espacio, eso me dijo la psicóloga la última vez que hablamos.</p>
49	<p>L: ¿En la actualidad cómo te explicas lo que sucedió, les has dado algún significado?</p> <p>P: Ahora pienso que tuvo que ver con todas las cosas que me pasaron, la violencia del colegio y la de mi papá y que no tuve a nadie con quien me pudiera desahogar, nadie cerca y busqué una forma de desahogo pero no fue la mejor, porque terminé yo mismo siendo violento conmigo mismo.</p> <p>Cuando mis compañeros comenzaron a burlarse recordé que desde los tres años que tengo recuerdos de lo agresivo que era mi papá conmigo, con mi mamá y mis hermanos, mi hermano mayor se fue a los 17 años al norte porque mi papá lo echó y volvió ahora después de cómo 15 años de visita porque prometió nunca más volver. Igual mi mamá se opuso, pero le dio otra oportunidad a mi papá. Ahora hace poco que mi papá está intentando acercarse, me pidió disculpas, pero siento que hay algo que ya se perdió y no lo quiero ya en mi vida, ya la relación está dañada y quiere con dinero convencerme y yo no soy así por mi religión, él es muy materialista y a mí no me interesa.</p>
50	<p>L: ¿Cuéntame un poco más sobre qué religión profesas?</p> <p>P: Cuando tenía 15 años traté de buscar una religión y ninguna sentía que me representaba y cuando encontré el budismo me hizo mucho sentido porque tenía que ver con un proceso de encontrarse a ti mismo. Ahí aprendí una importante arma que es la meditación que me ha permitido relajarme cuando tengo nuevamente conflictos con mi madre, me voy a mi pieza pongo la música y comienzo a respirar, eso me calma.</p>

51	<p>L: ¿Algo más encontraste en la religión?</p> <p>P: El poder apreciar la vida, porque según esta religión la vida es un bien muy preciado y te hace pensar que hay una misión por la que estas acá, y para mí por ahora uno de esos objetivos es no dejar sola a la Cata, mi polola.</p>
52	<p>L: ¿Cómo fue desapareciendo la idea de querer morir?</p> <p>P: Fue cuando logré ver que hay cosas que tengo que hacer aquí. Si ya a la tercera no me resultó, dejó de ser una posibilidad cuando empecé a pensar si valía la pena quedarme para qué, pensé en este mundo tengo cosas que hacer, y no me voy a ir hasta conseguirlas.</p>
53	<p>L: ¿Cómo lograste llegar esta conclusión?</p> <p>P: Cuando empecé a sentirme un poco mejor de ánimo, recobré también las ganas de volver a tocar guitarra, me propuse cosas pequeñas como sacar una canción por ejemplo, que si me hubiera ido no podría hacer. Después empecé a aceptar las invitaciones de mis amigos para salir a relajarme un rato y llegar más tranquilo a la casa, empecé a tomar otras decisiones.</p>
54	<p>L: ¿Qué crees que sucedió para que comenzaras a cambiar tus decisiones?</p> <p>P: La aparición de mi actual polola, que también necesitaba ayuda porque tenía problemas parecidos a los míos, entonces llegamos a un acuerdo de cuidarnos y para eso teníamos que hacer el esfuerzo de estar mejor.</p> <p>Como hay amor, ahora sí importaba que si yo me hacía daño o me moría, sentí por primera vez que eso le podía causar un daño a otra persona que quiero mucho. En esta relación me siento importante para alguien.</p>
55	<p>L: ¿Cuál es tu razón principal Pablo para seguir viviendo?</p> <p>P: Sentirme capaz ahora de ver que la vida está llena de cosas buenas y malas también, pero que está en uno cambiar el curso, porque las personas pasan. Poder ver que tengo un futuro, que tengo que comenzar a vivir ahora y no 10 años después, porque ahora soy joven y quiero vivir el presente a pesar de mi pasado. Y porque quiero cuidar la relación que tengo.</p>
56	<p>L: ¿Qué consecuencias crees que ha tenido en tu vida esta experiencia?</p> <p>P: Ahora igual significa algo distinto que antes, porque mientras lo viví obvio que fue muy difícil y pensaba que nunca iba a salir de esto, porque de verdad que lo pasas tan mal que llegas a pensar en morirte como solución y a hacerte mucho daño.</p> <p>Ahora lo veo como una oportunidad de ver la vida de otra manera, porque si no me morí es por algo que tengo que hacer y eso es lo que estoy pensando, en cómo llegar a ser el profesor y el adulto que yo quiero.</p>
57	<p>L: Ahora vamos a conversar sobre algunas características más personales ¿Cómo te describirías a ti mismo?</p> <p>P: Si eso me lo hubieran preguntado antes hubiera dicho que pesimista, fome, retraído, poco sociable, como amargado. Ahora creo que todo eso tenía que ver con un estado más que con lo que soy, porque todavía me falta mucho, pero me siento más optimista y realista también, me siento capaz, inteligente y perseverante aunque todavía algo enojón para mis cosas.</p>
58	<p>L: ¿Esta descripción que ahora haces se diferencia de cómo te describías antes? ¿Tienes el sentimiento de haber cambiado durante el último tiempo?</p> <p>P: Mucho, como decía antes estaba muy centrado en todo el dolor que me habían causado mis padres, entonces era como una víctima de las circunstancias y de ahí no me salía. No es que ahora me crea un bakan, pero no me quiero quedar en esa postura lastimera porque no me sirve para ser quien quiero ser. Todavía tengo momentos difíciles, pero me siento más confiado de que puedo hacer algo por</p>

	mejorarlos.
59	<p>L: ¿Sientes que ha cambiado la manera de relacionarte con los demás, por ejemplo con tu familia o amigos?</p> <p>P: Con mis amigos más, porque ahora los integro a mi vida y soy capaz de ayudarlos y dejarlos que me ayuden. Salgo más con ellos y estoy más dispuesto a conocer más gente.</p> <p>Con mi familia no mucho, con mi mamá creo que he podido ir perdonando y entendiendo su falta de cariño, eso lo pude ver con el tratamiento de ver que no es que era una mala persona sino que estaba muy centrada en ella y su propio dolor o felicidad y que prefería no ver para no bajonearse más, pero con mi papá sigue ese rencor y odio y por eso lo quiero lejos de mi vida.</p>
60	<p>L: ¿Cómo te imaginas tu futuro? ¿Qué te gustaría hacer?</p> <p>P: Estudiando una carrera, me gustaría ser profesor de lenguaje, me gustaría acompañar a mis alumnos en sus decisiones y que me digan que yo los ayudé a ser profesionales.</p> <p>Me gustaría también tener una familia y darles a mis hijos lo que mi papá nunca pudo darme, ser una figura paterna presente, que entregue cariño...eso es lo que más quiero para mis hijos.</p>
61	<p>L: ¿Crees que de alguna manera te ha ayudado el pensar en tu futuro para no volver a pensar en morir?</p> <p>P: Si, mucho, porque es lo que le da un poco de sentido al presente, de por qué hay que estudiar, ir al colegio, mantenerte con vida porque uno tiene propósito, es como la ruta a seguir y le da sentido.</p>
62	<p>L: ¿Qué piensas sobre cuáles son las cosas que te ayudan a sentirte mejor cuando te sientes deprimido/ansioso/triste/enojado?</p> <p>P: Tocar guitarra, escribir sobre lo que me pasa, hablar con la Cata por teléfono o vernos, meditar, todo eso ahora lo ocupo.</p>
63	<p>L: ¿Qué características personales te han ayudado a dejar de pensar en morir?</p> <p>P: La perseverancia yo creo, cuando se me pone algo en mente no me canso hasta que lo obtengo y ahora mi relación de pololeo y mi futuro es lo que quiero.</p>
64	<p>L: ¿Cómo describirías tu vida familiar? ¿Cómo es la relación con tus papás o hermanos u otros adultos significativos?</p> <p>P: Marcada por mucha violencia. La relación con mi mamá siempre fue lejana. Cuando yo tenía un problema nunca se lo contaba a ella, porque cuando intenté hacerlo lo único que me contestaba era que ya se me iba pasar. Con mi papá nunca nos llevamos bien y tampoco cambio ahora que se separaron, él intenta acercarse pero siento que ya es tarde y no se me puede olvidar todo lo que él hizo, fue muy violento.</p> <p>Con mis hermanos, el más cercano es el que viene después de mí, pero tampoco hablamos mucho porque él tiene a su polola, entonces es poco lo que nos vemos.</p> <p>Ahora he podido ver que las dificultades que he tenido no las pude manejar bien porque no tenía a unos adultos que me ayudaran y más encima los dos me decían que yo era el problema, entonces ahí viene la posibilidad de que la muerte o de no existir mejor dicho, es una solución.</p> <p>Eso de no sentirte querido, solo, no valorado por quienes son los únicos que tienen que hacerlo es muy doloroso, eso de sentir que ocupaba un espacio innecesario en sus vidas, en vez de ayudar, te hace pensar en la muerte como una solución no solo a tus problemas, también a los de ellos.</p>
65	<p>L: ¿Qué crees que desde lo familiar a ayudado a que sientas menor deseos de morir?</p> <p>P: No mucho, pero si mi mamá está más preocupada, más cercana cuando se dio cuenta que yo la necesitaba y que estaba muy mal, pero el problema es que lo hace desde su punto de vista y a veces sigue siendo poco comprensiva, pero siento que tiene buenas intenciones y se equivoca en el cómo</p>

	ayudarme.
66	<p>L: ¿Cómo te ha ido en el colegio? ¿Has tenido algún tipo de dificultad en el colegio? ¿Cómo es la relación con tus compañeros y profesores?</p> <p>P: Ahora me va mucho mejor, sobretodo en los ramos humanistas que tiene que ver con lo que quiero estudiar y también porque el profesor de lenguaje me motiva y me exige porque cree en mis capacidades.</p>
67	<p>L: ¿Esto te ha ayudado en algo para mantenerte con vida?</p> <p>P: Yo creo que de alguna manera sí, porque fue el profesor el que me notó mal y me deriva a la psicóloga del colegio que es la que me insiste en que pida ayuda en el consultorio, porque quizás si nadie me hubiera aconsejado yo no estaría aquí.</p>
68	<p>L: ¿Qué tipo de actividades te gusta hacer?</p> <p>P: No hago mucho deporte, no me gusta, pero si dedico mucho tiempo a la música tocando guitarra a veces solo en mi pieza o con un grupo de amigos que a veces nos juntamos y lo que más hago ahora es escribir.</p>
69	<p>L ¿Con quién hablas de tus temas personales habitualmente? ¿A qué personas te sientes más cercano o tienes más confianza? ¿Con quién conversas tus preocupaciones, sentimientos y/o experiencias difíciles?</p> <p>P: Mis amigos fueron importantes en un momento en que yo no quería nada con nadie y ellos estaban ahí para que hiciera los trabajos del colegio o para invitarme a salir, me sirvió que nunca se rindieran a pesar de lo pesao que fui con ellos.</p>
70	<p>L: ¿Hay otros temas importantes que no hemos abordado? ¿Tienes algo que agregar?</p> <p>P: No, como que dije lo que pensaba y puede que se me vayan algunas, pero ahora no recuerdo.</p>
71	<p>L: Pensando en lo que has ganado a partir de esta experiencia, ¿Qué le recomendarías a otro/a adolescente que está pasando por algo similar y que ha pensado como solución matarse?</p> <p>P: Lo trataría de orientar que la vida a veces te tiene algo preparado, que puede ser muy dura y que a veces no depende de nosotros esas situaciones, pero lo que si depende de uno es lo que queda de la vida, el futuro a pesar de lo que viviste cuando chico. Que la vida es de uno, pero que hay que aprender a apreciarla porque es única.</p>
72	<p>L: ¿Sientes que a tu tratamiento le faltó algo o, qué puedes recomendar desde tu experiencia y que se pueda agregar en los tratamientos con adolescentes que han experimentado deseos de morir?</p> <p>P:Que el especialista sea cercano y no desde una parada del que sabe todo, y tratar de ser un amigo al cual le puedes contar las cosas sin miedo. Porque si tu llegas al psicólogo, obvio que te va a dar cosa contarle algo tan importante a alguien quien nunca has visto en tu vida, a parte que lo que vienes a contar es muy triste y lo has guardado por mucho tiempo, por eso esa persona que te escucha tiene que ser confiable y cercano y que se dé el tiempo de escucharte y que de buena manera te diga las cosas, no desde la autoridad.</p>
73	<p>L:¿Algo más?</p> <p>P: A parte de demostrar la confianza, que tú sientas que de verdad te puede ayudar, que si le cuentas algo que no se lo cuente a nadie salvo que uno corra riesgo, porque eso me lo explicaron. También podrían tener talleres, en donde se junten a adolescentes que tengan depresión a hacer algo juntos, por ejemplo un mural construido por todos. Con los papás hacer una reunión con todos y ayudarlos a hacerles entender qué es lo que tiene su hijo, para que sepa cómo reaccionar y qué esperar de un hijo con depresión.</p>

ENTREVISTA N°4

Entrevistado: Cristian (Seudónimo) (C).

Edad: 19

Sexo: M

Situación escolar: Enseñanza media completa, repite 2do medio. Cursando estudios de Técnico en Enfermería (Vespertino). Trabaja en tienda comercial (diurno)

Situación familiar: Vive con madre, padrastro, hna. de 5 años y abuela materna. Madre presenta diagnóstico de esquizofrenia.

Entrevistadora: Leslie Achui (L)

Lugar: Unidad de Adolescencia - Centro de Salud Alejandro del Río, Puente Alto

Tratamiento en el centro de salud: 2014. Psicoterapia (7 meses aprox.) + psicofármacos (médico del consultorio). Sertralina + Risperidona. UCI del HSR, Hospitalización en corta estadía HSR

1	<p>Leslie: Para comenzar, quisiera preguntarte ¿cómo te sientes en estos momentos Cristian? ¿A qué te dedicas?</p> <p>Cristian (seudónimo): Salí del colegio hace dos años atrás, egresé de un centro nocturno porque hice un 2x1, porque repetí segundo medio, así que salí igual con mis compañeros, porque no me atrasé. Después trabajé un año en un supermercado, pero al final del 2015 como que me aburrí de la rutina de todos los días y varios de mis compañeros comentaban que se querían poner a estudiar y yo les decía que no me daba la cabeza para ponerme a estudiar, porque me cuesta, aparte que no tengo la plata, me tiraba para abajo y mis compañeros me entusiasmaban que tenía que tener fe en mí y saqué cálculos para ver si me alcanzaba con lo que ganaba, así que me motivaron diciéndome que si no estudiaba me iba a quedar toda la vida trabajando en esto.</p>
2	<p>Así que me inscribí en la Santo Tomás, acá en el Sotero del Río y esperé hasta marzo porque me quedaban todavía dudas, me atreví a pesar de que me costara, tenía que darle no más. Partí la primera semana de abril en Técnico en enfermería y de ahí que no he parado porque me matriculé en la noche, de 19:00 a 22:30 de la noche, y hace tres semanas que dejé de trabajar porque mi cuerpo ya no daba más y mi jefa no me daba muchas facilidades para estudiar los días de exámenes, así que lo dejé pero estoy buscando algo por menos tiempo. Igual las primeras semanas me sentía un poco inútil en la casa y un poco bajoneado, así que así ando en estas semanas, pero sé que cuando encuentre algo eso mejorará</p>
3	<p>L: ¿Cómo ha sido esta experiencia de estudiar y trabajar?</p> <p>C: Difícil, pero como que estoy acostumbrado a tener que esforzarme por todo. Se que me ha costado porque yo empecé a trabajar no tanto por la plata, trabajaba por el hecho de no estar en mi casa. Preferí enfocarme en eso, en vez de salir a la calle que era otra opción. Igual quiero independizarme, pero siento que todavía no es la edad, siento que me tengo que enfocar en mis estudios, titularme, buscar una práctica, un trabajo estable y ya después de eso una vivienda para irme a vivir solo</p>
4	<p>L: ¿Cristian, recuerdas cómo fue que llegaste al centro de salud al que perteneces?</p> <p>C: Fue como en el 2014 más o menos. Me acuerdo que estaba en el colegio y en esa época era una persona completamente normal y de la nada, yo creo que por las peleas que habían en mi casa, lo único que hacía era encerrarme en mi pieza, como no era de tener muchos amigos y salir con ellos, no, lo que hacía era ir del colegio a la casa y de la casa al colegio. La presión de ver todos los días lo mismo, ver como peleaban por simples tonteras mi mamá y mi abuela. Habían unos lapsos de tiempo en que en la casa nos llevábamos bien y cuando peleábamos igual lográbamos reconciliarnos y pedirnos disculpas, pero igual ese sentimiento me quedaba, sobretodo lo que me decía mi mamá. Esa acumulación me fue bajoneando, bajoneando. Sabe qué, que hubo una época en que no quería ir al colegio, andaba todo el día con sueño porque en las noches me despertaba cada cierta hora a pensar. Me acuerdo que me ganaba en la ventana, era mucho. Después me tocó una psicóloga en el consultorio, donde al principio igual me daba vergüenza, porque era primera vez que había ido al</p>

	psicólogo.
5	<p>L: ¿Qué fue lo que pasó para que llegaras a atenderte con la psicóloga?</p> <p>C: Le dije a mi abuela que me fuera a pedir una hora en la mañana, porque andaba con mucho sueño, pensaba que quizás tenía anemia. Ahí después de eso, el médico general me hizo unas preguntas y los exámenes de sangre y no había nada médico, así que él me derivó donde la psicóloga porque sospechaba que era algo de salud mental.</p>
6	<p>L: ¿Qué tipo de tratamiento te otorgaron?</p> <p>C: Con la psicóloga tuve hartas sesiones, como siete meses con ella de dos sesiones al mes más o menos y recuerdo que eran sesiones largas.</p> <p>En esa época recuerdo que me sentía muy solo, y con ella podía hablar, me podía desahogar y ella me escuchaba con mucha calma, me daba consejos y siempre me daba consejos pabien, porque hay veces en que le preguntai a tus amigos y ellos no razonan mucho, te aconsejan desde la guata y la psicóloga me hacía pensar en los pro y los contra de mis decisiones y yo era al final quien decidía.</p>
7	<p>En esa época como que yo no tenía mentalidad para pensar y ella me ayudó en esa etapa en que uno es más niño o impulsivo. Al principio yo me iba a retirar, pensaba, no, esta cuestión no es pa mi, pero con el tiempo fui notando los cambios. Por ejemplo, cuando se ponían a pelear en la casa, en vez de encerrarme en la pieza y ver desde arriba como se sentían los gritos me sugería ir afuera a andar en bicicleta o salir con mi mascota a la plaza o ir a visitar a mi amiga, y yo le decía que igual me daba vergüenza llegar sin nada en las manos, pero la psicóloga me ayudó a vencer esa vergüenza y atreverme a pedir ayuda, me ayudó también ir aclarando lo que me pasaba y de a poco me fue mostrando que la vida también era bella, porque yo al principio sentía que la vida era una mierda, que no valía, ver a un niño triste es súper fuerte y yo desde pequeño que me sentía un poco así.</p> <p>En un adulto puede ser más razonable, por las deudas o problemas de la familia, pero un niño...igual me da pena porque es injusto, debería estar preocupado de jugar...pero son etapas que todos podemos pasar a cualquier edad.</p>
8	<p>L: ¿Medicamentos te indicaron?</p> <p>C: Si, uno para la depresión que lo tomaba en la mañana y otro que era para dormir, que era muy fuerte aunque era muy chiquitita y la partía en cuatro y era muy amarga así que la tome solo un mes y después pude dormir bien solo. Yo creo que me mejoré no por los antidepresivos, porque de hecho cuando los tomaba me sentía como en la nada, como que no sentía nada, pero era necesario para que los consejos y el trabajo de la psicóloga funcionaran, porque con mi pesimismo del principio nada hubiera funcionado.</p> <p>Me acuerdo que ella me recordaba siempre tomármelas bien, todos los días y a la misma hora y eso me ayudo a tener energías y poder rendir en el colegio.</p>
9	<p>L ¿Cristian, cómo evalúas los tratamientos que has recibido? ¿En qué crees que te han ayudado?</p> <p>C: Hubo un año en que estuve súper bien después del alta, y después igual he pasado por algunos bajones, pero nunca tan intensos como la primera vez, porque ahí me acuerdo de lo que hablábamos de lo que tenía que hacer y solo me doy ánimo.</p> <p>Igual hubo un periodo muy difícil en que las peleas con mi mamá aumentaron y se puso todo más grave. Yo no suelo ser una persona celosa, yo encuentro que si mi mamá quiere hacer su vida está en todo su derecho, pero hubo una época en que encontró un pololo y mi mamá se fue a vivir con él, entonces a mi me dejó solo en la casa con mi abuela que igual es viejita y tenía 17 años y quería trabajar, pero todavía no terminaba el colegio y con la jubilación de mi abuela era muy poquito y cuando mi mamá se fue de la casa, ella se fue y no volvió más.</p>
10	<p>Un día me dijo que se iba con el Julio Cesar y yo le decía bueno, pero nos vemos el viernes, que salía más temprano del colegio y ella me decía que no alcanzaba por el trabajo y así poco a poco ella me fue dejando.</p> <p>Al principio pensaba que iba a ser para mejor, así hay menos peleas en la casa, pero tarde o temprano igual me hacía falta mi madre, porque a pesar de las cosas que nos decíamos igual era mi mamá y era la única persona que yo tenía cerca, porque yo no tengo primos, no tengo sobrino, era hijo único, mi</p>

	<p>mamá no tiene más hermanos, con la parte de mi papá...mi papá me dejó a los siete años y no supe nunca más de él . Así que por un lado pensaba que mi mamá tiene derecho a rehacer su vida, dedicó 17 años de su vida a criarme, pero solo eran simples gestos lo que quería o que por lo menos me diera para los materiales, se desentendió completamente. Lo bueno era que tenía buenos compañeros que me prestaban sus materiales, pero me daba una vergüenza.</p>
11	<p>L: ¿Qué más sentías en ese periodo?</p> <p>C: En ese periodo también bajé muchos mis notas porque pensaba todo el día en cómo íbamos a vivir, pensaba que no nos alcanzaba la plata con mi abuela, me sentía solo, era todo y quería descansar de todo eso</p> <p>Un día estaba tan desesperado, angustiado, era un día viernes y no tenía nada que hacer en la tarde y mis amigos estaban ocupados. Me acuerdo que me acosté y me puse a llorar mucho y de la nada me acordé de las pastillas que había dejado de tomar para dormir, y dije ¡ya! voy a tomarme esas pastillas para dormir bien por un largo rato.</p> <p>Lo pensé mejor y saqué más pastillas de la caja de los remedios y dije ya, me las tomo y descanso por mucho rato, quería dormir por unas tres semanas, meses o para siempre. Me las tomé en la cocina y cuando ya llegué a mi pieza sentí que me caí.</p>
12	<p>C: Me acuerdo que desperté en el hospital, tenía la visión medio borrosa y sentía a mucha gente alrededor mío. No sabía dónde estaba y me asusté y me puse agresivo, así que me amarraron a la camilla y me pusieron algo que me calmó y ahí comencé a darme cuenta de lo que había pasado, lo que había hecho. Estaba en la UCI del Sotero y veía para todos lados gente mayor y que estaba inconsciente.</p>
13	<p>L: ¿Cómo fue esa experiencia en el hospital?</p> <p>C: En la UCI fueron muy amables conmigo, estuve como una semana, bueno era la única persona consciente de la sala. Igual es fuerte decirlo, pero me sentí como en casa porque a cada rato me iban a ver psicólogos, me preguntaban cómo me sentía, fueron muy afectuosos, bueno es el cariño que necesitaba. De ahí llegó mi mamá preocupada con una bolsa con desodorante, pasta, mis cosas. Igual no tenía rencor, dolor de sentirte dejado y duele ver que al verte en un hospital donde casi te mueres, que se venga a arrepentir.</p> <p>Después de eso me fui a corta estadía, con la doctora Ronda, eso me asustó un poco porque me imaginaba como en las películas donde te tienen como en un manicomio. Estuve con ella tratándome. Al principio no me sentía cómodo, como que para mí estar ahí fue como un castigo porque las enfermeras eran bruscas y poco amables, muy serias y de a poco me fui acostumbrando al lugar. Por ejemplo habían veces en que me quería afeitar y me explicaban que no podía afeitar solo por el riesgo, así que ellas me afeitaban.</p> <p>Ahí estuve como un mes y un par de semanas. Pensé que nunca iba a salir y pensaba que quizás nunca me iba a recuperar de esto, nunca me explicaron por qué me tenían ahí, pero pienso que era para recuperarme mentalmente.</p>
14	<p>Me acuerdo también que compartí piensa con un niño como de 9 años que también tenía depresión y yo tenía 16 años. Después el niño se fue como a los tres días y llegó otro niño que tenía problemas con las drogas y me daba miedo interactuar, pero con los días no te queda otra que relacionarte con ellos. Ahí me fui dando cuenta que todos habíamos pasado por distintas cosas, quizás más difíciles que yo y eso me sirvió para pensar que lo que me había pasado era un pelo de la cola para lo que otros viven.</p> <p>Yo me acuerdo de una noche en la que no podía dormir, estaba mirando la ventana y nosotros estábamos ubicados en el hospital de niños y por la ventana escuché a una señora llorar porque su hijo se había muerto, y ahí pensé en lo que había hecho y que ahora estaba aquí con vida, en ese sentido por estar en un hospital cercano a la muerte me fui dando cuenta de que puedo valorar la vida y que la vida tiene bajas y altas y en las bajas hay que aprender a manejar y controlar</p>
15	<p>Me acuerdo que hacíamos repostería y los íbamos a vender al CDT con pantuflas para que no nos fuéramos, ahí vi a los niños de oncología que igual jugaban y pensé bueno tengo una enfermedad que es de la cabeza y tengo mis dos manos y mis dos pies y eso aprendí a valorar. Ahí entonces con la</p>

	<p>experiencia de lo que vi y también lo que nos conversaban en los grupos de pacientes empecé a ver que la vida puede ser bella.</p>
16	<p>L: ¿Recuerdas que trabajaron mientras estuviste en corta estadía? C: Mis traumas de cuando era más chico, que al ir contando me ayudaron a aclarar como mi papá me dejó y no se contactó más conmigo o por qué mi mamá es así, porque mi mamá tiene esquizofrenia y está en tratamiento. Yo siempre les dije a los doctores que desde el momento en que mi mamá se enfermó ya no tuve más a mi mamá, yo tenía como 6 años. Recuerdo que antes era muy cercana y atenta, que cuando me sentía mal me daba cosas pa la guata y estuvo como 7 meses en avenida La Paz, y después ya no era la misma, andaba siempre como drogá. Sentía que tenía a mi mamá en vida, pero su alma, su ser se fue cuando se enfermó.</p>
17	<p>L: ¿Ahora en la actualidad cómo significas esa experiencia de la enfermedad de tu mamá? C: De chico me sentí muy solo, porque como que me daba cuenta que antes mi mamá era distinta, alcancé a tener su cariño y después fue como que me lo quitaron siendo todavía muy pequeño. De ahí yo creo que mi papá toma la decisión de separarse, porque fue en esa misma época, y ahora veo que desde ahí que viene mi estado bajo, pero ahora tengo a mi hermana de un año cuatro meses, porque mi mamá después hizo su vida. Ahora mi mamá volvió a vivir con nosotros porque los echaron del departamento que estaban arrendando con mi padrastro, así que ahora estamos muy apretados en la casa, y las peleas volvieron. Pero como que he podido ir entendiendo que muchas veces es la enfermedad de mi mamá la que está ahí y no su voluntad, pero ahora que vive con nosotros me perturba, porque me había acostumbrado a no tenerla y a hacer mi vida con mi abuela.</p>
18	<p>Igual agradezco poder estar más cerca de mi hermana, eso es lo distinto ahora y pensar que no quiero que ella pase por lo que yo pasé, me hace motivarme a mejorar cada día en ser una mejor persona para ella y no volver a pensar en matarme, por eso ahora estoy buscando un mejor trabajo y terminar mis estudios para que no le falte qué comer.</p>
19	<p>L: ¿Cristian, volviendo a lo que sucedió con las pastillas, fue solo esa vez y recuerdas cómo aparece la idea de terminar con tu vida? C: Si, fue solo esa vez. En realidad nunca antes lo había pensado, solo eran a veces deseos de dormir un poco o de descansar de los problemas, por lo mismo nunca lo había intentado antes. Pero ese día me sentí muy mal, muy solo y sabía que con un cuarto yo andaba mal, entonces con 3 o cuatro iban a ser suficientes. También está el miedo a decidirlo, pero es como que uno lo deja a la suerte, si me resulta bien, pero sabiendo que hay altas probabilidades. Igual nunca me imaginé lo que iba a pasar después, lo de la hospitalización y todo eso, solo quería descansar del dolor emocional que sentía ese día. Pero ese dolor fue creciendo desde que perdí a mi mamá con su enfermedad, pero se agrandó cada vez más y detonó con que yo me quisiera morir, es la acumulación de peleas todos los días en la casa. No eran a golpes físicos, pero las cosas que mi mamá podía llegar a decir eran fuertes, como que era un flojo, que no valía cuando me iba mal en el colegio o cuando venía a la psicóloga mi abuela me decía que era loco, como burlándose.</p>
20	<p>L: En la actualidad, ahora que ha pasado más tiempo, ¿cómo significas esto que sucedió? C: Esta misma experiencia me fue haciendo una persona más fuerte. Igual ahora lo miro como una experiencia fuerte, no solo que estuve cerca de morirme, también el estar hospitalizado y ver a otros adolescentes que vivieron lo mismo, pero logro ver que me hizo ser una persona distinta, que si logro salir de esto, puedo enfrentar quizás otras más adelante. Nunca antes yo había dañado mi cuerpo</p>
21	<p>L: ¿Algún corte? C: No, nunca, lo vi en algunos compañeros pero no me gustaba como se veía.</p>
22	<p>L: ¿Cristian en algún periodo consumiste algún tipo de droga? C: Si, hubo una época en el colegio en que igual me drogaba, pero lo veo que fue como una forma de manejar lo que sentía saliendo a la calle para dejar de escuchar las peleas, pero igual por dentro me decía Cristian, estás haciendo algo mal. Si seguía en la calle me iba a perder porque es muy peligroso donde yo vivo. Una parte de mi decía que era muy peligroso en lo que me estaba metiendo, pensaba</p>

	<p>que no iba a terminar de estudiar, pero otra sentía que tenía que salir de la casa y borrarme un rato de todos los problemas con los amigos y pasarla bien fumando marihuana.</p> <p>Igual fumaba poco porque me daba susto, y porque los veía mal, ellos fumaban en la mañana y después de salir del colegio, todos los días, y yo fumaba día por medio. Antes había fumado cigarro, como en 8vo básico, pero ya lo había dejado.</p>
23	<p>L: ¿Por qué crees que llegaste a consumir, qué te producía?</p> <p>C: Porque me relajaba y no era suficiente solo con salir, porque por ejemplo yo puedo estar en esta sala y estar pensando igual en mis problemas y con la marihuana de verdad que lograba salirme de eso y relajarme aunque fuera por unos minutos, podía sentir el aire, las luces y no enfocarme en mis problemas. Eso era algo que me afectaba mucho, el estar pensando mucho en los problemas, porque yo creo que eso me afectó de no poder concentrarme en el colegio, pensaba en mi abuela, en cómo íbamos a comer hoy día, si mi mamá iba a llegar a discutir, todo eso me cansaba.</p>
24	<p>L: ¿Cómo lograste dejar ambos consumos?</p> <p>C: Esque como no eran algo de todos los días, pensé que me estaba haciendo un mal, que dañaba mi salud y mis dientes y que me quitaba la posibilidad para terminar de estudiar al ver a mis amigos como iban dejando el colegio, me asusté.</p>
25	<p>L: ¿Cristian, recuerdas alguna otra forma en que manejabas la tensión de tu casa?</p> <p>C: Si, me acuerdo que después cuando entré donde la psicóloga como teníamos con mi abuela una situación económica muy mala, me ayudaron desde la muni a tener beneficios para comer y también le vieron una pensión, y eso de verdad que fue sacarme un peso de encima porque por la edad no podía trabajar aunque quería. Porque desde chico, desde que mi mamá me dejó que yo siento que dejé mi infancia, no es que me puse a trabajar porque nunca mi abuela me obligó, pero como que en mi cabeza siempre estuvo la idea de no ser un cacho pa nadie y no exigía nada, y pensaba que si uno no trabaja no hay plata para comer y no pensaba en jugar o pedir como si lo hacen otros niños, como que siempre tuve conciencia de que no podía.</p>
26	<p>Desde los 14 y 15 años que empecé a trabajar de empaque y después en un local de comida rápida, después con permiso notarial de garzón en un restaurant de comida, me gustaba y nunca me quejé. Pero ya me da lata que sigan los mismos problemas de siempre en la casa ahora que mi mamá volvió. Cuando mi mamá se enfermó, era mi papá, mi mamá y mi abuela y mi mamá trabaja más, entonces cuando ella se enferma me di cuenta que ya no iba a ser lo mismo, porque no pudo trabajar más, con mi abuela recogíamos leña para hacer cenizas, brazas y poder cocinar porque no había plata pa gas.</p>
27	<p>L: ¿Cristian, me gustaría ahora consultarte si recuerdas cómo fue desapareciendo la idea de querer morir?</p> <p>C: Es que nunca fue una idea que me diera vuelta tanto tiempo. Fue en el periodo en que seguramente estaba más deprimido y comencé a darme cuenta que ya no podía aguantar más, estaba cansado, no lograba dormir, me empezó a irme mal en el colegio y ahí vino la idea de morir como una posibilidad de alivio al ver que las peleas seguían y que yo ya no resistía..</p>
28	<p>Y lo otro que me motiva a seguir viviendo es la llegada de mi hermanita que me hace pensar en que ella no tiene que dejar de ser niña, como yo que a los 7 años ya no me interesaba jugar porque prefería ayudarle a mi abuela con la casa, cosas de adulto, no quiero que ella asuma esa responsabilidad, entonces tengo que estar ahí para ella.</p>
29	<p>L: ¿Algo más Cristian que ayudo a no pensar en morir?</p> <p>C: Lo otro que también valorizo fue todo el cariño y preocupación que me dieron cuando estuve hospitalizado y en el consultorio, porque en ese periodo estaba acostumbrado a ver peleas, insultos y ver que hay un lugar donde se respeta, se habla sin gritar y sin garabatos, fue un mes y medio de ver otra realidad donde hay reglas que se respetan.</p> <p>Ahí aprendí que si me levantaba temprano, empezaba con más energía el día y terminaba más cansado y dormía mejor, son hábitos que me sirvieron mucho. Entonces al ver que mi vida puede ser distinta a la que vivía en la casa, me puso como meta el seguir, para alcanzar una vida distinta.</p>
30	<p>L: Ahora Cristian y considerando lo último que mencionas, Cómo te describirías a ti mismo?</p> <p>C: Por lo mismo que he pasado desde chico, me siento muy humilde y que si mañana por ejemplo</p>

	<p>hay una feria laboral en Puente me digo, ya Cristian si o si vas a buscar trabajo, si me ofrecen limpiar vidrios y lo necesito, lo hago, si vas a tener que ser reponedor lo hago. Esto se lo debo también a mi abuela que desde pequeño me dijo que tenía que ganarme las cosas y que nunca te debe dar vergüenza tu trabajo, lo que te tiene que dar vergüenza es robar o no esforzarte. En eso me siento una persona fuerte, capaz, confío en que si me propongo algo lo puedo lograr, como que creo en mi fuerza, aunque se que no soy muy inteligente, he llegado a estudiar por mi fortaleza.</p>
31	<p>L: ¿Tienes el sentimiento de haber cambiado durante el último tiempo? ¿En qué y de qué manera? C: Si, o sea después de vivir esa experiencia de que me pude morir me hizo tomarme la vida más en serio, pero cambiando ya el foco de estar siempre dispuesto a aguantar todo en la casa. Ahora me siento más maduro y centrado también en lo que yo quiero y deseo ser más adelante para mi hermana.</p>
32	<p>L: ¿Tus relaciones han cambiado en algo? C: Con mi mamá, que a pesar de entender su enfermedad igual me irrita que siga en la casa y que siga generando todas las discusiones como que siguen las peleas, pero yo ya no me dejo pasar a llevar tanto como lo hacía porque igual comprendí que eso me hizo mal. Con mi abuela igual hay un poco de distancia, pero no en mala. Con mi hermana cada vez más cercanos.</p>
33	<p>L: ¿Cómo te imaginas tu futuro? ¿Qué te gustaría hacer? C: Como que me cuesta imaginarme, por ejemplo con una casa o algo así, estoy enfocándome en primero terminar bien mis estudios. Me estoy enfocando en el presente, en lo que tengo que hacer ahora para que mi futuro sea mejor. Mi hermana es la que me hace centrarme en el presente y trato de aprovechar todos los momentos que tengo con ella.</p>
34	<p>L: ¿Qué características personales crees tú han ayudado a no tener deseos de morir? C: Mi fuerza de voluntad. Creo que desde chico aprendí a pararme cada vez que me tiraban, solo. Me imagino jugando de pequeño en un parque y que me tiran al barro y yo me seco y me paro y lo enfrento, eso creo que es algo que aprendí con todo lo que he vivido, darme cuenta que siempre he tenido la fuerza para enfrentar las cosas, pero que si me quedo absorbiendo lo malo de mi familia me puedo volver a deprimir, y eso es algo que no quiero de nuevo.</p>
35	<p>L: ¿Qué piensas sobre cuáles son las cosas que te ayudan a sentirte mejor cuando te sientes deprimido o enojado? C: Mantenerme ocupado. Creo que el poder trabajar me ha permitido no solo tener el dinero para lo que necesito, también para mantenerme fuera de la casa y conocer otras personas y ver una realidad que es distinta. También cuando me bajoneo trato de pensar en que hay otros que pueden estar peor y que yo tengo salud para salir adelante, también trato de salir un poco de la casa con mis amigos del trabajo.</p>
36	<p>L: ¿Cristian recuerdas cómo te iba en el colegio? ¿Cómo era tu relación con tus compañeros y profesores? Y si en algún momento, se enteraron de lo que te pasaba? C: Cuando yo tuve depresión y tomaba medicamentos, mi mamá presentó el certificado al director, pero yo sentí que no estaba ni ahí, que le dio lo mismo, pero cuando yo caí al hospital como que todo se centró en mí y ahí sentí apoyo del colegio. Yo cuando volví, le dije a mi profesor que iba a repetir de curso y él me dijo que no me preocupara, que me recuperara bien y después nos preocuparíamos de eso.</p>
37	<p>L: ¿Y tus compañeros? C: Después me pedían disculpas por no estar más atentos a lo que me pasaba, es que yo creo que no me veía mal, entonces cuando supieron de mi hospitalización y se dieron cuenta de lo que me pasó como que todos se preocuparon. Al principio lo sentía como que me retaban que no hiciera mas eso, pero después entendí que era por preocupación y me sentí valorado, porque cuando intenté morir me juraba que estaba solo en este mundo.</p>
38	<p>L: ¿Cristian hay algún tipo de actividad te guste hacer? No hago muchas actividades por un tema de tiempo, porque en el día trabajo y en la tarde me voy a estudiar y los otros días en que tengo tiempo prefiero salir con mis amigos, en realidad es cualquier</p>

	cosa que me haga no estar en la casa, eso me sirve.
39	<p>L: ¿Con quién hablas de tus temas personales habitualmente? ¿A qué personas te sientes más cercano o tienes más confianza?</p> <p>C: En realidad no tengo a muchas personas, soy como más solitario, pero por eso valoraba mucho el poder venir a conversar con la psicóloga. Con mi mamá a veces, pero se molesta con tanta facilidad que prefiero no contarle lo que me pasa y siempre hay algún amigo, aunque trato de no molestarlo.</p>
40	<p>L: Pensando en lo que has ganado a partir de esta experiencia, ¿Qué le recomendarías a otro/a adolescente que está pasando por algo similar?</p> <p>C: Le diría que no se eche a morir, que a pesar de que es difícil de pensarlo todo tiene solución. Le diría que quizás le va a costar salir, pero hay que tenerse fe, que aunque se sienta mal que se valore, que se quiera y que busque a alguien a quien quiera mucho y que lo disfrute porque tener vida y salud, ya es un valor.</p>
41	<p>L: ¿Sientes que a tu tratamiento le faltó algo o qué puedes recomendar desde tu experiencia y que se pueda agregar en los tratamientos con adolescentes que han experimentado deseos de morir?</p> <p>C: Desde que salí del hospital faltó un poco mas de terapia en el consultorio o alguna charla mas de continuación, porque me dé dieron de alta y nunca supe que tenía que hacer. Entonces eso creo que falta, mas comunicación entre el hospital y los que atienden en el consultorio.</p>
42	<p>O algo que tenga que ver con ayudarnos con nuestros proyectos, porque muchos estamos o buscando trabajo, por ejemplo los que terminan cuarto medio que los guíen en sus decisiones porque uno se ve un poco perdido.</p> <p>Pero por otro lado también me siento muy agradecido de la atención, porque que me dieran una cama en la UCI y una cama en corta estadía, sé que es difícil, porque nunca me trataron mal por lo que hice.</p>
43	<p>Lo otro que también valoro fue que me llamaban del estudio como seis meses después, para saber cómo estaba , eso como que me gusto, me sentí cuidado y que les importaba como estaba.</p> <p>Lo otro que valoro fue cuando trabajaron con mi familia en la corta estadía, eso creo que sirvió, pero que también faltó un poco de eso en el consultorio, porque mi mamá y mi abuela mientras estuve hospitalizado entendían todo y después cuando uno vuelve a la casa, todo vuelve a lo mismo y eso igual es fome.</p>
44	<p>L: ¿Algo más que sugerirías?</p> <p>C: Siento que nosotros pasamos la mayor parte del tiempo en el colegio y ahí siento que hace falta mayor trabajo o charlas o que los profesores estén más atentos, porque yo siento que...los escolares tienen una vida muy sacrificada.</p>

ENTREVISTA N°5

Entrevistada: Nicole (Seudónimo) (N).

Edad: 19

Sexo: F

Situación escolar: cursando educación técnica (diseño vestuario), trabaja.

Situación familiar: Vive sola, madre adoptiva vive en el Sur, padre adoptivo fallece hace 5 años.

Entrevistadora: Leslie Achui (L)

Lugar: Unidad de Adolescencia - Centro de Salud Alejandro del Río, Puente Alto

Tratamiento en el centro de salud: 2014. Psicoterapia + psicofármacos (Sertralina)

1	<p>Leslie: Para comenzar, quisiera preguntarte ¿cómo te sientes en estos momentos? Nicole (seudónimo): Estas últimas semanas algo mejor, pero bien en general.</p>
2	<p>L: ¿Cómo fue que llegaste a tu consultorio? N: Lo que recuerdo es que llegué al consultorio cuando estaba en el colegio, en ese tiempo mi mamá era muy sobreprotectora y a esa edad comenzaron las discusiones porque mis amigos empezaron a ir a fiestas, a llegar tarde y a mí no me dejaban hacer nada de nada y no lo encontraba justo. Entonces yo fui a pedir una hora, onda sálvenme de mi madre sobreprotectora, y ahí ella se sorprendió bastante cuando la asistente social le dijo que era necesario un tratamiento para esto.</p>
3	<p>En ese momento mi mamá estaba en contra de todo lo que implicara psicología, porque creía que nadie le podía venir a decir como criar a su hija, solo aceptaba cosas relacionadas con la religión, así que fui sola y después igual la mandaron a llamar. Esa fue la 1era vez que ingrese y me mandaron a un grupo con un psicólogo y varios otros adolescentes, también en ese tiempo me cortaba, típico de emo. Al final el grupo se disolvió porque el psicólogo se fue.</p>
4	<p>L: ¿Qué te pareció esa primera experiencia? N: Interesante... todos tenían distintos motivos, historias... me gustaba mucho ir por escuchar esas historias y ver como todos intentaban de alguna manera llevar su vida, pero no fue tan trascendente tampoco. Después vuelvo cuando se muere mi papá y ahí estuve un buen tiempo, ahí con mi mamá tampoco nos llevábamos muy bien, llegaba tarde y mi mamá se quejaba de que ella trabajaba todo el día y yo no hacía nada y tenía razón, pero en esa época me daba lo mismo porque como no estaba él, ya no era lo mismo. Después de que mi papá falleció la sobreprotección cambió rotundamente, fue un cambio muy brusco, como que era la niña que no podía hacer nada y después tenía mucha libertad pero sintiéndome muy sola.</p>
5	<p>Como a los 18 mi mamá todavía me dejaba comida para el día, después nada, se desapegó y después conoce a su actual pareja y ahí sí que se desapareció. Ahí decido comenzar a trabajar full para pagarme mis cosas, el internet y como estudiaba llegaba tarde a la casa. En ese primer año de instituto estaba muy estresada porque salía de trabajar y me iba al instituto y comencé a estresarme y justo en ese periodo mi mamá decide irse de la casa a vivir con el caballero y que quedo sola con mis tres perros viviendo en la casa. Mi mamá lo vio como la mejor solución a nuestros problemas, no nos llevábamos bien y yo quería mayor independencia y ella quería una pareja.</p>
6	<p>En un principio me dejaba la comida todos los días, después una vez a la semana y después nada. Todo eso me empezó a afectar, el estrés del trabajo y estudio y ahora estaba sola haciéndome cargo de una casa y está lo que paso con un chico con el que me entusiasme de verdad y él solo quería tener relaciones conmigo y termina la relación por internet, todo eso como en un par de meses, así que colapsé y ahí fue cuando me quise morir.</p>
7	<p>L: ¿Entonces esta segunda vez que ingresas a tratamiento fue por varios motivos? N: Estaba en shock, tenía 18 años mi papá no estaba, mi mamá tampoco y comencé a tener mucha pena y por el sentimiento de culpa. Cuando mi papá murió mi mamá me estaba llamando hace harto</p>

	rato de que mi papá se sentía mal y que llamara a la ambulancia, pero como ese día estaba enojada estuve todo el día encerrada en mi pieza escuchando música y no escuchaba nada de afuera y ahí es cuando viene la culpa de si yo hubiera estado más atenta las cosas podrían ser distintas, porque mi papá ya estaba muerto de un paro cardíaco, cuando llegó la ambulancia.
8	Me dio mucha rabia también de que nadie me avisara que mi papá hace tiempo que estaba enfermo, eso me cuesta perdonarle a mi mamá que no me diera el tiempo para estar con él, después me enteré que él le había dicho que no me dijeran nada porque no quería que sufriera.
9	L: ¿Recuerdas como fue se vivió ese proceso de duelo en la casa? N: Por eso yo creo que no pasaba en la casa y me dediqué a trabajar, estudiar y carretear y fumar marihuana un tiempo, dejé a mi mamá muy sola, al final las dos estábamos muy solas y con una relación pésima entre las dos y me doy cuenta ahora que yo no ponía de mi parte para que funcionara de puro adolescente rebelde.
10	L: Retomando Nicole sobre lo que planteas de que en algún momento deseaste morir, ¿Recuerdas cómo comenzaron estos deseos? N: Hubo un periodo donde comencé a sentirme aún mas mal y pensé en terminar con mi vida, ahí decido ahorcarme porque me sentía muy mal y vine primero al doctor en una hora que conseguí rápido en la mañana y le cuento esto y me da pastillas, donde me sentía como...nada, no sentía nada ni pena ni felicidad, no tenía ningún propósito, estaba no más. Así que lo tomé un tiempo, porque no me gustó la sensación, no era yo
11	También me cortaba, pero desde antes. Los cortes siempre han estado...desde que mi papá estaba vivo...como de los 15 años más o menos. Me acuerdo que lo empecé hacer en mi pieza, sola, con una prestobarba de mi papá y recuerdo que al principio me dolía y no me quería matar con eso, era solo dolor, como un castigo.
12	L: En ese momento, ¿Qué pensabas que eso significaba? N: En ese momento era como un castigo, y después se convirtió en un recordatorio de “me corté porque pasó esto, me porté mal”, tenía que ver con darme cuenta de no tomar las decisiones correctas.
13	L: ¿Qué sentías cuando te cortabas? N: Dolor. Cuando te haces daño a ti misma físicamente como que uno bloquea los pensamientos, pero solo en el acto, porque después te queda doliendo la mano y después viene el cuestionamiento de por qué lo hiciste, entonces por segundos te calma la pena, pero después la culpa es un sentimiento que cuesta borrar. Igual lo de los cortes me duró bastante, como hasta hace un año que ya no lo hago más.
14	L: ¿Y cómo aparece la idea de terminar con tu vida? N: Cuando ya estaba sin mis papás, me di cuenta de lo sola que estaba, que mi vida no iba para ningún lado. Pero fue también por las críticas de mi mamá cuando comencé tener relaciones sexuales, porque desde su religión me cuestionaba que no estaba bien lo que hacía, llegando a llamarme puta y eso me dolió, ahí me amenazaba con que cada vez que yo me portaba mal, que tenía que ver con querer salir a carretear, me decía que me tenía que ir de la casa.
15	O sea cada vez que tenía un problema, me decía que me tenía que ir de la casa y no me iba a aceptar de vuelta...y sentir que fui cambiada por una pareja me hizo sentir mal. Eso se sumo también a la decepción amorosa, donde el chico que me gustaba no significaba nada para él, solo fue sexo y después nada más. Es la sensación de rechazo, de no sentirse valorada ni por tu madre ni por nadie...qué me queda...ahí empecé con la idea de querer morirme, pero solo como idea. El día en que me ahorqué me acuerdo que estaba el computador prendido y busque en la ropa unas amarras, fue lo primero que encontré...lloré harto y estaba sola.
16	L: ¿Había pasado algo en particular ese día? N: Creo que fue el día en que me enteré que me estaban engañando. Ahí tenía puesta una música muy deprimente, me fui al patio y me amarré al parrón, fue muy estúpido lo que pasó, porque estaba tan viejo que se desarmó y no me pasó nada, solo una caída con todo el parrón encima.

17	<p>Creo que tiene que ver con todo lo que me estaba pasando, pero el que te rechacen te hace pensar que no eres importante para nadie y entonces ahí viene la idea de morir.</p> <p>Si hubiera estado bien con mi mamá o tuviera el cariño de mi padre, creo que no me hubiera afectado tanto el término de la relación, pero no tenía ese cariño permanente para soportar algo así.</p>
18	<p>L: ¿Qué intensión tenías en ese momento?</p> <p>N: Quería dejar de respirar...me quería morir.</p>
19	<p>L: ¿Qué sentiste al darte cuenta que no había resultado?</p> <p>N: Al principio estaba súper atontada por el golpe, después frustración y por mucho tiempo nadie se dio cuenta, hasta que decidí venir a pedir hora al consultorio. Igual después pensaba, que pajarona fui, cómo se me ocurrió hacerlo de esa manera y no de otra más efectiva, después dejé de hacerlo porque luego me dio miedo la muerte. Pensaba qué vendrá después de la muerte, y si no hay nada, puedo quedar en ese limbo del que hablan y ahí me asusté, creo que por eso también no lo he hecho más.</p>
20	<p>L: ¿Fue sólo esa vez?</p> <p>N: Sí, porque los cortes eran para hacerme daño y nunca para morirme, porque todo el mundo sabe la forma en que tienes que cortarte los brazos para morir, fue solo esa vez que me colgué y al ver que ni eso me resultaba decidí pedir ayuda.</p> <p>Hace unos meses también estuve analizando una caída que tuve desde el 5to piso como hace 2 años, y si estaba un poco tomada creo que también puede pensarse como un intento de probar y ¿si me resulta? No pierdo nada.</p>
21	<p>L: ¿Alguien se enteró?</p> <p>N: Mi mamá solo me retó de que por qué hacía esas tonteras, lo vio como algo tonto sin mucha preocupación. También se los conté a algunos amigos, pero nunca sentí que esto los impactó y que reaccionaran preocupándose de mí, solo un par de consejos. Y mi mamá igual me vino a ver más, pero duró muy poco eso, al verme que no lo hice más se volvió a alejar.</p>
22	<p>L: En la actualidad Nicole, ahora que ha pasado más tiempo, ¿cómo significas esto que sucedió?</p> <p>N: No me gusta recordarlo, porque me acuerdo de lo mal que me sentía y lo sola que estaba. Es algo de mi historia que no me gusta y una experiencia que no quiero volver a repetir. Igual todavía me siento mal cuando estoy sola y me doy cuenta de lo dependiente que soy de las personas, pero a pesar de esa sensación no lo volvería a hacer.</p>
23	<p>L: Ahora Nicole nos vamos a salir un poco del pasado y de esta experiencia para centrarnos más en tu presente ¿Cómo te describirías a ti misma?</p> <p>N: Me siento una buena persona, una persona confiable. Me gusta que la gente se acerque a mí a contarme sus secretos y saben que pueden confiar en que no lo comentaré con nadie más, me gusta que la gente rápidamente logre ver que soy una persona confiable.</p> <p>También me describiría como una persona explosiva, por ejemplo cuando algo no me resulta como lo pensaba me frustró rápido, lloro y cuando estoy feliz me siento en una nube que estoy flotando, demasiado intensa...llevo mis emociones muy al límite de las cosas, las emociones buenas y malas, sobretodo las malas.</p>
24	<p>La gente también me dice que soy de esfuerzo y yo no sé si soy tan así, igual si lo pienso sí, viví sola desde muy joven, estudio y trabajo, mi mamá ahora está lejos de Santiago y yo solo trato de vivir mi vida...siento que es lo que me tocó no más, que voy a hacer.</p> <p>Ahora igual veo las cosas de otra manera porque mi mamá está lejos pero la veo feliz, entonces como que eso igual me alegra, me gusta ver a la gente que está a mi alrededor feliz. Ahora último también me han dicho que soy una persona tela, porque me gusta tirar tallas...pero las personas que de verdad me conocen saben que soy lo más emo del mundo y no ando feliz por la vida, me paso quejando, me quejo mucho, lo que pasa es que soy de risa fácil, eso, muy expresiva.</p>
25	<p>También soy apañadora, ayudo a mis amigos, los apoyo cuando están mal, porque me gusta verlos feliz, así al verlos me hacen feliz. Creo que me preocupó más de los otros que de mí, eso también me describe.</p>

26	<p>L: ¿Tienes el sentimiento de haber cambiado durante el último tiempo?</p> <p>N: Sí, creo que sí. Quizás...más resistente se puede decir, en varias cosas puedo ser la misma de siempre como eso que decía de ser intensa, pero me encuentro más tolerante al fracaso, no es que no me importe, pero aunque vuelvo a cometer los mismos errores, ya no se me va la vida por eso como antes.</p> <p>También pienso mejor las cosas, soy más comprensiva que cuando era más adolescente y quizás eso es lo que ven los demás como fortaleza, que a pesar de estar sola soy capaz de seguir en esto, ya no cualquier cosa me va a hacer caer como antes.</p>
27	<p>L: ¿Tus relaciones, sientes que han cambiado?</p> <p>N: Con mi mamá sí, bastante. De hecho me duele pensar que nos tratamos tan mal, pienso que fui muy adolescente y me preocupé solo de lo que yo sentía, del despecho, pero me alegra de algún modo darme cuenta de que me equivoque y creo que se pueden enmendar las cosas y aunque esté lejos, cuando la voy a visitar lo disfrutamos mucho, me siento bien con ella y verla feliz con su pareja me tranquiliza, sobre todo ver que está tan viejita.</p>
28	<p>Me alegra darme cuenta que soy capaz de pensar en su bienestar. También ahora elijo mejor a mis amigos, aunque al principio me daba mucha pena quedarme más sola, ahora creo que es mejor estar con las personas correctas porque antes la mayoría eran superficiales o por internet y cuando los necesitaba obvio que no estaban ahí, me costó darme cuenta de eso, pero yo elegía mal. Ahora busco personas que compartan las mismas ideas de uno. Ahora no me preocupo de andar buscando más personas, me preocupo de mantener a los míos, los llamo para ver como están.</p>
29	<p>L: ¿Cómo te imaginas tu futuro? ¿Qué te gustaría hacer?</p> <p>N: Me gustaría viajar a Canadá...pero no me logro visualizar muy en el futuro porque ahora estoy como en un punto de que me estoy preocupando de mi presente porque tengo hartas cosas pendientes, me cuesta imaginarme por esto pendiente, en ese sentido trato de ser más realista y sé que tengo que encontrar un mejor trabajo para tener un mejor arriendo, y luego juntar la plata para viajar.</p>
30	<p>Igual hay cosas que me gustaría hacer en el futuro más cercano como estudiar algo de peluquería canina y lo del viaje, conocer otros lugares. Más adelante también me gustaría tener una relación seria, me gustaría no ser una persona agresiva porque una pareja es para darse amor y creo que en la última me equivoque y estaba con él para no estar sola, me gustaría encontrar una persona que tenga los mismos ideales que yo para surgir y salir adelante por el esfuerzo y lo otro que me gustaría alcanzar es ser independiente y no depender de alguien, sé que tengo que construir mi propio apoyo moral, eso necesito ser más segura, a todo esto aspiro y sé que es un trabajo diario, pero a todo eso apunto como proyecto en mi vida más cercana.</p>
31	<p>L: ¿De estas características personales que comentas, crees que han ayudado a no tener deseos de morir?</p> <p>N.: Creo que con el tiempo he podido ser más paciente y ahora tengo esperanza, algo como interno que no sé que es que me hace pensar que las cosas pueden ir mejorando, que detrás de la tormenta que he vivido siempre sale el sol y creo que esa es la etapa en la que estoy ahora.</p>
32	<p>Me he dado cuenta en este tiempo que siempre he andado buscando a un héroe que venga a ayudarme, onda su Robin que necesita su Batman, pero me he dado cuenta que puedo ser mi propio héroe, pero si necesito un pequeño empujón. Voy a ser bien honesta, no es que no lo piense, de repente igual hay días en que las ideas de muerte se aparecen, lo distinto es que no pienso en hacerlo, no lo haría porque ahora respeto más la vida, ahora le temo a la muerte, eso es lo que ha cambiado.</p>
33	<p>L: ¿Además de este temor a la muerte que aparece luego de tu intento, hay alguna otra razón para no volverlo a hacer, aunque lo pienses?</p> <p>N: Mis mascotas, tengo tortugas y mis perros que dependen de mí, soy la única que las puede cuidar y querer y ahora mi mamá, porque creo que ya paso el tiempo de hacerme daño porque sí, ahora como la relación con mi mamá ha mejorado y veo nuestra relación de manera menos egoísta creo que matarme le causaría mucho daño y está muy viejita para soportar algo así.</p>

34	El cariño que ahora le tengo, y también el proceso en el que estoy ahora que logro comprender ahora de mas grande que lo que intentaba hacer, obvio que a su manera, era cuidarme y quererme, pero estaban pasando muchas cosas entre la adolescencia impulsiva y emo y la muerte de mi papá me nublaron y no me dejaron ver que ella también sufría y no quería estar sola, por eso me dejó para seguir con su vida. Y lo otro también es que tengo mucho por conocer, quiero viajar.
35	L: ¿Qué piensas sobre cuáles son las cosas que te ayudan a sentirte mejor cuando te sientes triste o enojada? N: En esos días trato de llamar a alguno de mis amigos para poder pedir ayuda o desahogarme, también ahora trato de no hacerme tanto problema por cualquier cosa, me di cuenta que hay cosas que valen la pena enojarse o entristecerse, pero otras que no y las dejo pasar. También me sirve mucho escuchar música, no emo sino alguna que me levante el ánimo.
36	En realidad también lo otro que me ha servido es tener un espacio donde me pueda desahogar y en ese sentido venir donde la psicóloga ha sido mi alivio, no solo para hablar de todo lo que me ha pasado sino que me ha permitido ahora comprender y ordenar mi historia, eso ha influido mucho en que ya no sienta las emociones tan desordenadas y tan intensas.
37	L: ¿Qué te ha llevado a desistir de querer suicidarte en otras oportunidades? N: Como comenté, lo he pensado en varias ocasiones, lo distinto ahora es que pienso más en los demás. Antes estaba muy centrada en mi propio dolor, que me costaba ver el de mi madre, ahora reconciliarme con ella es uno de los motivos por los cuales no lo volvería a hacer. También tener más esperanza, aunque no tengo muy claro mi futuro, trato de vivir el presente y aprovecharlo como pueda, porque tengo la sensación de que las cosas irán mejorando.
38	L: ¿Qué piensas podría ayudarte a sentirte mejor en tu vida en el futuro? N: Sentirme más aceptada por mis pares, no es que quiera ser un florerito de mesa, pero por lo menos que se acuerden que estoy ahí y que confíen en mí y yo poder contar con ellos, algo mutuo.
39	L: ¿Cómo te darías cuenta de eso? N: Cuando converso con alguien y no recibo críticas, porque la gente cuando se preocupa por mi en vez de escucharme solamente, tiende a criticar mi manera de ser y entiendo que como soy buena para quejarme y a veces no hago nada por mejorar, los demás van a decirme que hago mal las cosas, pero no logran ver que una crítica en un adolescente que lo está pasando más es como rechazarlo por completo, uno no lo toma muy bien cuesta aceptarlo, ahora lo entiendo un poco mejor, pero en el periodo más difícil no.
40	Ahora me doy cuenta que también tengo que dejar de quejarme tanto para que las persona no sientan que tienen que siempre aconsejarme algo, y estoy tratando de hacer las cosas de mejor manera porque tengo la tendencia a ser despelotada y muy desorganizada, solo llego a la planificación.
41	L: Ahora Nicole vamos a conversar sobre cómo fue tu experiencia en el colegio y si influyó en todo este proceso. ¿Cómo era tu relación con tus compañeros y profesores, se enteraron de lo que te pasaba? N: La verdad es que nunca me ayudaron mucho y ni se enteraron de lo que me pasaba. Me llamó la atención que en la enseñanza media no hice mucha relación con mis compañeros de curso, pero cuando mi papá falleció varios compañeros me apoyaron y me hicieron muy feliz con ese gesto porque no lo esperaba, pensé que les daba lo mismo y si bien fue solo eso, un gesto de compañerismo de ahí no hubo gran cambio.
42	La iglesia a la que pertenecía mi mamá también recuerdo que nos iban a visitar para saber si necesitábamos algo, pero yo creo que mi actitud al ser tan arisca en ese tiempo no la recibí o no la supe aprovechar bien. Pero todo era porque mi papá había fallecido, pero parece que nadie me notó después que estaba deprimida a pesar de que mis notas bajaron y que andaba mas sola que nunca, pasaba muy piola. Tengo la impresión que si no te portas mal o si no eres un problema para los profesores, no te mandan al psicólogo.
43	L: ¿Hay alguna actividad que te guste hacer y que te ayude a sentirte mejor?

	N: Soy muy mala para los deportes, pésima, pero sí me gusta jugar juegos en línea, me gusta el LOL.
44	L: ¿Qué es lo que te gusta del juego y de qué se trata? N: Es un juego en equipo, en el que tenemos que destruir la base enemiga y puedes tener el personaje que tú quieras En realidad es adrenalínico, aunque también soy mala, pero creo que me fui enganchando por estar en contacto con otras personas con los mismos intereses, así estas en línea con otros o también los invitaba a mi casa para que jugáramos en equipo. Ahora no juego tanto, pienso que fue una etapa en que lo necesité y me sirvió para estar más acompañada, justo fue cuando me quedé sola en la casa.
45	También en ese juego puedes ser un personaje y eso me pareció muy atractivo, ser otra persona cuando no quieres ser tú misma, entonces te inventas una realidad que es entretenida. Ahora que entiendo que es un distractor, que no me quita los problemas, pero me ayuda a distraerme un rato cuando mi realidad no es tan buena. También me entretengo viendo videos en youtube, me gusta imitar y aprenderme las canciones en inglés, esto también lo hacemos en grupo, entonces estar reunidos, la tertulia es lo que me gusta, poder conversar y reírnos un rato.
46	L: ¿Cómo usas las redes sociales? N: Las uso mucho, me distraen bastante porque es una forma económica de mantener el contacto con los demás y te sientes por momentos acompañada cuando tus amigos están más lejos, pero igual prefiero la junta en vivo y en directo, porque puedes ver sus caras y recibir un cariño más directo. También disfruto mucho de comer cosas ricas, ahí no me mido mucho en la plata porque me gusta disfrutar ahora de una buena comida, antes ni apetito tenía, así que ahora puedo disfrutar.
47	L: ¿Con quién hablas de tus temas personales, tus preocupaciones o experiencias difíciles? N: Mi mejor amigo, que nos conocemos hace más de 5 años, creo que al ser gay hace que sea un hombre más sensible y que puedo confiar plenamente en él, me ayudó a encontrar trabajo y ahora cada vez que me siento mal está presente con una palabra o me saca al cine, con la junaeb comemos y aunque a veces no pueda estar físicamente ahí, siempre tiene tiempo y espacio para mí.
48	L: ¿Alguien más Nicole? N: Bueno mi mamá es la principal persona en mi vida ahora, no quiero volver a estar mal con ella, por eso trato de llamarla siempre y cada vez que puedo la voy a ver al Sur y disfruto mucho, aunque sean pocos días de estar junto a ella, porque ya voy de visita y no se da el tiempo para la crítica, solo para ponernos al tanto la una de la otra, eso, pero no la llamo cuando tengo problemas porque sé que no me puede ayudar mucho, pero creo que no he vuelto a hacerme nada por una decisión personal más que sea solo por la ayuda de los otros.
49	Mi prima aunque no la vea mucho es como un ejemplo a seguir porque siempre ha sido independiente, tiene su departamento, estudia y trabaja, tiene una personalidad segura, así que no es que mis familiares me estén ayudando directamente para no volver a hacerme nada, es mi manera de verlos lo que me ayuda a estar más estable, tener a mi prima como ejemplo y reconciliarme con mi madre, eso.
50	L: ¿Hay otros temas importantes que no hemos abordado? ¿Tienes algo que agregar? N. De los remedios, por lo menos en mi caso no es que no me hayan ayudado, pero no me gustó sentirme tan distinta, como yo soy muy intensa me sentía planchada, como si fuese un robot y rara. Ahora que lo veo igual a pesar de lo difícil y doloroso, creo que fue más honesto sentir lo que sentí para darme cuenta que estaba mal y que tenía que hacer algo para salir de eso. Creo que cumplió un rol importante la gente, de mantenerme distraída, salir y mantenerme ocupada para no pensar tanto, hacer cosas para sentirte mejor antes que los remedios porque igual cumplen la misma función creo, que es distraerte de lo que te hace mal y no cura el problema.
51	Lo que verdaderamente me sirvió es ver porque estaba tan mal, comprender que mi depresión tenía que ver con mi historia, porque ser adoptada y perder hasta a estos padres es muy difícil, pero que no es toda mi vida y que puedo todavía escribir mucho sobre ella y que eso depende de mí, de mis decisiones y que ahora reflexiono un poco más, todo eso lo aprendí en el tratamiento psicológico.
52	L: Pensando en lo que has ganado a partir de esta experiencia, ¿Qué le recomendarías a otro/a

	<p>adolescente que está pasando por algo similar?</p> <p>N: Que no se olvide que al ser adolescente uno se siente dueño del mundo y de la verdad y que al ir creciendo uno se siente más pequeño y humilde o vulnerable y eso te hace escuchar a los demás, dejarte ayudar y acompañarte de personas que te hacen bien como tu familia, amigos. Pero lamentablemente es difícil darse cuenta y uno espera a que pasen las cosas para darse cuenta, aunque también los adultos se equivocan en cómo llegar a los adolescente, como lo decía antes con las críticas no se ayuda mucho, peor te distancia de los demás porque uno se lo toma muy mal.</p>
53	Si pudiera decirle a un adolescente, le diría que estudie mucho para distraerse, además que es un beneficio para uno, salir con amigos que te hagan bien y no complicarse tanto la vida con problemas menores porque hay mucho de hormonas y cambios en esta etapa que te hacen mirar todo a veces muy negativamente o exageradamente, por ejemplo si alguien te dice feo te lo tomari muy mal, así que es mejor tener buenas distracciones, así este proceso adolescente es mucho más grato.
54	Ahora, si tu depresión es por algo más complicado y de verdad lo está pasando mal, tiene que consultar a un profesional que pueda guiarte porque como no eres ni grande ni chico a veces no te ven mucho, ni en el colegio ni en la casa y los papás pueden confundir una depresión con algo que puede ser más normal de la adolescencia, por eso yo insistía a mi mamá que consultará porque de verdad que querer morirse es una señal que uno está muy mal.
55	También le diría que las cosas van a cambiar, que tenga paciencia aunque vea todo negro tiene que pensar que si cambia la manera en que ve las cosas eso va a mejorar, que luego puede trabajar o estudiar algo que le guste y podrá ser más independiente y tener la libertad de poder decir sobre su vida, que le va a costar, pero que se puede.
56	<p>L: ¿Sientes que a tu tratamiento le faltó algo o qué puedes recomendar desde tu experiencia y que se pueda agregar en los tratamientos con adolescentes que han experimentado deseos de morir?</p> <p>N: En mi caso creo que me sirvió mucho tener un espacio distinto y de confianza, con una persona que no es de tu vida y que sea objetiva y te ayude a pensar un poco las cosas, porque cuando uno se agrede en especial tu cuerpo seguramente es porque no te quieres o no te valoras mucho, no tienes mucha autoestima.</p>
57	Por eso sería interesante trabajar con la persona en buscar sus puntos buenos y explotarlos, porque cuando uno se siente que sirve, de que hay cosas que puedes hacer bien, uno se empieza a querer más, porque cuando uno está deprimido es muy difícil o casi imposible ver alguna cosa buena en uno y eso te hace pensar que no vale la pena seguir adelante y de ahí las ideas de muerte, pensar que no vales que tu vida no vale.
58	Lo otro también que me sirvió es hablar con los padres que lo que uno más necesita es que te demuestren amor y que te digan que eres bueno en algo y que te lo refuercen todos los días y si no pueden venir los padres algún familiar cercano, aunque sea una persona, que entienda lo que es pasar por una depresión, que le digan cómo tienen que apoyar a un adolescente que ya no es un niño, eso, tratar de unir lazos, porque creo que si hubiese estado más con mi mamá quizás las cosas hubieran sido distintas, podría haber llorado con alguien que me consolara y me calmara y que me dijera que esto ya iba a pasar.

ENTREVISTA N° 6

Entrevistada: Francisca (Seudónimo) (F).

Edad: 18

Sexo: F

Situación escolar: Desescolarizada, termina 1ero medio.

Situación familiar: Vive con madre, padrastro y hermano de 7 años. Trabaja durante la semana en la feria en puesto familiar.

Entrevistadora: Leslie Achui (L)

Lugar: Unidad de Adolescencia - Centro de Salud Alejandro del Río, Puente Alto

Tratamiento en el centro de salud: 2014. Psicoterapia + psicofármacos (médico del consultorio y psiquiatra). Sertralina y Venlafaxina

1	<p>Leslie: Para comenzar, quisiera preguntarte ¿cómo te has sentido en las últimas semanas? Francisca (seudónimo): Me he sentido mucho mejor que antes, bueno hace meses que me siento bien.</p>
2	<p>L: ¿Recuerdas cuándo fue y por qué motivo ingresaste al centro de salud? F: No recuerdo muy bien el año, pero yo antes había ido a otro psicólogo, pero particular como hace 1 año antes de ir al consultorio</p>
3	<p>L: ¿Recuerdas el motivo por el que asististe al consultorio? F: La primera vez fui porque me empecé a cortar, sentía mucha angustia que no me dejaba tranquila por lo de mi papá.</p>
4	<p>L: ¿Recuerdas a qué edad comenzaron los cortes y puedes comentar más sobre la razón de por qué lo hacías? F: Me acuerdo que iba como en octavo, como 13 años tenía y mi mamá no notaba que yo me cortaba y un día me vio y me dijo ¡ya, vamos al psicólogo! Me preguntó por qué quería llamar la atención. Ahí estuve poco tiempo porque no me sentía bien, estuve menos del año, iba como una vez por semana y me mandó donde psiquiatra que me daba muchas pastillas para estar tranquila y sobre todo para dormir. Consistía en hablar y tomar pastillas.</p>
5	<p>L: ¿Recuerdas por qué dejaste ese tratamiento? F: Porque ahí, en esa época no tenía el apoyo de nadie de mi familia, solo algo mi mamá, pero ella seguía con la idea de que era algo de la edad, de cabra chica y que era para llamar la atención. Me acuerdo también que me sentía muy mal con los remedios, me sentía como drogada, nunca me ha gustado tomar remedios y menos estos que me hacía sentir que no era yo, me sentía controlada.</p>
6	<p>L: ¿Qué sucede nuevamente para que ingresaras ahora a un tratamiento en tu centro de salud? F: Vuelve a aparecer en mi vida mi papá y también había vuelto a recordar el episodio en que habían intentado abusar de mí un viejo de la feria y ahí me volví a cortar, porque por un tiempo lo había dejado de hacer, pero esta vez con más rabia, fue peor que antes. Nuevamente mi mamá se da cuenta de lo que estaba haciendo, porque yo en mi velador tenía pedazos de vidrios.</p>
7	<p>L: ¿Cómo fue su reacción? F: Mal, yo andaba en el colegio y cuando llegué me dijo que tenía que hablar conmigo y que le mostrará mis muñecas y yo se lo negué, le dije que no tenía nada, y me levantó los puños y ahí vio que tenía cortes. Me preguntó que por qué lo estaba haciendo de nuevo si yo ya estaba recuperada y todo iba bien y le dije que era porque mi papá había aparecido y por los recuerdos de antes...y me quería puro pegar mi mamá, pensaba que de nuevo lo estaba haciendo para llamar la atención. En ese momento me costaba mucho poder explicarle porque lo hacía, ni yo lo tenía muy claro. Ahí ella me trae al consultorio.</p>
8	<p>L: ¿Cómo fue asistir nuevamente a un tratamiento, considerando tu experiencia anterior? F: Yo no quería venir. Le decía que no quería nada y que quería morirme, no quería ayuda.</p>
9	<p>L: ¿Recuerdas cómo fue el tratamiento que te ofrecieron en el centro de salud?</p>

	<p>F: Primero me vio un médico y hablé con él y me fue dando pastillas, pero de a poco y con el tiempo las fue aumentando, eso fue mejor porque no me sentía rara y me hacia también pensar en que estos medicamentos me iban a ayudar, que tenía que tener paciencia, porque se demoraban un poco y me explicó para que servían en la depresión. Esos medicamentos eran para animarme y los otros que antes me habían dado solo me tranquilizaban y me seguir sintiendo sin ánimo. Después el me dijo que habían muchas cosas que tenía que conversar con una psicóloga, ahí me mando que tomara hora.</p>
10	<p>L: Retomando la temática sobre deseo de no querer vivir, ¿te acuerdas cómo comenzó? F: La primera vez fue cuando estaba como en octavo básico, después de los cortes. Estaba en el colegio y me molestaban mucho mucho por mi peso. Estaba en clases y comencé a sentirme muy mal, estaba apartada de mis amigos y pesqué un lápiz, lo hice tira y me empecé a cortar.</p>
11	<p>L: ¿Cómo se te ocurrió esa idea? F: No sé, me sentía mal y quería quitarme ese dolor y me corté. Después mis amigos me vieron y le contaron al profe y dijo que era para llamar la atención, y ahí llegue a la casa con el corte y mi mamá me vio triste y me pregunto qué me había pasado, nada le dije yo...ahí partieron los cortes.</p>
12	<p>L: ¿Siguieron por mucho tiempo? F: Cuando no podía dormir me cortaba, porque era en ese momento cuando mas tenía rabia, pena y me quería sacar ese dolor y me cortaba, me quería sentir mejor y los cortes me ayudaban a manejar lo que sentía y dormía más tranquila. Sentía rabia porque me molestan por ser gorda, pena porque no era igual que mis compañeras que eran regias, así que los cortes me ayudaban porque sentía que ese dolor se iba y al otro día amanecía bien, me aliviaba, pero después al mirar con los días la herida me volvía a sentir mal, me retaba a mi misma por lo que hacía, me arrepentía, pero no lo podía controlar.</p>
13	<p>L: ¿En qué momento apareció la idea de morir? F: Después que mi mamá se enteró de los cortes y mi mamá se enojaba por esto, ahí lo comencé a sentir. Antes cuando me molestaban mis compañeros y sentía rabia, me cortaba y lograba ir al otro día al colegio, pero cuando mi mamá se entera y dejo de hacerlo, empiezo a tomarme más pastillas de las que me dieron la primera vez, las de la noche. Algunos días me tomaba como 10 pastillas y decía ojala no despierte nunca y me costaba mucho despertar al otro día y me daba cuenta al despertar que no me había resultado el irme en el sueño, ¿qué hago aquí todavía, si debería estar muerta! Me daba rabia y luego lo dejaba de hacer porque no me resultaba.</p>
14	<p>L: ¿Qué buscabas cuando te las tomabas por las noches? F: Morirme, y como no me resultaba, tenía que ir en esas condiciones al colegio, con dolor de cabeza y mareada, para que mi mamá no se diera cuenta.</p>
15	<p>L: ¿Y después de ver que tantas veces no te resultaba, qué pensabas? F: Pensaba que por algo no me resultaba, pero no sabía porque.</p>
16	<p>L: ¿Qué situación gatillaba el que hicieras eso? F: Mis pensamientos que no me dejaban tranquila...pensaba que no valía nada, para qué seguir viviendo, no le encontraba sentido. Pensaba que nadie iba a notar que yo no iba a estar, que a nadie le iba a importar, eso pensaba.</p>
17	<p>L: ¿Cómo llegaste a esa conclusión? F: Por lo de mi papá, pensaba que si no le importo a mi papá, a quien más le voy a importar, si no me quiere él nadie más me va a querer, esa conclusión sacaba.</p>
18	<p>L: ¿Me puedes contar más sobre la historia con tu papá? F: Mis padres nunca estuvieron juntos, pero me contaban que cuando más pequeña me llevaban para estar con él, luego ya se aleja por hartos tiempo y vuelve a aparecer como a los 13 años y ahí él prometió que me vendría a visitar, que me iba a sacar a dar una vuelta por último. Esa fue una de las veces en que me sentí muy mal, porque él había prometido en tribunales que me iba a ir a buscar en una fecha. Me acuerdo que yo estaba lista para que me viniera a buscar y lo esperaba y esperaba ordenadita y peinadita y nunca llegó. Ahí me sentía culpable, empecé a pensar que si yo no hubiera nacido, mi mamá no estaría sufriendo, igual era algo que solo yo pensaba, porque nunca me lo dijeron.</p>

19	<p>L: ¿Estas ideas de muerte que comenzaron a los 13 años, se mantuvieron hasta el segundo tratamiento?</p> <p>F: La idea de morir siempre estuvo, deje de hacer algo en ese tiempo, también los cortes se detuvieron, ahí fue por mi hermano chico, el Martin, porque él me veía los cortes y lloraba conmigo ahí y eso me daba pena, pensaba que no tenía que ver eso, así que no mas cortes ni nada. Cuando estaba con él me alegraba, me subía el ánimo mucho y por eso también dejé de cortarme, por el cariño que le tengo y él se daba cuenta que lo que hacía me causaba daño, se asustaba.</p>
20	<p>L: ¿Cuéntame ahora sobre tu segundo tratamiento, qué genera que vuelvan a consultar?</p> <p>F: De lo último, pasaron como 3 años y volvieron los pensamientos de querer morirme, que no valía nada. Mis amigos se pusieron pesados y ahí tuve una pareja que me hacía mucho daño, eso era algo distinto que comenzó a pasar. Él era un amor de lejos, porque él estaba en Iquique y yo acá, y le decía que lo quería ver, que quería llorar junto a alguien, abrazarlo y no puedo.</p>
21	<p>Me sentía muy sola, mis amigas, las pocas que tenía, no me escuchaban, las llamaba para contarles que estaba mal y estaban ocupadas con otras cosas, no tenía con quien desahogarme. Ahí tenía la esperanza de que él viniera a estar conmigo, pero era imposible, así que terminé la relación.</p>
22	<p>L: ¿Cómo era en ese entonces la relación con tu madre?</p> <p>F: Ahí éramos muy distantes, yo a ella no le podía contar mis cosas porque no tenía confianza con ella. Entonces como terminé con mi pololo y me seguía sintiendo mas sola comencé nuevamente a cortarme y a tomar las pastillas de la noche, eso si los cortes eran con más rabia, pensaba en pasarme a llevar una vena, porque ahora eran más profundos, entonces ahora los cortes no eran solo para calmarme, eran para morirme. Igual no quería tomar la decisión de una manera más consciente creo de morirme, entonces me tomaba las pastillas y me cortaba, pero era por si me resultaba, porque sabía que con 6 o 7 no me había pasado nada antes. Además mi mamá empezó a darse cuenta que faltaban muchas pastillas y me las escondió.</p>
23	<p>L: ¿Cómo era el manejo de los medicamentos?</p> <p>F: Me decía, ¡Ya Francisca, te toca la pastilla! Y yo partía a buscarla y sabía donde estaban. Y un día yo le dije al primer psicólogo y él le dijo a ella, me reto ene y ahí las escondió.</p>
24	<p>L: ¿Recuerdas que se trabajó en el segundo tratamiento?</p> <p>F: Cuando comencé a ir al consultorio mi mamá entraba conmigo, nos hablaban a las dos para que tuviéramos más confianza, que ella aprendiera a escucharme sobretodo cuando yo estaba mal, que pudiera calmarme. De ahí de a poquito fuimos hablando más. Por ejemplo si ella me notaba triste, me preguntaba qué me había pasado y terminaba contándole, porque lo otro que cambió fueron sus reacciones, ya no me gritaba ni me retaba, se acercaba y me escuchaba y a veces me aconsejaba, pero con cariño.</p>
25	<p>También me acuerdo que como sentía más confianza en mi mamá, empecé a sacar todo lo que pensaba y decía todo, que era un alivio porque antes me pasaba algo y me iba a mi pieza a cortarme y nadie se enteraba de cómo sufría. Igual fue fuerte porque habían mas discusiones en la casa, porque mi padrastro no toleraba esto, más encima mi mamá me apoyaba y no me retaba, porque entendía que era necesario desahogarme, entonces me sentía bien tener a mi mamá de mi lado. Por primera vez sentía que era importante para alguien, al defenderme sentía que valía la pena.</p>
26	<p>L:¿Cambió esto de decirte que lo que hacías era para llamar la atención?</p> <p>F: Igual en cierto modo lo hacía porque quería su cariño y preocupación, así que en algo tenía razón, pero no con la intención de molestar, sino de tenerla más presente y también ahora comprendía que detrás había mucho dolor, sobretodo con lo de mi papá y ese rechazo que sentía de él y de mis compañeros.</p>
27	<p>L:¿Ahora qué ha pasado más tiempo Francisca, cómo significas esta experiencia de desear morir?</p> <p>F: Ahora lo veo como una pérdida de tiempo, porque estuve tantos años mal, me fue tan mal en el colegio y ahora estaría estudiando, saliendo de cuarto medio y todavía no termino, pero logro ver que fue un periodo difícil, donde me sentía muy sola y sin poder manejar las emociones fuertes que</p>

	sentía, por eso me cortaba y me tomaba las pastillas, porque de verdad lo veía como una solución.
28	Después empecé a ver que habían otras formas de vivir, bueno eso lo vi en el segundo tratamiento donde me di cuenta que mi mamá era la persona más importante y que estaba ahí para ayudarme, también en pensar en mi hermano y del daño que le podía causar si seguía en lo mismo.
29	L: ¿Francisca, ahora nos vamos a centrar más en tu presente, me gustaría si pudieras contarme cómo te describirías a ti misma en la actualidad? F: Yo ahora soy feliz, mucho más feliz que antes.
30	L: ¿Cómo notas esto? F: Por ejemplo antes me hacían una broma y me hacia mal o incluso lloraba, en cambio ahora me molestan y yo les contesto con algo peor y termino riéndome. También veo las cosas buenas de la vida, y que son cosas simples como disfrutar jugar con mi hermano. Antes era deprimida y amargada, veía que todo estaba mal, muy negativa, me daban un consejo y lo veía mal. Igual también me noto más madura, obvio que crecí porque esto pasó hace un par de años, pero creo que no sería la misma si no hubiera pasado por lo que pasé , pero soy más madura en las decisiones que tomo.
31	L: ¿Qué significa para ti ser madura? F: Que antes no pensaba mucho las cosas, las hacia no mas, ahora cuando voy a hacer algo importante lo pienso primero.
32	L: ¿Tienes el sentimiento de haber cambiado durante el último tiempo? ¿En qué y de qué manera? F: Si, de todas maneras. Antes vivía atormentada, y ahora siento que si igual hay problemas me los tomo más tranquila, no me tomo todo tan a pecho.
33	L: ¿Sientes que tu carácter ha cambiado o tu manera de relacionarte con los demás, por ejemplo con tu familia o amigos? F: Por ejemplo con mi mamá, antes no teníamos confianza y ahora yo le cuento todo. A mi abuela también, ella está más pendiente de lo que me pasa y me insiste en que le cuente y yo le puedo contar y siento que me desahogo.
34	L: ¿Crees que ha cambiado la manera en que los otros te ven? F: Me lo dicen mis amigos y mi familia, que me veo más feliz y tranquila, creo que antes me veían como una cabra chica que no sabía lo que quería y que llamaba la atención. También elijo amigos más maduros, antes eran puros chatos (risas), personas que no querían estudiar y eran buenos pa carretear y eso me llevo a fumar pitos por un tiempo y en realidad eran más los que tenia por redes sociales. Ahora mis amigos son menos, pero están cuando yo los necesito, me preguntan y se dan el tiempo para escucharme y yo a ellos también
35	L: ¿Crees que ha cambiado en algo el cómo te relacionas con tu familia? F: Antes yo peleaba mucho con mi padrastro y eso hacía que mi mamá también peleara con él. Bueno antes ni peleaba con nadie, porque prefería guardarme todo lo que pensaba o sentía para no causar peleas, pero me di cuenta que eso me hacia mal y empecé a decir lo que pensaba y a veces era mucho y se generaban las medias peleas en la casa, pero eso después se fue calmando, me aprendieron a conocer más y yo a ellos, antes no me sentía de la familia y ahora sí.
36	También cambió como mi familia miraba lo que me pasaba, porque al principio cuando mis abuelos y tíos se enteraron que me cortaba me criticaban que qué problemas iba a tener yo si era tan chica, que para qué llamaba la atención de esa manera. Después entendieron que lo que tenía era una depresión, porque la psicóloga del consultorio fue lo primero que le explico a mi mamá, sobre lo que me pasaba y ahí algunos entendieron lo que me pasaba.
37	L: ¿Qué características personales crees tú han ayudado a no tener deseos de morir y salir adelante? F: La madurez, eso que decía de pensar mejor las cosas antes de hacerlas. El que ya no me enoje con tanta facilidad me hace tener menos rabia y si tengo, siento ahora que puedo controlarla mejor, porque trato de pensar en otra cosa o soy capaz ahora de pedir ayuda o me dura menos el enojo, porque antes podía estar todo el día mal y enojada, mis emociones están más estables.

38	<p>L: ¿Francisca, cuando en la actualidad tienes que enfrentar algún problema, cuáles son las cosas que te ayudan a sentirte mejor?</p> <p>F: Distraerme, hablar con mi mamá de lo que me pasa o de otras cosas. También algo que me ha servido y que todavía hago en esos momentos difíciles es salir a correr para despejar la mente, o caminar o escuchar música. He aprendido que lo peor que puedo hacer es quedarme sola en mi pieza. Porque cuando me distraigo dejo de pensar leseras y no le doy espacio a eso.</p>
39	<p>L: ¿Francisca qué crees que fue lo fundamental para no volver a hacerte daño?</p> <p>F: El apoyo de mi mamá, de mi abuela y de mi hermano chico que me hace reír, me distrae y que me hace pensar que yo soy ejemplo para él, para lo bueno y para lo malo. También lo que fui aprendiendo en el tratamiento de yo ser más activa en buscar soluciones, porque antes esperaba que los demás me buscaran, ahora cuando me siento mal me salgo de mi pieza y voy donde mi mamá y me acuesto con ella y ella sabe al tiro que algo me pasa y conversamos un rato y me abraza.</p>
41	<p>L: ¿De esto que hemos estado conversando de cómo te vez a ti misma en la actualidad, hay algo de estos cambios que tienen que ver con tu tratamiento?</p> <p>F: Creo que casi todo este cambio fue en el último tratamiento. Primero las pastillas que me dieron esta vez me animaban y no me hacían sentir otra persona, además que el doctor nos explico bien a mi mamá y a mí para que eran.</p>
42	<p>Con la psicóloga lo más importante fue el trabajar con mi mamá en que nos acercáramos y que ella comenzará a preocuparse de mí porque eso me ayudo a buscarla cuando me sentía mal y también a sentir que le importaba a alguien. Antes me daba mucha vergüenza contarle mis cosas, por cómo iba a reaccionar, pensaba que me iba a criticar por lo que hacía o pensaba, y ahora podemos hablar de todo También eso de pensar más las cosas, antes era muy impulsiva y creo que el pensar en las consecuencias me ha servido a no meter tanto al pata, aunque igual a veces me equivoco.</p>
43	<p>L: Hemos estado hablado de la Francisca de la actualidad, ahora me gustaría que pudieras pensar cómo te imaginas en el futuro.</p> <p>F: Por ahora solo me veo terminando el colegio, no quiero ir más allá porque trato de disfrutar lo que tengo ahora, de que soy más feliz y que tengo una familia que me quiere. Dentro de lo más cercano es terminar cuarto medio y de ahí estudiar kinesiología o veterinaria, pero siento que a veces me falta motivación.</p>
44	<p>L: Francisca, ¿el colegio participó de alguna manera en este proceso?</p> <p>F: Nada, nunca hicieron nada cuando me molestaban por mi peso y eso fue durante muchos años, desde que estaba como en segundo básico. Al principio mi mamá fue a hablar y dijeron que iban a retar a los niños, pero después de más grande era más evidente y sabían los profesores lo que me pasaba, si hasta me corté por primera vez en el colegio y solo me decían que ya iba a pasar o que iban a hacer algo. Por eso creo ahora que me costaba tanto el colegio, nunca me sentí muy apoyada por ellos.</p>
45	<p>L: ¿Qué tipo de actividades te gusta hacer? ¿Practicar alguna en particular?</p> <p>F: Me gusta mucho salir a caminar por donde yo vivo, Pirque, eso me calma, mirar un rato el paisaje como que todo es muy tranquilo, me distrae sentarme en el pasto mirar los pajaritos. También correr cuando tengo más energía eso sí. Escuchar música Pop, porque como que me da alegría, canciones con letras divertidas, porque antes escuchaba música más deprimente y me daba cuenta que eso me hacía más mal, así que aprendí a escuchar otra música y ahora hasta me gusta.</p>
46	<p>L: ¿Hay otros temas importantes que no hemos abordado? ¿Tienes algo que agregar?</p> <p>F: No, como que lo dije todo de lo que me acuerdo.</p>
47	<p>L: Pensando en lo que has ganado a partir de esta experiencia, ¿Qué le recomendarías a otro/a adolescente que está pasando por algo similar?</p> <p>F: Que hable más, que cuando esté mal cuente lo que le pasa y no se quede con eso guardado porque le hace peor. Igual en esta edad uno es un poco orgulloso y cuesta mucho pedir ayuda o mostrar que uno está triste por miedo a que te discriminen o se rían, pero es necesario hacerlo, porque uno no ve mucha solución cuando está deprimido y necesita que otro te muestre que esto va a pasar, puede ser un psicólogo o tu propia familia o amigos.</p>

48	<p>L: Para terminar Francisca, ¿qué crees que ha sido lo más significativo de esta experiencia y qué valoras como lo principal que te ha ayudado?</p> <p>F: El estar con vida, porque de verdad que me podría a ver resultado y no estaría aquí ahora para ver que solo era un periodo y que mi familia sí me quería, lo veo como una oportunidad para que mi vida cambiara un poco. Y lo que más me ha ayudado...creo que el volver a confiar en los demás, desde mi mamá hasta en que una persona que no te conoce te puede ayudar.</p>
49	<p>L: ¿Sientes que a tu tratamiento le faltó algo o qué puedes recomendar desde tu experiencia y que se pueda agregar en los tratamientos con adolescentes que han experimentado deseos de morir?</p> <p>F: Podrían hacer más actividades...como juntar a todos los adolescentes a hacer deporte en el consultorio o algún juego o con música o arte, cosas para distraerse en el día y que nos mantenga ocupados para no pensar tanto. Y lo que más valoro del tratamiento fue tener un lugar donde poder hablar, sin que te juzguen y que te ayuden a aclarar qué es lo que me pasaba.</p>

ENTREVISTA N°7

Entrevistada: Marcelo (Seudónimo) (M).

Edad: 16

Sexo:M

Situación escolar:Cursando segundo medio

Situación familiar:Vive con ambos padres, tío y abuela paterna. Padres presentaron VIF conyugal en la primera infancia de la adolescente.

Entrevistadora: Leslie Achui (L)

Lugar: Unidad de Adolescencia - Centro de Salud Alejandro del Río, Puente Alto

1	<p>Leslie: Para comenzar, quisiera preguntarte ¿cómo te sientes en estos momentos? Marcelo (seudónimo): Ahora bien, porque hace un par de días discutí con mi mamá, pero hoy bien.</p>
2	<p>L: ¿Recuerdas cómo fue que llegaste al centro de salud? M: Mi mamá descubrió que yo me cortaba...me insistió en que yo fuera...fui literalmente por obligación. Me acuerdo que me hicieron hablar con una asistente social y ella me derivó a un psicólogo.</p>
3	<p>L: ¿Recuerdas qué fue lo que pasó para que llegaras a tratamiento? M: Ya llevaba hartoo tiempo cortándome...como tres años y medio, casi cuatro años. No se lo había dicho a nadie...por mero capricho y un día en que me iba a bañarme descubre mi mamá que entró al baño sin permiso.</p>
4	<p>L: ¿Cómo lo hiciste esos 3 o 4 años para ocultarlo y tienes alguna explicación de por qué crees que lo hiciste? M: Lo ocultaba, podía hacer muchos grados de calor y yo andaba con poleras manga larga o polerones. Siempre me decían algo, pero yo daba vuelta el tema, decía que tenía frío o que estaba resfriado, así lo ocultaba y nadie sospechaba. Pero ese día mi mamá entró justo al baño...mi mamá reaccionó mal, yo creo que fue obvio, la entiendo porque para ninguna mamá debe ser fácil. No sé si en ese momento me sentí mal, yo creo que sentí miedo porque al reaccionar mal yo me asusté.</p>
5	<p>L: ¿Cómo fue esa reacción? M: Me pegó, me gritó, me retó, amenazó con llamar a mi papá...cosas así y ahí sentí miedo, me puse a llorar y me arrodillé para pedirle que no lo hiciera, porque si su reacción había sido así, la de mi papá iba a ser peor.</p>
6	<p>L: ¿Por alguna razón? M: Mi papá tuvo un tiempo en que fue muy agresivo con mi mamá, entonces sé cómo se pone cuando algo lo molesta y esto obvio que lo iba a poner mal.</p>
7	<p>L: ¿Marcelo, cómo fue el ingreso al consultorio, cómo fue esa primera sesión con la asistente social? M: No hablé mucho, mi mamá fue quien más habló desde su punto de vista contó el hecho, cómo ella me vio. Ese día no pude decir nada por miedo a ella, porque estaba muy latente el tema...no habían pasado muchos días, entonces mi mamá iba a reaccionar mal si yo hablaba, por eso no pude contar mucho. Igual en un momento la hicieron salir, pero tampoco tenía muchas ganas de explicar el tema, me habían descubierto mi secreto, no quería.</p>
8	<p>L: ¿Recuerdas cómo fue tipo el tratamiento que te otorgaron, asististe a psicólogo y médico? M: Primero partí con psicóloga y después de unas sesiones, donde me imagino que por los cortes que se mantenían, decidió mandarme donde la doctora. Igual...mmm, para mí igual fue un proceso difícil, porque yo creo que a cualquier persona le puede pasar que contarle algo a una persona que recién conoce es difícil, teniendo en cuenta que no se lo había contado ni a mi propia familia. Para mí fue difícil pero de a poco pude ir contando más cosas y se me alivianó la carga con el tiempo, por decirlo de una manera.</p>

9	<p>L: ¿Recuerdas el cómo eran las atenciones con psicólogo y si te dieron remedios?</p> <p>M: Si, de los dos. También en un momento del tratamiento me derivaron a psiquiatra porque al parecer me tenían que cambiar los remedios y eso lo manejaba un psiquiatra en el Sotero.</p>
10	<p>L: ¿Cómo evalúas estos tratamientos?</p> <p>M: Los remedios bien, sobretodo la pastilla para dormir, me funcionaba todos los días y siento que descansaba, pero en las otras pastillas (antidepresivos) no veo la diferencia, hay días en que me siento igual de ánimo, aunque siempre los demás me dicen que me ven mejor, pero por momentos igual me siento mal por dentro, eso.</p>
11	<p>Con la psiquiatra fue como gracioso por decirlo de una manera, porque me preguntó un par de cosas y me dijeron que tenía que seguir tomando las mismas pastillas, y listo, nada más y fui como dos o tres veces y no pasó nada más, no sentí una gran ayuda...no sé cómo decirlo...fue como innecesario, porque siento que he recibido más ayuda en psicología que en psiquiatría y el trato fue muy distante, un par de preguntas en 10 min y no me gustó el trato porque se supone que tiene que interactuar con la persona, ir más allá. En cambio con la doctora del consultorio hay un buen trato, sus observaciones son acertadas, hay preocupación.</p>
12	<p>L: En cuanto al tratamiento psicológico, ¿cómo lo evalúas?</p> <p>M: Yo creo que lo que más he aprendido con la psicóloga es a controlar mis cambios atemporales. Antes me podía venir una crisis y podía estar mal semanas y ahora siento que las puedo controlar y el tiempo también es menor, por el mismo tema de la interacción, siento que la psicóloga va más a fondo en el estudio de la persona, en eso me ha servido, a conocerme más.</p>
13	<p>L: Luego retomaremos el tema de los tratamientos para que me puedas contar qué agregarías o que cambios sugieres al pensar en un tratamiento para adolescentes, ahora nos centraremos en las razones por las cuales iniciaste tu tratamiento.</p> <p>L: ¿Recuerdas cuando comenzaron los deseos de no querer vivir?</p> <p>M: Lo pensé varias veces, casi siempre tenían que ver con fuertes discusiones con mi mamá o amigos, muchas críticas desde mi familia o a veces discusiones conmigo mismo.</p>
14	<p>L: ¿Recuerdas los contenidos de esas discusiones?</p> <p>M: Siempre tuvieron que ver con las críticas. Me di cuenta que mis amigos me criticaban por la espalda, entonces cuando yo los descubría los encaraba y de vuelta me trataban mal y con mi familia pasa lo mismo, la crítica. Conmigo mismo también son las críticas, arrogancia de no aceptar que estoy mal y que contradigo todo lo que los demás me dicen y generalmente tiene que ver con que mi visión es más negativa, me pueden decir que soy... que hago bien las cosas y no lo creo.</p>
15	<p>L: ¿Y realizaste algo para no seguir viviendo?</p> <p>M: Pastillas...no me acuerdo mucho hace cuanto. Si me acuerdo que fue durante el año pasado. De los cortes me acuerdo más...eran netamente para desahogarme porque los cortes nunca fueron para ir más allá. Creo que lo de las pastillas tuvo que ver con cosas que se van acumulando, por eso no recuerdo el hecho que lo gatilló, porque creo que da lo mismo, lo que me importaba era como me venía sintiendo hace mucho tiempo, problemas en el colegio, con mis amigos, mas las críticas hacia mí mismo, yo creo que todo eso me hartó y colapsé.</p>
16	<p>L: ¿Tienes alguna explicación de por qué pudo suceder la ingesta de las pastillas?</p> <p>M: Fue algo más impulsivo...y no pasó nada.</p>
17	<p>L: ¿Tenías la intención de que algo ocurriera?</p> <p>M: Sí, me quería morir en ese momento, por eso me sentía muy frustrado de que no me resultó y nadie se enteró, no me sentí mal, ni me dio sueño.</p>
18	<p>L: ¿Lo volviste a hacer de nuevo?</p> <p>M: Sí, una vez más donde tome muchas más. Fue un día en que mis papás se fueron a la playa parece y me quedé solo con mi abuela. Como ella se despierta tarde, nunca se dio cuenta de lo que me pasó...estuve mal todo el fin de semana.</p>
19	<p>L: ¿Qué significa eso ahora para ti?</p> <p>M: Antes lo veía como una solución a ese malestar que sentía, que así se terminarían los problemas,</p>

	<p>parar el sufrimiento interno, pensaba que mi existencia era innecesaria y muchas personas tenían problemas por mi culpa. Entonces pensaba que con morir se iba a terminar todo esto. Ahora veo que lo estaba pasando muy mal y que era eso lo que me hacía sentir deseos de morir, o sea de tener depresión.</p>
20	<p>L: ¿Se lo comentaste a alguien? M: Mucho tiempo después se lo comenté a mi mejor amiga que ahora es mi polola, pero nadie se dio cuenta, porque me encargué de que nadie supiera.</p>
21	<p>L: ¿Qué sucedió luego de eso? M: Sentimiento de frustración porque no logré mi objetivo y después de esa última vez que estaba con mi abuela, volví con los cortes para desahogar esa frustración, y cuando era mucho me volvía esa necesidad de pensarlo como una opción, pero solo se quedaba en eso. Como que necesitaba algo más que un alivio, que era lo que me generaban los cortes, pero no sucede... algo me frena.</p>
22	<p>L: ¿Qué crees que es lo que te frena? M: Que hay más personas, que hay personas al lado mío. Me imagino a mis amigos, a mi polola, a mi familia no. Me los imagino mal, pensando que les fallé y que los defraudé en la promesa de no hacerme daño.</p>
23	<p>L: ¿Te comprometiste con alguien de no volver a hacerlo? M: Con mi polola, desde que decidimos estar juntos que le prometí que si me volvían los deseos que no iba a hacer nada contra mi vida. Al principio fue difícil aguantar las ganas, por eso los cortes se volvieron intensos, pero después también prometí no cortarme.</p>
24	<p>L: ¿Crees que este hecho ha tenido consecuencias en tu vida? M: Los intentos de suicidio no lo creo porque... los cortes creo que sí, porque si de casualidad alguien me ve los cortes de casualidad me dicen pero cómo haces eso y empiezan los comentarios detrás de uno y se arman una imagen de ti sin siquiera conocerte. Como que la gente, al ver tus brazos, se hacen una imagen de ti como de débil como angustiao, como dice mi mamá, pero lo de los intentos tiene más un significado para mí.</p>
25	<p>L: ¿Cuál es ese significado? M: En el momento significaban una salida a lo mal que lo estaba pasando, o sea como una última salida cuando no tienes salida. Ahora me doy cuenta que fue de lo mal que estaba, que me hacía pensar que nadie me quería o que a nadie le importaba lo que me pasaba, como que ese estado de depresión y negativismo me cerraba las salidas y que mejorarme de a poco de eso me fue abriendo luces por donde más seguir.</p>
26	<p>L: ¿Y para ti que crees que significan los cortes? M: Por una parte también lo tomo como que soy débil, porque hay personas que han pasado cosas peores y pueden sobrellevar el hecho sin hacerse daño. Por otro lado el hecho de cortarme y no suicidarme lo tomo como una batalla, como una guerra que hasta el momento siento que voy ganando. Ahora que lo digo me doy cuenta de esta polaridad de sentirme débil por cortarme, pero también fuerte por sostener esta batalla y sentir que la voy ganando.</p>
27	<p>L: ¿Alguna consecuencia a nivel familiar? M: Desde que supieron que me cortaba como que piensan que si un día estoy llorando creen que me voy a cortar. Piensan que por cualquier cosa que me pase voy a hacer algo estúpido. Ha aumentado la forma de criticarme, porque al contrario de cómo me ven en el colegio que me ven más débil y vulnerable, mi familia me dice que no valoro las cosas, que me ahogo solo en un vaso de agua... no saben entender lo que me pasa.</p>
28	<p>L: ¿Sientes que en algún momento has logrado explicarles lo que te sucede, cómo te sientes? M: Por un lado creo que se han mostrado interesados, pero por otro creo que no he logrado explicarles. Es como que se interesan, pero por otro les cuesta aceptar lo que uno siente, entonces viene la crítica y ahí me cierro, porque me decepciona que siendo mi familia tengan esa forma de verme. Igual reconozco que han sido pocas las veces en que he logrado ser sincero con lo que siento, pero lo he intentado.</p>

29	<p>L: ¿En algún momento del tratamiento se les explicó a tus padres en qué consiste la depresión?</p> <p>M: De alguna manera sí. Entendían que cuando yo me deprimó es netamente por lo que hacen las demás personas y lo que mi mente hace de lo que dicen las demás personas, entiendo muy mal o me tomo muy mal las criticas, pero que creo que siempre lo han asociado a problemas con mis compañeros de colegio y no con ellos, porque se les olvida que vivimos un tiempo en que mi padre bebía mucho y era agresivo con mi madre, como que no quieren mirar esa parte de la historia.</p>
30	<p>L: Más adelante Marcelo te voy a preguntar sobre este último tema familiar, pero ahora me gustaría que habláramos más de ti mismo.</p> <p>L: ¿Marcelo, cómo te describirías a ti mismo?</p> <p>M: Como una persona cambiante, que al minuto puedo estar bien y por cualquier detalle nuevamente mal. Como un día lo dijo un profesor, como una persona tristemente feliz...que soy feliz siendo triste, porque he pasado gran parte de mi tiempo mal, que estar mal ya lo acepté y si estar feliz para mí es raro y mi felicidad es corta, solo un tiempo. Aprendí a aceptar esta sensación y por eso creo que al acostumbrarme ya no sufro ni me angustió por eso, y por eso ya no me corto, creo que es por eso.</p>
31	<p>L: ¿Tienes el sentimiento de haber cambiado durante el último tiempo? ¿En qué y de qué manera?</p> <p>M: Mínimamente, o sea hace algunos años yo estaba mal casi la mayor parte del día, lloraba y lloraba y nadie me podía sacar del agujero en el que estaba. Ahora por lo menos tengo momentos de felicidad y salir de esos estados depende de estar con gente que agrado como estar con mis amigos, compartir un momento juntos sin críticas, porque odio estar solo, pero como que me he dado cuenta que también hago cosas para que los demás se alejen y no me gusta estar solo.</p>
32	<p>L: ¿Pareciera que los probaras?</p> <p>M: Eso justamente es, como que si a pesar de conocerme con mis cambios y mis locuras me aceptan, es porque de verdad me quieren, me acepta tal cual soy.</p>
33	<p>L: ¿En algo más sientes que has cambiado?</p> <p>M: En la manera de aceptar que estoy mal. Porque antes me complicaba y me cuestionaba mucho si esto va a cambiar o no, ahora pienso...bueno quizás no pase y tengo que comenzar a aceptarlo</p>
34	<p>L: ¿Y esto tendrá que ver en algo con que ahora no sientas deseos de morir, ni hacerte daño?</p> <p>M: Sí, yo creo que sí. De alguna forma antes cuando estaba mal tenía que hacer algo para calmar ese malestar y de ahí los cortes y cuando era más profundo el sufrimiento venia la idea de morir, pero ahora digo bueno si voy a estar mal esto va a pasar, es solo un momento, así me digo a mi mismo.</p>
35	<p>L: ¿Y estos cambios a qué lo atribuyes?</p> <p>M: Al ver que mi familia al enterarse de lo que me pasaba no cambió mucho su manera de relacionarse conmigo, no me quedó otra que ayudarme solo en esto. Reconozco que soy difícil y pesimista y que tengo que aprender a vivir y tolerarme más, como que me acepto más como soy. Lo otro que también me ayudó fue ver con la psicóloga que estos son estados y no es algo permanente, y que salir de estos estados muchas veces depende de que yo quiera, entonces siento que tengo más control de mi mismo.</p>
36	<p>L: ¿Cómo te imaginas tu futuro? ¿Qué te gustaría hacer?</p> <p>M: Me veo...dejando de lado la parte negativa, me veo estudiando para ser profesor, que se a convertido en mi sueño desde hace un tiempo. Es gracioso porque con el pasado siempre tengo un pensamiento pesimista y con el presente también, pero con el futuro intento ver algo mejor, entonces me imagino feliz, riendo y con amigos de verdad, con las personas que son mis amigos ahora me los imagino mas de grande compartiendo, eso. Me veo ejerciendo mi profesión, con mis amigos y con mi pareja actual.</p>
37	<p>L: ¿Qué características personales crees tú han ayudado a no tener deseos de morir?</p> <p>M: La capacidad de plantear todo lo que siento en un papel, escribir, eso es lo que mas me ha ayudado a desahogarme. Porque el hablar no es mucho, porque cuando estoy mal yo no hablo con las personas que me acompañan, yo no les cuento sino que me descubren.</p>
38	<p>L: ¿Cómo descubriste esto de la escritura?</p>

	M: Escribo desde el año pasado y escribo de diversas cosas, más bien de lo que he vivido. Entonces el mismo hecho de escribir me ayuda a desahogarme porque escribo sobre las cosas que me han pasado, dejarlo todo ahí.
39	L: ¿Qué sientes cuando escribes? M: Eso también es muy cambiante, porque cuando escribo lo boto todo, pero cuando los releo vuelve un poco de las emociones que están ahí descritas, entonces escribir me ayuda pero también a veces me deja mal. Lo que me ha servido ahora es pensar en escribir en un público objetivo, así como pensar que esto lo va a leer una adolescente, entonces trato de no escribir directamente sobre mi sino de un personaje así no soy yo, ¿se entiende?
40	Por ejemplo mis primeras novelas siempre fueron basadas en hechos tristes y terminaban casi todos en muerte y ahora mi finalidad al escribir es ayudar a otras personas, esa a cambiado porque logré ver con la psicóloga que esto me hacía daño, entonces si yo puedo salir de esto, puedo ayudar a otra gente y trato de hacer un final donde pueda existir algún aprendizaje de esa experiencia contada.
41	L: ¿Algo más que te sirva? M: Cualquier cosa que compita con mis pensamientos negativos que cuando estoy triste o con mucha rabia aparecen con mayor potencia, ahora último igual ha sido mi polola porque siempre está ahí y sabe cómo y qué hacer para sacarme esas ideas de la cabeza.
42	L: ¿Qué hace en particular? M: Son sus palabras, que me diga que no estoy solo, que nunca me va a dejar, que vea más allá, que hay algo después de este sufrimiento y que tengo que seguir y avanzar, que tengo que ser feliz. También cuando estoy mal, muy mal sentir que me abraza o me da un beso en la frente es como lo mejor, ambas cosas se complementan sus palabras y su cariño.
43	L: ¿Alguna otra persona que cumpla esa función también? M: Tengo dos amigos que siempre están ahí, por ejemplo, tengo un amigo que literalmente es mi hermano, somos amigos hace 3 años, y cada vez que estoy mal él se preocupa de llamarme o va a verme si me escucha mal y conversamos por horas y logra sacarme una sonrisa. Lo que más valoro de los dos es la comprensión de su parte y eso que no te critiquen.
44	L: ¿Sientes que hay una diferencia entre el apoyo que te brinda tu familia y el de tus amigos? M: Que mis amigos me escuchan y mi familia no, mi familia va directo a la crítica, es como que no se dieran el tiempo para la primera parte que es escuchar lo que me pasa, por complejo que sea. No sé porque les pasa eso... puede ser porque tenemos pensamientos muy distintos por la edad, mis amigos son un poco mas grandes no mas y coincidimos en la manera de ver los problemas. Además a mis amigos cercanos también les ha pasado cosas similares a mí.
45	L: ¿Cómo crees que tu familia experimentó tu depresión? M: Yo creo que ellos lo ven como algo estúpido, lo de los cortes sobretodo, en todo sentido, porque antes de que se enteraran de lo que me pasaba, se escuchaban conversaciones en la mesa sobre los adolescentes de que cómo este niño pudo hacer esto de cortarse, como hacen algo tan estúpido, eso decían. Entonces eso mismo me hacía que me diera miedo contarles lo que me pasaba.
46	L: ¿Si tuvieras que describir que ha sido lo más significativo para ti y que ha influido en que ya no pienses ni veas como solución el intentar terminar con tu vida, qué dirías? M: Primero asumir como soy, que a veces me desanimo, pero que no me va a pasar nada si yo intento manejarlo pensando en otras cosas. También puede ser el hecho de que trabajé con la psicóloga el aceptar estar con más gente y dejar que ellos se convirtieran en un apoyo.
47	Permitirme estar con más gente, potenciar esto de escribir que si bien antes lo hacía, en la terapia pude darle mas utilidad al pensar en los otros, leer, conversar con mis amigos, a veces aunque es mínimo compartir con mi familia, todo eso me distrae de mis pensamientos más negativos y mantenerme ocupado, sobre todo en mi caso que cuando intenté matarme, entonces pensar en ese momento en otra cosa o que alguien esté ahí me ayudó bastante.
48	L: ¿Algo más? M: Que mi familia supiera aceptar que yo necesito de su apoyo, que se sienten a mi lado, que me

	escuchen y me abracen, que no me critiquen porque eso es algo que les ha costado mucho cambiar, bueno mi mamá lo hace, es la única que por momentos entiende que solo quiero su compañía y saber que cuento con ella y no más críticas.
49	<p>L: ¿Cómo describirías tu vida familiar? ¿Cómo es la relación con tus papás o hermanos u otros adultos significativos?</p> <p>M: Los definiría como una banda de criticones, igual unos más que otros. Por ejemplo mi abuela es muy seria y siempre está hablando de cómo se deben hacer las cosas, pero no me importa mucho lo que ella me diga en realidad. La crítica que más me duele es la de mi mamá, porque creo que es a la que más quiero. Mi papá anda en su mundo, trabaja y de repente pregunta cómo me fue en el colegio.</p>
50	<p>L: ¿Sientes que a pesar de esta diferencia en la manera de penar que mencionabas, tratan de hacer algún intento por ser más comprensivos?</p> <p>M: Mi mamá. Siento que es la que más ha hecho esfuerzo por ser más cercana. Mi abuela y mi tío siempre críticas y mi papá no está ni ahí con el tema.</p>
51	<p>L: ¿De qué manera ellos han contribuido en presentar deseos de vivir?</p> <p>M: Muy poco, como decía, mi mamá cuando es cercana y comprensiva me ayuda a pasar los malos momentos, pero es más al revés, creo que ellos son los que muchas veces generaban mis deseos de no querer vivir, con sus críticas y discusiones, porque cuando era más chico mi papá consumía mucho alcohol y se armaban las medias peleas y mi mamá no hacía nada, como que eso lo olvidó y quiere que ahora yo los entienda.</p>
52	<p>L: ¿De qué manera crees que ha participado tu colegio en tu proceso? ¿Crees que de alguna forma te han ayudado a mantenerte con vida.</p> <p>M: Yo le dije a mi mamá que prefería que no se enterarán, porque por ejemplo yo conocí un caso donde alguien contó en el colegio que tenía depresión y que tomaba pastillas y como que todo el mundo sabía y era como ¡hay no lo toquen!. Entonces yo no quiero que me vean como que soy vulnerable, yo no quiero que me vean así porque yo quiero aprender a ser fuerte y que te traten de manera especial y no te dejen hacer nada no me gusta, eso no me va a enseñar nunca a ser fuerte. Por ejemplo, una vez un profesor me vio el brazo y me dijo que tenía que hablar conmigo y todavía estoy esperando que se acerque.</p>
53	Otro profesor, el tiempo después se acercó a escuchar y con mucho respeto me planteó diversos puntos de vista y eso me sirvió en un momento difícil, porque me decía que esto va a pasar y que dependía de mis ganas de salir adelante, pero no lo dijo como una exigencia sino con cariño y preocupación, esa es la diferencia.
54	<p>L: ¿Cómo fue la manera de escucharte?</p> <p>M: En una clase donde estábamos tocando el tema del autoconocimiento y hablaron de la automutilación y me llegó mucho. Me acerqué y me supo escuchar primero y me preguntó después por qué lo hacía, y después solo me dijo que no estaba solo y que podía contar con él cuando yo quisiera hablar, o sea me dio como una solución.</p>
55	<p>L: ¿Si bien pareciera que no te gusta que los demás se enteren de lo que te pasa, de todas maneras te importa la forma en que los demás te escuchan, lo valoras, cómo tiene que ser esa forma para que te sientas mejor?</p> <p>M: Lo primero es que no me critiquen, por último al final que te digan algo y que sea constructiva la crítica. Por ejemplo el profesor de alguna manera me cuestionó lo que estaba haciendo cuando me cortaba, pero lo dijo con un tono de cariño y diciéndome que no lo hiera porque soy valioso, que mi vida es valiosa</p>
56	<p>L: ¿Además de escribir tienes algún otro tipo de actividad que te guste hacer?</p> <p>M: La lectura, leo de todo, pero me gustan los libros donde muestren la realidad de lo que viven las personas, por terrible que sea, pero que termine con algún mensaje esperanzador, eso es lo que intento poner en lo que escribo. Porque en algún momento llega alguien con una linterna, que puede ser un amigo, profesor o psicólogo que te ayude a ver con más claridad y mayor perspectiva tu problema y eso creo que me ha ayudado mucho a ver mis dificultades de otra forma, como que siempre hay otra opción o salida más que morir.</p>

57	<p>L: ¿Marcelo, con quién hablas de tus temas personales, con quién conversas tus preocupaciones o experiencias difíciles?</p> <p>M: En estos momentos es mi polola la persona más importante que siento que más me ha ayudado a mantener alejado los pensamientos suicidas, con su cariño, constancia porque sé que soy difícil y me ha tenido mucha paciencia. Ella me muestra que me quiere a pesar de mis problemas.</p>
58	<p>L: Pensando en lo que has ganado a partir de esta experiencia, ¿Qué le recomendarías a otro/a adolescente que está pasando por algo similar?</p> <p>M: Que no piense que con quedarse solo en su pieza esto va a pasar, que busque a otros, amigos, psicólogo, quien sea. Le diría que hay muchas personas que han vivido esto y que logran salir adelante a pesar de lo difícil que se ve.</p>
59	<p>L: ¿Sientes que a tu tratamiento le faltó algo o qué puedes recomendar desde tu experiencia y que se pueda agregar en los tratamientos con adolescentes que han experimentado deseos de morir?</p> <p>M: Yo creo que a mí me han dado todo tipo de apoyo en el consultorio, sobretodo la psicóloga que se preocupó de indagar mas allá de lo que me pasaba en comparación con la psiquiatra que solo le importaba qué sentía para darme un remedio en 5 min.</p> <p>Por ejemplo antes había ido donde otra psicóloga donde solo me dijo que el problema era mi familia y sí mi familia tiene muchos problemas, pero no la puedo cambiar, es la familia que me tocó y con la ultima psicóloga vimos también los problemas que tenía en mi mente, como yo enfrento a mi familia, mis ideas negativas, el aceptar ayuda de otros.</p>
60	<p>Les diría que la psicóloga tiene que saber llegar a tener la confianza del adolescente, que muestre interés, que sea un apoyo porque uno puede preguntar sin dar apoyo, que por más terrible que sean las cosas que uno cuente que no se espanten ni exista una crítica de vuelta. Lo otro también que hablen mas con la familia, que les expliquen y que acepten las dificultades que tienen sus hijos.</p>

ENTREVISTA N° 8

Entrevistado: Sebastián (Seudónimo) (S).

Edad: 16

Sexo: M

Situación escolar: Cursando 2do medio, repite 6to básico.

Situación familiar: Padres separados, vive con su madre, abuelos maternos y hermano de 8 años.

Entrevistadora: Leslie Achui (L)

Lugar: Unidad de Adolescencia - Centro de Salud Alejandro del Río, Puente Alto.

Tratamiento en el centro de salud: 2015. Psicoterapia (5 meses aprox., dado de alta hace 6 meses) + psicofármacos (médico del consultorio). Sertralina.

1	<p>Leslie: Para comenzar, quisiera preguntarte ¿cómo te sientes en estos momentos? Sebastián (seudónimo): Me he sentido genial, es como que mi estado de ánimo está en lo más alto...es difícil describirlo, pero me siento más tranquilo.</p>
2	<p>L: ¿Te acuerdas Sebastián cómo fue que llegaste al consultorio, por qué razón? S: Fue como en marzo, abril del 2015. Mi mamá estaba notando que estaba demasiado pesimista, negativo y además que yo estaba así como desmotivado, deprimido. Así que me dijo que me iba a mandar a un psicólogo y yo me estaba reusando porque...no no quería.</p>
3	<p>L: ¿Y cómo te convenció? S: En realidad no lo sé, me vi forzado no más.</p>
4	<p>L: ¿Esto de estar desmotivado, donde lo veías que se expresaba? S: Fue como casi en todos lados, pero al principio era algo que los demás veían porque yo no me daba cuenta, por eso cuando mi mamá me lo dice yo me negaba a creerlo, nada que ver. Recuerdo que también empecé a tener problemas para quedarme dormido, me desvelaba y me costaba mucho quedarme dormido porque me quedaba pensando en la vida, en lo que no podía lograr.</p>
5	<p>L: ¿Tu apetito cambio en algo? S: Habían días en que no tenía hambre y otros días en que comía hartito.</p>
6	<p>L: ¿La concentración en el colegio? S: Me costaba mucho concentrarme igual porque pensaba en muchas cosas y era primera vez que me pasaba eso, porque tenía que hacer mucho esfuerzo para atender en las clases, porque la mayoría de los días me costaba mucho comenzar, despertarme, salir al colegio era muy difícil.</p>
7	<p>L: ¿Dejaste de hacer alguna actividad que antes disfrutabas? S: Yo diría que...sí, por ejemplo me gustaba mucho jugar con el computador y hasta eso deje de hacerlo por el placer de jugar, como que no quería nada en realidad.</p>
8	<p>L: ¿Recuerdas Sebastián, qué tipo de tratamiento te otorgaron? S: Al principio cuando llegué al consultorio, me reusaba a hablar y contar mis cosas porque simplemente no quería pensar en eso. Por eso la primera sesión habló más mi mamá y contó lo que le preocupaba, pero después fui hablando más</p>
9	<p>L: ¿Recuerdas en que consistieron los tratamientos? S: La psicóloga me tuvo harta paciencia porque intentó siempre seguir preguntando y me acuerdo que me aconsejaba un par de cosas y también me dieron remedios, la Sertralina y esas hace poco que me las sacaron.</p>
10	<p>L: ¿Recuerdas cuando comenzaron los deseos de no querer vivir? S: Estaba como muy deprimido y lo que más me afectaba era que me sentía bastante inútil. Sentía</p>

	que no valía para estar en este mundo y que nadie me quería y que a nadie le importaba. Así recuerdo que comenzó todo, esa sensación de no poder más y sentir que no puedes cambiar las cosas, que no estaba en mis manos.
11	L: ¿Esa sensación fue apareciendo de a poco, hubo algo que lo generó? S: Fue algo de a poco y creo que venían del colegio principalmente, me sentía rechazado, poco aceptado por mis compañeros. Desde como quinto más o menos que me sentía así, porque ahí comenzaron a molestarme y de a poco fue creciendo esa sensación de que la sociedad no me aceptaba o como que no encajaba.
12	L: ¿Tenías alguna explicación de porque no encajabas? S: Ahora puedo imaginarme que igual era rara mi conducta, que me aislaba y que no era muy sociable para hablar, entonces como me sentía diferente pensaba que no me iban a aceptar como yo era, entonces mejor alejarme, ahora lo veo así pero en ese tiempo como me molestaban les echaba toda la culpa a ellos que no me integraban.
13	L: ¿Tenías algunos amigos en esos primeros años? S: Muy pocos en el colegio que estoy ahora que ingresé en quinto, pero en el anterior tenía algunos amigos, igual con casi todo el curso me llevaba bien, pero era muy malo académicamente y mi mamá me decidió cambiarme al de ahora. Y luego de esta mala experiencia, donde me sentía ajeno, termino repitiendo, y el curso que tengo ahora es más cercano pero me cuesta igual integrarme y me sentía solo igual a pesar que son más cariñosos. Entonces siempre he tenido esa sensación de ser rechazado y que algo me falta para caerles bien a los demás y sumado a que me fue mal en el colegio, no me sentía muy bien.
14	L: ¿Tienes alguna explicación de por qué te deprimas el año pasado? S: Yo creo que ahí me di cuenta de todo lo que había pasado antes, como que antes sufría pero ahora como que le vi el peso de eso, y empecé a pensar en muchas cosas que me atormentaba, desde que la gente no me aceptaba, hasta que podía tener cáncer porque me sentía enfermo, sin energías, baje de peso.
15	L: ¿Hiciste algo para calmar esas ideas tan persistentes? S: No mucho, no sabía qué hacer y creo que eso fue lo que terminó por deprimirme y de ahí vinieron las ideas de que no servía para nada, sumado a la repitencia que me hacía pensar que más encima de no tener amigos era tonto, y ahí viene el pensar en morirme como una solución.
16	L: ¿Tomó algún curso de acción esa idea de querer morirte? S: Eran ideas que estaban siempre presente, eso de sentirme que no valía, pero un día me acuerdo que me había sacado un rojo en matemáticas, que era un ramo en el que me sentía muy capaz y llegué a mi casa con temor a contar, pero igual le dije a mi mamá. Ella no reaccionó muy bien, me dijo que era flojo y que si seguía así me iba a pasar lo mismo de 6to, que iba a volver a repetir y que eso significaba volver a tener compañeros nuevos y ser nuevamente rechazado.
17	Ahí me dio mucha pena y rabia, tomé unos medicamentos para dormir de mi abuela y me tome varias, ni me acuerdo cuantos fueron, pero la caja estaba completa. No me arrepentí, no le dije a nadie y me fui a acostar, pero al otro día desperté tarde porque era sábado y nadie supo. Me sentí más mal entonces porque ni eso me resultaba, pero igual me arrepentí ese día en la mañana porque mi hermano, que duerme en la pieza conmigo me miraba como si supiera que algo me pasaba.
18	L: ¿Luego de esa experiencia, como siguió tu vida? S: Esa fue la única vez que lo hice, en realidad ahora lo veo como una tontera que no debió existir, pero fue por lo mal que me sentía y si le pongo cabeza ahora, no era para tanto sacarse una mala nota,

	pero entiendo que por lo negativo que andaba en esa época era como una solución posible a mis problemas.
19	<p>L: ¿Se lo comentaste a tu mamá?</p> <p>S: En el momento nadie se enteró, porque como no me resultó, para qué decirle. Ella se enteró cuando ya estaba en tratamiento, porque con la psicóloga decidimos contárselo para que tuviera más ojo por si de nuevo me daban ganas. Recuerdo que guardó todas las pastillas, las de mi abuela y las mías y estaba mucho más pendiente.</p>
20	<p>L: ¿Cómo reaccionó?</p> <p>S: Muy triste, yo creo que nunca se lo imaginó que yo podía hacer algo así, ella solo me veía desmotivado, pero de ahí a llegar a hacerme daño no lo pensó y cuando la vi así de mal me hizo pensar en no volver a hacerlo más y también que mi hermano chico estaba más pendiente y como sabía que estaba en tratamiento con psicóloga me preguntaba qué me pasaba y eso también me hizo pensar en que soy su hermano mayor y soy su ejemplo.</p>
21	<p>L: ¿Volviste a intentar otra cosa para terminar con tu vida?</p> <p>S: No, nunca más, fue solo esa vez.</p>
22	<p>L: ¿Y la idea de morir o pensamientos de muerte también desaparecieron?</p> <p>S: No al tiro, eso fue más lento. El sentirme que no valía la pena y eso que se asociaba a morirme, fue mejorando con el tiempo en el tratamiento de la depresión, como unos meses después empecé a confiar más en mí, ver que no era perfecto y no tenía que serlo, pero que sí era bueno para otras cosas empezó a ayudarme a no pensar más en la idea, pero no fue algo tan rápido ni fácil. Pero todo empezó a calmarse cuando logre distraer mis pensamientos negativos.</p>
23	<p>L: ¿Cómo lo fuiste logrando?</p> <p>S: Empecé a salir a caminar por ejemplo. Cuando me sentía ya un poco mejor de ánimo, empecé a hacer cosas como dejar de estar pegado en los videojuegos y traté de juntarme más con compañeros de curso, aceptar las invitaciones a los cumpleaños. Es como raro porque siento que mi mente como que se reseteó y es muy probable que el tratamiento fue lo que lo hizo, pero siento mi cerebro de manera distinta. Al principio fue muy difícil, como que me tenía que esforzar por ir y no lo disfrutaba, pero como que después se fue haciendo más fácil al ver que me hacia bien.</p>
24	<p>L: ¿Cuéntame un poco más que recuerdas que trabajaron en el tratamiento psicológico?</p> <p>S: Al principio me costó mucho. Nunca antes había ido al psicólogo y lo veía como innecesario, entonces no quería ni hablar ni menos contarle sobre mis pensamientos, mis miedos porque no lo había hecho con nadie. Pero la psicóloga me tuvo tanta paciencia y empezamos hablando de otras cosas, como del colegio, de los juegos de computador que me gustaban y de a poco fui confiando más y me fui dando cuenta que lo que tenía era una depresión, que era una enfermedad y que por lo mismo necesitaba tratamiento, remedios y me fue aliviando.</p>
25	<p>L: ¿Recuerdas algo más del tratamiento?</p> <p>S: Al principio fue eso. Contarle también a mi mamá lo que me pasaba y que ella tenía que estar más presente pero sin invadirme mucho. Después hablamos sobre las cosas que me gustaba hacer, qué proyectos tenía en la vida o que me motivaba y ahí fui descubriendo que era bueno para la computación y los números, también vi que no era que los demás no me incluyeran, sino que yo me aislaba de ellos porque me sentía raro, eso fue lo que vimos con la psicóloga.</p>
26	<p>L: ¿Cómo fue la experiencia de tomar medicamentos?</p> <p>S: Bien, igual al principio no quería nada ni menos tomar remedios, como que quedé asustado cuando me tomé los de mi abuela y pensaba que me podía poner adicto. Pero me explicaron para qué eran y</p>

	aunque al principio no sentía nada, ahora si veo que me ayudo a sentirme más calmado y con menos pena, igual raro como que no era yo, pero entendía que era por mi bien, ya hora ya me los quitaron y nada, todo bien.
27	L: ¿Cómo fue reaccionando tu familia al enterarse de todo lo que estabas viviendo? S: Mmmm, a veces mi mamá como que... simplemente como que...he...no es que no le importara, a veces trataba de no pensar en eso y no lo hablaba para que a mí también se me olvidara, como no hablar del tema pensando que si lo hacía agrandaba la cosa.
28	L: ¿Cómo se reaccionó frente al diagnostico de depresión? S: Mmm, no me acuerdo en realidad.
29	L: ¿Notaste que cambió en algo la manera en que se relacionaba contigo? S: Como que intentó ser más cariñosa conmigo, pero en realidad eso es algo que no me gusta mucho y yo reconozco que soy frio con ella, pero lo entiende.
30	L: ¿Cómo evalúas los tratamientos que te entregaron en tu consultorio? S: Muy conforme, porque en parte se lo debo al tratamiento el sentirme mejor, las pastillas y los consejos de la psicóloga. En parte también se debió a mí mismo, a querer cambiar a querer sentirme mejor porque uno tiene que poner de su parte para que funcionen los consejos y los remedios.
31	L: ¿En la actualidad como te explicas lo que sucedió, les has dado algún significado? S: Ahora lo puedo ver como un periodo donde tenía una enfermedad que fue creciendo en mi cabeza a tal punto que llegué a pensar que morir era una solución a mis problemas y que mis problemas eran tan grandes que no los iba a soportar. Ahora pienso que también se juntó con mi manera de ser, como no soy muy expresivo me cuesta contarle a los otros lo que me pasa, ni a mi mamá, entonces todo se fue acumulando hasta que reventé.
32	L: ¿Cuál es tu razón principal para seguir viviendo? S: No se si exista solo una razón, lo veo más como en etapas. Lo primero fue aceptar la ayuda y mejorarme de la depresión. Para que eso fuera posible tuve que enfrentar mis temores de contarle a alguien lo que me pasaba y aceptar ayuda, con lo que me cuesta y después ya fue pensar en mi mamá y mi hermano, en lo mal que lo pasarían si yo no estoy, eso...y ahora como me siento más feliz y ya puedo disfrutar de otras cosas que me van distrayendo como estar con amigos o con solo salir a caminar.
33	L: ¿Qué consecuencias crees que ha tenido en tu vida esta experiencia? S: Lo de estar cerca de la muerte, como una oportunidad que no me resultara y pensar que por algo no fue así. Entonces es como cambiar la manera en que llevaba mi vida, que era bien fome y negativa a una vida como más normal para mi edad, de tener que confiar más en los amigos y no pensar tanto, eso me hizo muy mal encerrarme en mis pensamientos.
34	L: Ahora vamos a conversar sobre algunas características más personales ¿Cómo te describirías a ti mismo Sebastián? S: Como una persona común y corriente, mmm igual soy único, jajajaja, pero por ejemplo si me tuviera que presentar, les diría que soy una persona simpática, que le gusta conversar, que le gusta ver videos en youtube, caminar y eso principalmente.
35	L: ¿Qué cosas te desagradan? S:La gente muy sensible, la gente exagerada como por ejemplo mi mamá que es bien exagerada porque trata de protegerme mucho y de cuidarme, se asusta mucho, eso me hace también no contarle mucho mis cosas.
36	L: ¿Tienes el sentimiento de haber cambiado durante el último tiempo?

	<p>S: Por supuesto. El de antes era un idiota muy negativo y pensaba que nada me resultaría y eso hacia que al final no hiciera nada. El de ahora es todo un desastre, pero de buena manera, porque le gusta mucho divertirse, es mucho más optimista. Le gusta relacionarse con los demás, porque antes no era muy sociable y ahora como que lo disfruto, tengo más amigos, aunque son pocos, pero tengo más.</p>
37	<p>L: ¿Sientes que ha cambiado la manera de relacionarte con tu familia? S: No mucho, solo que ellos ahora me tienen más paciencia, mi mamá sobretodo, pero con los demás no tanto.</p>
38	<p>L: ¿Cómo te imaginas tu futuro? ¿Qué te gustaría hacer? S: Mmmm, prefiero esperar que eso pase, porque ahora como me siento bien, no quiero pensar más allá, no quiero tener expectativas.</p>
39	<p>L: ¿Pero te imaginas de alguna manera más adelante? S: Voy a ser bien sincero, en realidad no me gustaría tener pareja y esas cosas, porque es una responsabilidad muy grande y me veo más con amigos, me gustaría ir a la Universidad porque mi mamá de verdad que quiere que vaya a la Universidad</p>
40	<p>L: ¿Y tú quieres ir? S: Si, también, me gustaría estudiar pero todavía no se bien qué, pero me va bien en biología. Me veo en otro país de habla inglesa, como Inglaterra, porque me gusta mucho el inglés y se me hace fácil, pero no se en realidad.</p>
41	<p>L: ¿Crees que de alguna manera te ha ayudado el pensar en tu futuro para no volver a pensar en morir? S: No mucho, porque en realidad recién ahora que estoy mejor estoy pensando en algo. Ahora me siento más en el presente y disfrutando que me siento mejor, pero creo que fue como al revés, que al sentirme mejor puedo pensar en mi futuro.</p>
42	<p>L: ¿Qué piensas sobre cuáles son las cosas que te ayudan a sentirte mejor cuando te sientes deprimido/ansioso/triste/enojado? S: Trato de distraerme haciendo lo que me gusta, como salir de la casa y caminar un poco.</p>
43	<p>L: ¿Alguna otra cosa? S: No, solo eso me distrae, y en el colegio hablar más con mis compañeros, porque antes me aislaba mucho.</p>
44	<p>L: ¿Qué características personales te han ayudado a dejar de pensar en morir? S: Que ahora me siento capaz, como que tengo más confianza en mí, que puedo lograr algunas cosas. Eso fue lo que aprendí con la psicóloga, que lo que me deprimió fue que al repetir de curso, sumado a que me molestaron mucho cuando más chico en el colegio me hizo perder la confianza en mí mismo y recuperarla fue difícil, pero como que ahora ya no dependo mucho de lo que piensen los demás.</p>
45	<p>L: ¿Sebastián pasando a otro tema, cómo describirías tu vida familiar? ¿Cómo es la relación con tus papás o hermanos u otros adultos significativos? S: Creo que mi mamá cambió en entenderme un poco más como soy, respeta más mi espacio y que no necesito que esté encima mío, porque al principio, cuando se enteró de lo que me estaba pasando no me quería dejar solo y eso me incomodaba mucho.</p>
46	<p>L: ¿Los demás miembros de tu familia? S: Yo no quería que mis abuelos se enteraran, no quería que me ayudaran porque me darían puros consejos que no sirven. Mi hermano ya no se preocupa tanto, porque al principio me preguntaba a cada rato que me pasaba, por qué no dormía, lo noté asustado, pero ahora como que todo volvió a la normalidad, me imagino porque me ven bien.</p>

47	<p>L: ¿Qué crees que desde lo familiar a ayudado a que sientas menor deseos de morir?</p> <p>S: Mi mamá. Ella me apoyó mucho.</p>
48	<p>L: ¿Cómo es ese apoyo?</p> <p>S: Me trata de alentar, siempre me dice que puedo más y eso es algo que siempre lo ha hecho, pero como estaba en mi mundo no la tomaba en cuenta, eso también valoro, que siga apoyándome, siendo más atenta y eso igual me agrada, pero sin preguntarme tanto porque no me gusta mucho hablar de mis cosas con los demás</p>
49	<p>L: ¿Se te hace difícil que los demás sepan lo que te pasa?</p> <p>S: Todo el tiempo, no es algo que se me haga fácil y por mucho tiempo he pensado que no sirve de mucho, porque igual lo que me pasó cuando chico en el colegio me hizo desconfiar de los demás, porque eso hace que más te molesten y como hombre uno no anda hablando de estas cosas con los amigos</p>
50	<p>L: ¿Y en la actualidad eso ha cambiado?</p> <p>S: Solo tengo un par de amigos con los que hablo algunas veces de esto, no me gusta mucho, pero ellos se preocupan y me preguntan como estoy, pero prefiero no hablar se esas cosas, así no las pienso tanto.</p>
51	<p>L: ¿Cómo te ha ido en el colegio? ¿Has tenido algún tipo de dificultad en el colegio?</p> <p>S: Ahora me ha ido un poco mejor, como me siento mejor de ánimo me puedo concentrar con mayor facilidad, pero igual reconozco que no estudio lo suficiente como para que me fuera mejor, pero no es algo que me preocupe.</p>
52	<p>L: ¿Cómo es la relación con tus compañeros y profesores?</p> <p>S: Mejor también, igual con los profesores nunca tuve problemas y ellos nunca se enteraron de lo que me pasaba, porque no quise que mi mamá les contara, no quería que me trataran diferente, pero con mis compañeros me siento más cómodo y participo más con ellos.</p>
53	<p>L: ¿Esto te ha ayudado en algo para mantenerte con vida?</p> <p>S: Nunca tanto, más que eso, me ayudo a sentirme mas aceptado, que se preocuparan porque igual se dieron cuenta que algo me pasaba, y ellos más que preguntarme, me ayudan a pensar en otras cosas, a reírme y conversar de otras cosas, distraerme.</p>
54	<p>L: ¿Qué tipo de actividades te gusta hacer? ¿Practicas alguna en particular?</p> <p>S: No hago muchas actividades, solo caminar, ver los videos por internet y ahora acepto más invitaciones de mis compañeros de curso a ir al cine o a los cumpleaños, eso no más.</p>
55	<p>L: Pensando en lo que has ganado a partir de esta experiencia, ¿Qué le recomendarías a otro/a adolescente que está pasando por algo similar y que ha pensado como solución matarse?</p> <p>S: Yo le diría que pensara que tiene un presente por delante, que si tiene depresión que se la trate porque al final eso es lo que no te permite avanzar y ver la vida de manera más real, con lo bueno y lo malo, porque yo veía solo lo malo y eso me hizo muy mal. Que se proponga conseguir algo en la vida, lo que sea.</p>
56	<p>L: ¿Sientes que a tu tratamiento le faltó algo o, qué puedes recomendar desde tu experiencia y que se pueda agregar en los tratamientos con adolescentes que han experimentado deseos de morir?</p> <p>S: Yo diría que...no sé, yo creo que no faltó nada, pero si lo que me gustó fue que la psicóloga fue cuidadosa con la información, siempre conversábamos antes de contarle algo a mi mamá y eso me parece muy respetuoso y me ayudo a confiar y hablar más. Que la persona sea de confianza, que le pueda decir de todo sin que se espante como mi mamá que exagera, que no le cuente a otra persona.</p>

