



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE PSICOLOGIA

**Síntomas Depresivos, Intento de Suicidio y Abuso
Sexual en la Adolescencia:
Significados desde el relato de Psicólogos/as Infanto-
Juveniles.**

**Macarena Contreras Cortés, Natalia Salazar Escobar y Francisca Vargas
Iturriaga**

Profesora Guía: Paula Solervicens Silva

“Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso,
como requisito para optar al grado académico de Psicólogo/a y al Grado de
Licenciado/a en Psicología”

Diciembre, 2017

Valparaíso, Chile

Agradecimientos

En el intenso camino de construcción de nuestra investigación, quisiéramos hacer expresos nuestros agradecimientos a las personas que formaron parte de ella:

A nuestra profesora guía, Paula Solervicens, quien fue parte fundamental de este proceso, entregándonos las herramientas necesarias para la confección de esta investigación, además de brindarnos su tiempo, intereses y cariño incondicional, permitiéndonos probar y experimentar un camino que para ella a momentos también fue nuevo.

A los/las psicólogos/as que decidieron ser parte de esta investigación, participando desinteresadamente en las entrevistas, entregándonos su tiempo y compartiendo sus experiencias profesionales en torno al trabajo con adolescentes y sus familias.

A nuestras familias y seres queridos, por comprendernos y apoyarnos en este trayecto de aprendizajes y descubrimientos.

A los/las adolescentes que inspiraron esta investigación, intentando contribuir con la deuda que como sociedad tenemos con ustedes.

Macarena, Natalia y Francisca.

Índice de contenidos

| | |
|---|----|
| Resumen | 7 |
| Introducción | 8 |
| Preguntas de Investigación..... | 12 |
| Objetivos | 13 |
| Marco Teórico | 14 |
| Adolescencia | 14 |
| Factores de Riesgo y Protectores en la Adolescencia | 17 |
| Enfermedades de Salud Mental en la Adolescencia..... | 20 |
| Cuidador Principal | 22 |
| Teoría del Apego..... | 26 |
| Depresión | 29 |
| Depresión en Adolescentes | 33 |
| Factores de Protección y Riesgo de Depresión en Adolescentes..... | 35 |
| Depresión en el Proceso de Desarrollo | 38 |
| Autoagresiones | 41 |
| Conducta Suicida en Adolescentes | 43 |
| Abuso Sexual | 47 |
| Tratamientos para la Depresión Infanto-Juvenil | 51 |
| Marco Metodológico | 64 |

| | |
|--|-----|
| Tipo de Metodología | 64 |
| Justificación de la Metodología Utilizada..... | 65 |
| Método de Análisis | 66 |
| Las Etapas del Método Fenomenológico. | 68 |
| Diseño Metodológico | 71 |
| Muestra..... | 72 |
| Tipo de Muestreo | 72 |
| Razonamiento para Establecer el Tamaño de la Muestra | 73 |
| Forma de Reclutamiento de los/las Participantes..... | 73 |
| Técnica de Recolección de Datos | 74 |
| Aspectos Éticos | 75 |
| Resultados | 76 |
| Lectura Ingenua..... | 76 |
| Análisis Estructural | 76 |
| Comprensión Amplia | 121 |
| Conclusiones | 127 |
| Discusión..... | 137 |
| Lista de Referencias | 139 |
| Anexos..... | 155 |
| Pauta Entrevista Semiestructurada..... | 155 |

| | |
|--|-----|
| Consentimiento informado..... | 158 |
| Ficha de Consentimiento Informado | 162 |
| Compromiso de Confidencialidad y No Divulgación..... | 164 |
| Entrevista n°1 | 165 |
| Entrevista n°2..... | 173 |
| Entrevista n°3..... | 185 |
| Entrevista n°4..... | 199 |
| Entrevista n°5..... | 206 |
| Entrevista n°6..... | 224 |
| Entrevista n°7..... | 235 |

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo conocer los significados de psicólogos/as clínicos que tengan experiencia en el área infanto-juvenil, respecto de los factores que influyen en el desarrollo de los síntomas depresivos en adolescentes que hayan vivido experiencias de intento de suicidio y abuso sexual. Para ello se contempló la participación de siete entrevistados, quienes han desempeñado su labor en distintas áreas, desde el sector público hasta el privado. El análisis de la información entregada por los/las participantes, se realiza desde un enfoque cualitativo, ligado a la metodología fenomenológica propuesta por Husserl (1982) y los postulados de Trejo (2010) en cuanto a la estructuración de la misma.

Los resultados y conclusiones a partir de este estudio, proporcionan algunos elementos clave para comprender el desarrollo de la depresión en la etapa adolescente, desde la importancia del rol parental, vincular y las relaciones interpersonales principalmente.

De esta manera se pretende contribuir a la comprensión de este fenómeno, aportando a la sensibilización de esta problemática, y orientar el quehacer profesional respecto del trabajo con adolescentes que presenten estas características.

Palabras claves: depresión, suicidio, abuso sexual, adolescencia, significados

Introducción

Los problemas de salud mental se reflejan en la sociedad actual como una de las principales temáticas a abordar considerando el alto impacto que producen en el ser humano y su calidad de vida. Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (2013) nos alertan que el 25% de la población mundial sufre en algún momento de su vida al menos un trastorno mental y específicamente en depresión, las cifras superan los 300 millones de personas afectadas, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres (OMS 2017).

Por sí sola, la depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad, y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad). Las consecuencias económicas de estas pérdidas de salud son igualmente amplias: en un estudio reciente se calculó que el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas será de US\$ 16,3 billones entre 2011 y 2030.

Las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad. Así, por ejemplo, las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura un 40% a 60% mayor que la población general, debido a los problemas de salud física, y al suicidio. A nivel mundial, este último representa la segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes. El Ministerio de Salud de Chile (2011) informa que la muerte por causas como el homicidio y el suicidio ha tenido un alarmante aumento en los últimos años en nuestro país, representando este tipo de muertes un 60% del total de muertes en la población adolescente.

Sería entonces, de suma importancia velar por la buena salud mental en las etapas iniciales del desarrollo a modo de prevenir enfermedades en el futuro, datos recientes demuestran que la mayoría de los trastornos mentales severos comienzan durante la niñez y la adolescencia, de

hecho 75% de los trastornos mentales se inician antes de los 24 años de edad (Rodríguez, et. al, 2010, citados en Castro, et. al, 2013).

Por otro lado, no podemos desmerecer la temática de abuso sexual lamentablemente presente en la vida de muchos niños/as y adolescentes, se estima que su prevalencia es elevada tanto en Chile como en el resto del mundo. Un meta análisis que incluyó 65 investigaciones de 22 países estima la prevalencia del fenómeno en un 8% para los varones y un 20% para las mujeres (Pereda, Guilera, Forns, y Gómez-Benito, 2009). En Chile los estudios de prevalencia entregan resultados similares, como lo señalan Pinto y Silva (2013) la prevalencia sería de un 18%, existiendo diferencias por género: 6% en hombres y 22% en mujeres.

Este marco referencial nos da cuenta de la necesidad de generar mecanismos de atención en materia de salud que promuevan una mejor calidad de vida y un óptimo desarrollo de las potencialidades de cada sujeto, ya que, con frecuencia, los trastornos mentales hunden a las personas y a las familias en situaciones de vulnerabilidad. La carencia de hogar y la encarcelación impropia son mucho más frecuentes entre las personas con trastornos mentales que en la población general, y exacerbaban su marginación y vulnerabilidad. Debido a la estigmatización y la discriminación, las personas con trastornos mentales sufren frecuentes violaciones de los derechos humanos, y a muchas se les niegan derechos económicos, sociales y culturales y se le imponen restricciones al trabajo y a la educación, así como a los derechos reproductivos y al derecho a gozar del grado más alto posible de salud. Así, las personas con trastornos mentales suelen vivir situaciones de vulnerabilidad y pueden verse excluidas y marginadas de la sociedad, lo cual representa un importante impedimento para la consecución de los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales. (OMS, 2013).

De esta manera, entendemos que el motivo por el cual se desarrolla este trabajo de investigación, se origina por el impacto de las repercusiones de la depresión ocasiona en los/las adolescentes se requiere medidas de prevención e intervención, por lo cual, es importante documentar y ampliar el nivel de información respecto a estos casos puede guiar de manera óptima posteriores intervenciones que estén vinculadas a mejoras en la calidad de vida particularmente en los/las adolescentes. En este sentido, el desafío que esta investigación plantea, es el análisis de los significados de el/la psicólogo/a infanto-juvenil, que, en la experiencia clínica, se ve enfrentado/a al fenómeno de la depresión adolescente y la relación que tiene esta con los intentos de suicidio y la vivencia de abuso sexual, considerando las acciones individuales del psicólogo infanto-juvenil en cuanto a la intervención, como también los factores que podrían estar vinculados a la aparición de la sintomatología depresiva de el/la adolescente.

Los beneficiarios de esta investigación serán adolescentes sin distinción de género que se encuentren en presencias de cuadros depresivos con las características antes mencionadas (intentos de suicidio y abuso sexual develado). A su vez, esta investigación aporta conocimientos en los planes de intervención clínica de las/los psicólogos infanto-juveniles, ya que las intervenciones y procesos a seguir no se encuentran sujetos de modo necesariamente directo a los lineamientos ministeriales o a programas basados en la evidencia.

Es por ello que la presente investigación pretende entregar conocimiento sobre las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son los significados que expresan los/las psicólogos/as infanto-juveniles, en cuanto a los factores que se presentarían en la vida de los/las adolescentes, que podrían influir en la aparición y desarrollo de la sintomatología depresiva en adolescentes que han vivido un (o más) intento suicida y hayan develado un (o más) episodios/s de abuso sexual, de acuerdo a su experiencia clínica? y en segundo lugar, ¿Cuáles son las áreas de intervención que utilizan los/las

psicólogos/as infanto-juveniles, en casos de depresión con intento suicida y abuso sexual y los factores de buen y mal pronóstico que se asociarían a este?

Para esto, se considerará la experiencia psicoterapéutica y de intervención que han tenido psicólogos clínicos infanto-juveniles de la región de Valparaíso, tanto en sector público como privado.

Bajo este panorama, nuestro estudio tiene como finalidad, conocer los significados respecto de factores que influyen en el desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes que hayan vivido un (o más) intento de suicidio y un (o más) abuso sexual develado, que refieren psicólogos/as infanto-juveniles de acuerdo a su experiencia clínica. Asimismo, se orienta a conocer los tipos de intervención que utilizan los/las psicólogos/as infanto-juveniles, de acuerdo a su experiencia clínica, en el tratamiento de los/las adolescentes que cuenten con las características mencionadas anteriormente

Metodológicamente, este estudio se plantea desde un enfoque de investigación cualitativo, tratándose de un estudio de tipo exploratorio-descriptivo, puesto que no existe demasiada variedad en la cantidad de investigaciones vinculadas a esta temática. Respecto de la técnica de recolección de datos, ésta corresponde a la recopilación de narrativas de psicólogos/as infanto-juveniles a través de entrevistas semi-estructuradas. El análisis utilizado en esta investigación se basa en las narrativas y el método fenomenológico, donde mediante la comprensión del fenómeno, se pretende dar cuenta de los distintos relatos de los/las psicólogos/as, respecto de cómo la sintomatología depresiva se va constituyendo y desarrollando en la vida de los/las adolescentes, así como también las intervenciones para el tratamiento de estos/as.

Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son los significados que expresan los/las psicólogos/as infanto-juveniles, en cuanto a los factores que se presentarían en la vida de los/las adolescentes, que podrían influir en la aparición y desarrollo de la sintomatología depresiva en adolescentes que han vivido un (o más) intento suicida y hayan develado un (o más) episodios/s de abuso sexual, de acuerdo a su experiencia clínica?
- ¿Cuáles son las áreas de intervención que utilizan los/las psicólogos/as infanto-juveniles, de acuerdo a su experiencia clínica en el tratamiento de los/las adolescentes con sintomatología depresiva que han vivido un (o más) intento suicida y hayan develado un (o más) episodio/s de abuso sexual?

Objetivos

Objetivo General

Conocer los significados respecto de factores que influyen en el desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes que hayan vivido un (o más) intento de suicidio y un (o más) abuso sexual develado, que refieren psicólogos/as infanto-juveniles de acuerdo a su experiencia clínica

Objetivos Específicos

Conocer la implicancia del abuso sexual en la aparición de sintomatología depresiva e intento suicida en los/las adolescentes.

Explorar las áreas de intervención que sean relevantes para el abordaje y pronóstico de la sintomatología en población adolescente.

Marco Teórico

A continuación, se presentarán las temáticas que enmarcan conceptualmente, esta investigación.

Adolescencia

Conceptualmente la noción de adolescencia se constituye como ámbito de estudio de forma reciente, pudiendo lograr forma solo a finales del siglo XIX y con mayor fuerza a principios del siglo XX. Esto bajo la influencia del psicólogo norteamericano Stanley Hall (1904), quien a través de la publicación de un tratado de adolescencia marca un hito en el estudio de ésta (Dávila, 2004). Hall, define la adolescencia como:

“Una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el joven se encuentra dividido entre tendencias opuestas. Además, la adolescencia supone un corte profundo con la infancia, es como un nuevo nacimiento (tomando esta idea de Rousseau) en la que el joven adquiere los caracteres humanos más elevados” (Delval, 1998, p.545).

Actualmente la adolescencia es señalada como un periodo del desarrollo que se encuentra entre la niñez y la adultez, cronológicamente se inicia con profundas transformaciones biológicas propiciadas por los cambios puberales vinculados al desarrollo de caracteres sexuales secundarios, pero no sólo está acompañada de adaptación a los cambios corporales también cuenta con transformaciones psicológicas y sociales en pos de una mayor independencia (Pérez, 2002). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el periodo comprendido entre 10 y 19 años, entendiéndose como una etapa compleja de la vida marcada por la transición de la infancia al estado adulto, en ella se producen cambios físicos, psicológicos,

biológicos, intelectuales y sociales. Se clasifica en primera adolescencia, precoz o temprana de 10 a 14 años y la segunda o tardía que comprende entre 15 y 19 años de edad (Borrás, 2014).

Es prudente precisar que las definiciones de este período evolutivo son múltiples y responden a distintos enfoques disciplinarios. Teniendo en consideración las diferentes concepciones y múltiples definiciones que pudieran rebelarse en torno a la adolescencia clásica y contemporánea, podemos encontrar algunos rasgos más o menos comunes a ellas la que nos hablan de una etapa caracterizada por cambios fisiológicos, psicológicos y sociales:

Desde el punto vista fisiológico durante este periodo se alcanza la etapa final del crecimiento, entendiendo así que la adolescencia se extiende desde la pubertad hasta el desarrollo de la madurez reproductiva completa. No se completa la adolescencia hasta que todas las estructuras y procesos necesarios para la fertilización, concepción, gestación y lactancia no han terminado de madurar (Florenzano, 1997). La pérdida del cuerpo infantil implica la necesidad de dejar atrás las modalidades de ajuste de la niñez, abandonar identificaciones infantiles y encontrar nuevas orientaciones de conducta.

En el funcionamiento psicológico, las dimensiones más destacadas del desarrollo adolescente se dan principalmente en la elaboración de la identidad y la autonomía. En esta etapa la preocupación psicológica gira generalmente alrededor de una reestructuración de la imagen corporal, el ánimo es fluctuante provocando una fuerte autoconciencia de las necesidades y deseos de comprensión y apoyo por parte de los/las cuidadores/as principales. La familia pasa paulatinamente a dejar de ser el espacio privilegiado para confirmar las habilidades y autoestima lo que genera para los cuidadores el difícil desafío de lograr la capacidad de mantener y expresar, en estas nuevas condiciones, la aceptación de el/la adolescente lo que es siempre fundamental para su desarrollo.

Intelectualmente en la adolescencia aparecen profundos cambios cualitativos en la estructura del pensamiento. Piaget denomina a este proceso, período de las operaciones formales, donde la actuación intelectual de el/la adolescente se caracteriza por el paso de lo concreto a lo abstracto. El desarrollo intelectual durante la adolescencia, trae nuevos recursos para la diferenciación identitaria y para el replanteamiento de las relaciones con el mundo. La simbolización, la generalización y la abstracción introducen visiones más amplias y diversas de los acontecimientos. De la posición infantil de estar en el mundo, pasa a situarse en perspectiva frente a sí mismo, es decir, puede fijar la mirada sobre su propia forma de pensar y ser, así como sobre la de los demás (Krauskopf, 1994).

A su vez comienza con la adolescencia la configuración de un razonamiento social, teniendo como relevancia los procesos identitarios individuales, colectivos y sociales, los cuales aportan en la comprensión del nosotros mismos, las relaciones interpersonales, las instituciones y costumbres sociales donde el razonamiento social de el/la adolescente se vincula con el conocimiento del yo y los otros, la adquisición de las habilidades sociales, el conocimiento y contraposición de los principios del orden social, y con la adquisición y el desarrollo moral y valórico de el/la adolescente (Moreno y Del Barrio, 2000).

Como una concepción más compleja e integral, el concepto de adolescencia, en una perspectiva conceptual y aplicada, también incluye otras dimensiones de carácter cultural, posibles de evolucionar de acuerdo a los mismos cambios que experimentan las sociedades en cuanto a sus visiones sobre este conjunto social. Se podría afirmar entonces que el concepto de adolescencia es una construcción social. A la par de las intensas transformaciones biológicas que caracterizan esa fase de la vida, y que son universales, participan de ese concepto elementos

culturales que varían a lo largo del tiempo, de una sociedad a otra y, dentro de una misma sociedad, de un grupo a otro (Dávila, 2004).

Siguiendo los postulados de Bronfenbrenner, se ha reconocido que el desarrollo humano está moldeado por el contexto (Bronfenbrenner & Morris, 1998). El desarrollo ocurre a medida que el/la adolescente interactúa en los diferentes entornos de su mundo social. El desarrollo se produce a través de los procesos próximos que ocurren dentro de los contextos sociales inmediatos (Bronfenbrenner & Morris, 1998), procesos que también reciben influencias de otros entornos más distantes de la vida cotidiana de el/la adolescente, es realmente un período vulnerable para la aparición de conductas de riesgo.

Por lo anterior, la adolescencia es una etapa de hacer opciones y de tomar decisiones (Erikson, 1968) entendiendo que los riesgos y oportunidades no surgen al azar, sino de las experiencias previas en la historia de vida de el/la adolescente, y también del ciclo evolutivo de sus respectivos entornos.

Factores de Riesgo y Protectores en la Adolescencia

La adolescencia, como ya se señaló, tiene como tarea evolutiva principal la configuración de la identidad, el aumento de la autonomía y la intimidad. Estas tareas dirigen al adolescente hacia la toma de decisiones o elecciones, de esta manera aprenden a autodirigirse y autorregular sus acciones hacia propósitos significativos (Martínez, 2007). Dichas elecciones o decisiones los/las comprometen con ciertos cursos de acción y afectan los ambientes sociales en los cuales los/las adolescentes se insertan y las influencias que reciben de los diferentes contextos en los que interactúan (Crockett & Crouter, 1995).

Al ser un periodo de grandes cambios, la adolescencia ilustra tanto procesos de plasticidad como de consolidación de determinados patrones de comportamiento. Los cambios biológicos,

cognitivos y sociales contribuyen al desarrollo de oportunidades para el crecimiento, tales como nuevas relaciones sociales, intereses y comportamientos (Crockett & Crouter, 1995). Las decisiones que toma el adolescente van a mostrar cierta continuidad y van a fijar los parámetros de su desarrollo futuro, la acumulación de ciertas decisiones hace que ciertos resultados evolutivos sean menos probables, pero también, el asomo de riesgos provenientes tanto de su toma de decisiones como elementos que provienen de los diferentes contextos en los que interactúan. Este riesgo parece mayor con la creciente complejización de la vida y el aumento del rango de opciones de decisión (Bendit, 2000). Al mismo tiempo, la desarticulación de los sistemas naturales de apoyo social ofrece menor protección frente a las consecuencias negativas de decisiones.

De esta forma definiremos los factores protectores como aquellos que reducen los efectos negativos de la exposición a riesgos y al estrés, de esta forma los/las adolescentes a pesar de haber vivido en contextos desfavorables y de padecer situaciones adversas puedan sobreponerse a estas (Rutter, 2007). También se trata de recursos internos y externos que modifican el riesgo (Fraser, Kirby & Smokowski, 2004).

Una forma de clasificar los factores protectores consiste agruparlos en personales, familiares, escolares y sociales. Los personales se refieren a la autoestima, la convivencia positiva, la flexibilidad de pensamiento, la creatividad, el autocontrol emocional, la confianza en sí mismo y sentimiento de autoeficacia, y el optimismo entre otras (Masten & Powell, 2007). Los factores familiares tienen que ver con el apoyo y comprensión que se les proporciona a los/las adolescentes dentro su núcleo familiar, así como también requiere de la presencia de un ambiente emocionalmente estable (Jadue, Galindo y Navarro, 2005). Los factores escolares tienen relación con las jornadas académicas y con las actividades extra-programáticas como talleres artísticos,

científicos y deportivos (Henderson & Millstein, 2003), así como también el tener un grupo reducido de alumnos por aula, permite una atención personalizada y un mayor tiempo de calidad para atender dudas, problemas o dificultades que se le presenten a los/las estudiantes. Los factores sociales son aquellos relacionados con la comunidad, las normas sociales, el medio socioeconómico y el geográfico (Acle-Tomasini, 2012).

En relación a los factores de riesgo, éstos se vinculan al incremento de la probabilidad de que un problema de comportamiento se produzca en un momento posterior en la vida de una persona. La presencia de un factor de riesgo no garantiza que un resultado negativo se produzca inevitablemente, pero sí que se incremente la probabilidad de que ocurra (Jenson & Fraser, 2011). Al igual que los factores protectores, los factores de riesgo se clasifican en individuales, interpersonales y ambientales. Los individuales se refieren a antecedentes familiares de alcoholismo, dificultades en el control de impulsos, y cuidador con alguna enfermedad de salud mental entre otras (Jenson & Fraser, 2011). Los interpersonales se relacionan con la inadecuada comunicación familiar, los conflictos entre padres e hijos y el apego, estilos de crianza negligentes, consumo de alcohol y drogas, bajo compromiso escolar, rechazo de pares, etc. Los ambientales son referidos a la pobreza, privaciones económicas, desorganización vecinal e inseguridad en los barrios (Jenson & Fraser, 2011). Algunas prácticas culturales que adicionalmente pueden incrementar el riesgo de los factores individuales son los castigos severos, excluir a los/las niños/as y adolescentes de actividades en un esfuerzo por sobreprotegerlos de las duras realidades de la vida, y dejar que solos resuelvan sus problemas sin darles oportunidad de pedir ayuda (Killian, 2004).

De manera conjunta los factores protectores y de riesgo se interrelacionan, aunque no el mismo tipo de relación en todos los eventos, es decir, lo que en un momento puede ser un factor

protector en otro momento puede no serlo, ya que es probable que ese factor protector que en el pasado funcionó bien para la adaptación de la persona, en otro momento sea ineficiente y se necesite entonces de otro factor protector. A sí mismo, no siempre el mismo factor protector funciona por igual para la misma situación de riesgo, ni un solo factor protector funciona por igual de modo indistinto para otras situaciones de riesgo. Sin embargo, aunque parezca contradictorio, un factor de protección puede en otra situación ser un factor de riesgo (Rutter, 1993). De estas interrelaciones se deriva que los factores de protección operan sobre los factores de riesgo en tres formas distintas: ya sea interrumpiendo el flujo de una cadena potencial de riesgo, reduciendo el impacto del riesgo en la vida de los/las niños/as y adolescentes o bloqueando el inicio de un factor de riesgo (Jenson y Fraser, 2011).

Enfermedades de Salud Mental en la Adolescencia

La Salud Mental Infanto Juvenil es la capacidad de lograr y mantener un funcionamiento psicológico y bienestar óptimo: está directamente relacionada con el nivel de competencia lograda en el funcionamiento psicológico y social. (OMS, 2006). En un desglose de lo que significa un funcionamiento psicológico y bienestar óptimo y el logro de un adecuado nivel de competencias personales, es posible considerar como elementos subyacentes en esta definición, los siguientes:

- Sentido de identidad o de dignidad personal.
- Pertenencia familiar.
- Adaptación a los cambios físicos.
- Habilidades para ser productivo y aprender.
- Aprovechar los desafíos del entorno para maximizar el desarrollo.
- Resiliencia.

- Autoafirmación.
- Desarrollo de potencialidades.
- Plan de vida.
- Habilidades comunicacionales.
- Autogestión de oportunidades.
- Asociatividad y participación.
- Identidad sexual, sexualidad plena, entre otros.

Así entonces el concepto es el bienestar interno y con el entorno de los y las adolescentes que maximiza el potencial de desarrollo personal y social. Esta condición es prerequisite para: o Desarrollo psicológico óptimo. o Relaciones sociales productivas. o Aprendizaje efectivo. o Autocuidado o Buena salud física o Participación económica efectiva como adulto.

De acuerdo a datos entregados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se calcula que el 20% de los/las adolescentes a nivel mundial poseen problemas de salud mental, dentro de estos, la depresión es la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los/las adolescentes entre 15 y 18 años de edad, y el suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad en esta población. A su vez alrededor de la mitad de los trastornos mentales tienen su inicio antes de los 14 años de edad y el 70% antes de los 24 años, esto se acompaña del aumento de la frecuencia de dichos trastornos en las últimas décadas debido a profundas transformaciones sociales y culturales (Gómez, 2005).

En el caso particular de Chile, la ausencia de datos epidemiológicos de trastornos psiquiátricos en niños/as y adolescentes es un factor común en todo el mundo y especialmente en los países en desarrollo. En nuestro país sólo se han realizado estudios de prevalencia en poblaciones específicas, como el estudio realizado en una cohorte de escolares de primer año

enseñanza básica de una zona de Santiago, en el cual se encontraron tasas de prevalencia de desórdenes psiquiátricos de 24% (De la Barra, Toledo y Rodríguez, 2004).

Los factores de riesgo asociados a las enfermedades de salud mental en adolescentes están sistematizados e incluyen los malos tratos en la infancia, la violencia intrafamiliar, la pobreza, violencia en las escuelas, exclusión social y la desventaja en materia de enseñanza, las enfermedades de salud mental y la toxicomanía en los/las cuidadores/as, también aumentan la situación de riesgo en los/las adolescentes, al igual que estar expuestos a las alteraciones sociales y la angustia psicológica acompañada de conflictos civiles y desastres naturales. A nivel internacional, se han establecido varios instrumentos jurídicos y acuerdos para promocionar la salud y el desarrollo de los/las adolescentes, en particular la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades (UNICEF, 2017).

Uno de los cometidos más urgentes a la hora de abordar la salud mental de los/las adolescentes es el de mejorar y ampliar la información respecto a esta. Investigaciones sistemáticas vinculadas a la naturaleza, frecuencia y factores determinantes de los problemas mentales en los/las adolescentes, además de la prevención, las intervenciones tempranas y las estrategias de tratamiento. Lo anterior, será fundamental para garantizar el derecho de los/las adolescentes a la salud y el desarrollo en sus múltiples entornos.

Cuidador Principal

Conceptualmente cuidar según la Real Academia Española (2005) significa asistir a alguien que lo necesita, el ejercicio de cuidar se podría definir como los comportamientos y/o acciones que envuelven conocimientos, valores, habilidades y actividades emprendidas en el sentido de suministrar las potencialidades de las personas para mantener o mejorar a las condiciones humanas (Larbán, 2010).

De acuerdo a lo anterior un/a cuidador/a principal podría ser aquel adulto familiar y no familiar, madre, padre, abuelo/a, tío/a, un/a profesional, u otra persona, que asume primariamente la responsabilidad para abastecer acciones de soporte, que asiste o ayuda a otra persona, con necesidades evidentes o anticipadas ya sea por una discapacidad física y/o por la etapa del desarrollo en la que se encuentra requiere de la atención de terceros, como es el caso de bebés, niños/as, el/la adolescente y adultos/as mayores (Larbán, 2010).

Por otro lado, la calidad del cuidado, se refiere a los comportamientos y estrategias que usa el/la cuidador/a para cuidar, proteger y garantizar la supervivencia. Las observaciones pioneras de díadas se han desarrollado en su mayoría en las interacciones madre e hijo en ambientes naturales de la vida cotidiana, principalmente en el hogar, en el primer año de vida (Ainsworth, 1967). Si bien estas observaciones se han desarrollado con niños/as y sus madres dentro de la primera infancia creemos que es prudente extrapolarlas a la relación que el/la adolescente podría llegar a establecer con su cuidador/a principal, ya que existen datos que indican cierta continuidad entre las formas de vincularse entre y el/la niño/a y su cuidador/a donde estas se construyen en la infancia y se manifiestan en la adolescencia, lo que nos hablaría de patrones relativamente estables en el tiempo (Oliva, 2011).

Estas observaciones han permitido elaborar una conceptualización del cuidado, descrita a partir de un continuo de cuatro características del comportamiento, que va desde lo más positivo hasta lo más negativo en las cuales podemos señalar la aceptación/rechazo, la cooperación/interferencia, la accesibilidad/ignorar y la sensibilidad/insensibilidad (Ainsworth, Bell & Stayton, 1974).

La primera característica comportamental, aceptación/rechazo, hace referencia que para todo cuidador/a principal existen sentimientos positivos y negativos respecto del acto de cuidar,

debido a las exigencias y demandas que esto implica. En el polo o extremo positivo se encuentran los sentimientos de amor, aceptación, protección, y cualquier otro tipo de reacción positiva. En el otro extremo, están los sentimientos de rabia, irritación y rechazo, entre otras emociones negativas frente al cuidado o las demandas de cuidado exigidas. Se parte del supuesto que todos los cuidadores/as experimentan sentimientos positivos y negativos, es decir, algún grado de ambivalencia, no obstante, la cuestión está en qué medida el/la cuidador/a principal sea capaz de equilibrarlos e integrarlos, de forma que los aspectos negativos no primen en la relación (Carbonell, 2013).

En cuanto a la segunda característica comportamental cooperación/interferencia, ésta hace referencia en el extremo positivo a la capacidad de el/la cuidador/a de sintonizar afectivamente y conductualmente, lo cual implica considerar a el/la adolescente que tiene a su cuidado como un ser autónomo cuyos deseos, sentimientos y actividades son valorados y respetados. En el otro extremo, la interferencia, está el/la cuidador/a que no respeta las iniciativas o autonomía, que niega las necesidades, sentimientos y actividades de el/la adolescente que cuida, pues impone su voluntad y deseos (Carbonell, 2013).

De acuerdo a la tercera característica del comportamiento de el/la cuidador/a, la accesibilidad/ignorar se refiere en el extremo positivo a la disponibilidad física y psicológica de la/el cuidador. Es decir, permitir la cercanía y contacto físico mostrándose dispuesto emocionalmente para mostrar gusto por estar y compartir con el/la adolescente. En el extremo negativo, el/la cuidador/a que ignora las necesidades y comunicaciones de el/la adolescente por estar focalizado en sus propias necesidades y preocupaciones, no está en la mayoría de las ocasiones disponible emocionalmente para éste (Carbonell, 2013).

Esto puede darse, en los casos de cuidadores deprimidos (Shonkoff & Phillips, 2000). En las formas más extremas, nos encontramos los comportamientos negligentes físicos y psicológicos por parte de el/la cuidador/a, que son considerados hoy, formas de maltrato infantil (Howe, 2005).

La cuarta característica del comportamiento de el/la cuidador/a es la sensibilidad/insensibilidad frente a las comunicaciones de el/la adolescente. Esta se refiere en el componente positivo a la habilidad de el/la cuidador/a principal a estar alerta a las señales comunicativas, interpretarlas adecuadamente y responderlas pronta y correctamente. Por el contrario, en el extremo opuesto del continuo, se encuentra el/la cuidador/a, que ignora las comunicaciones, las interpreta incorrectamente, suponiendo muchas veces atribuciones e intencionalidades negativas por parte de el/la adolescente. Es importante aclarar que un/a cuidador/a insensible, no necesariamente es el/la que responde hostil o desagradable, la insensibilidad ocurre cuando el/la cuidador/a falla o no logra interpretar adecuadamente los estados emocionales o metas de el/la adolescente, por lo tanto, no logra ayudarlo para que obtenga de nuevo un estado emocional positivo (Carbonell, Posada, Plata y Méndez, 2005).

La respuesta inconsistente y poco sensible de el/la cuidador/a de manera recurrente frente a el/la adolescente y sus señales comunicativas, lo lleva a sentir que el mundo es impredecible, no tiene control sobre éste y por tanto, no se le favorece un sentimiento de eficacia en el actuar sobre el mundo (Colin, 1996).

Tampoco es posible igualar sensibilidad en el cuidado con calidez o amor, son conceptos distintos (Seifer & Schiller, 1995), ya que el comportamiento sensible de cuidado, es producto de una relación recíproca y coordinada donde ambos interlocutores cuidador/a y adolescente, están en una relación de cooperación y sintonizada, tanto en una dimensión emocional como del

comportamiento. No obstante, las relaciones vinculares cuidador/a sensible con el/la adolescente está inmersas en un clima emocional y afectivo positivo. De esta manera, cualquier/a cuidador/a del medio familiar o social, juega un papel protector en el desarrollo de la persona. En este sentido, la resiliencia es resultado de las transacciones y experiencias internas y externas de el/la adolescente con un ambiente, más que el resultado de características propias de la persona (Delage, 2010).

En este mismo orden de ideas, la teoría del apego es una conceptualización coherente con una concepción de el/la adolescente como sujetos de derecho, pues hablar de relaciones de cuidado de calidad, implica pensar los ambientes de cuidado, tanto en sus aspectos físicos y psicológicos desde el concepto de sensibilidad de el/la cuidador/a principal. Es decir, un/a cuidador/a capaz de ver las cosas desde el punto de vista de el/la adolescente, y que negocia de manera flexible las necesidades y metas en conflicto. También, el cuidado sensible implica ajustarse a los estados emocionales y al momento evolutivo de el/la adolescente, favoreciendo ambientes de cuidado amorosos y cálidos (Carbonell et al., 2005).

Teoría del Apego

La Teoría de Apego se constituye como una de las construcciones teóricas más sólidas dentro del campo del desarrollo socioemocional, desde sus planteamientos iniciales, a finales de los 50. El primero en desarrollar una teoría de apego fue John Bowlby (1958), su objetivo era explicar por qué los/las niños/as se convierten en personas emocionalmente apegadas a sus cuidadores/as, así como los efectos emocionales que resultan de la separación.

Tradicionalmente, el apego ha sido entendido de manera general, “como el lazo emocional que se establece entre el niño uno o más cuidadores por los que muestra preferencia, con los que se siente seguro/ y receptivo a las manifestaciones de afecto y de los que teme separarse”

(Cantón y Cortés, 2008, p.11). Es decir, dicha relación o lazo se articula como un soporte para la participación de el/la niño/a en la exploración del mundo y la vida social, permitiéndole construir un modelo (de sí mismo y del mundo exterior), que le servirá no sólo para comprender la realidad, sino también para poder anticipar el futuro y trazar planes (Delval, 2004).

Todas aquellas conductas de apego que se emprenden con el objetivo principal de mantener la proximidad hacia el/la cuidador/a y que le permitan a el/la niño/a la supervivencia, constituyen lo que se denomina sistema conductual de apego. Éste ha sido descrito como un sistema motivacional intrínseco, de base biológica, regido por reglas cibernéticas, organizado homeostáticamente, y compuesto por una serie de conductas específicas que conducen a ciertos resultados predecibles y que actúa con el propósito de asegurar niveles de proximidad que sean compatibles con la vida y la seguridad (Lecannelier, 2009). Más claramente, el sistema de apego se activa cuando aumenta la distancia con la figura de apego, o cuando el/la niño/a percibe ciertas señales de amenaza o peligro (Oliva, 2004).

De este modo, el sistema conductual de apego se caracteriza por la participación activa de el/la niño/a donde las conductas de cercanía son promovidas con fines adaptativos, repertorio que va aumentando y variando conforme a la edad (Cassidy, 1999). Asimismo, es un sistema que opera bajo el principio de corrección de fines, lo que significa que, a partir de mecanismos de retroalimentación y flexibilidad, el/la niño/a puede activar según las circunstancias, aquellas conductas de apego hacia el/la cuidador/a que se requieran para lograr una meta, la cual consiste principalmente, en la regulación de los estados internos (Lecannelier, 2009).

Sin embargo, se ha estudiado que los/las niños/as conectan con sus cuidadores/as aún si éstos no están cumpliendo con la satisfacción de sus necesidades, de hecho, la evidencia señala que los/las niños/as se apegan a sus cuidadores, aunque estos sean maltratadores o les provoquen

sentimientos de ansiedad y miedo (Howe, 2006). A partir de esto último, se puede concluir que el vínculo de apego no es un sistema que se active únicamente por asociaciones placenteras, sino que debe ser entendido como:

Un sistema organizado de emociones y conductas que aumenta la probabilidad de que el niño establezca relaciones de apego con su cuidador principal. Por lo tanto, el apego sería el resultado de respuestas instintivas importantes para la protección del individuo y la supervivencia (...). (Cantón y Cortés, 2008, pp.18-20).

Considerando esta definición, es fundamental distinguir vínculo de apego de vínculo afectivo. El vínculo afectivo es aquel lazo que se genera hacia otra persona, donde intervienen emociones intensas y donde el otro no es sustituible (Lecannelier, 2009). Si bien todos los seres humanos establecemos vínculos afectivos a lo largo de la vida, esto no deviene obligatoriamente en la formación de vínculos de apego. Este último tiene como rasgo distintivo, la búsqueda de la seguridad y regulación (Lecannelier, 2009).

Es así como la teoría del apego ha ido expandiéndose en las últimas décadas, tanto a la comprensión de otro tipo de relaciones (hermanos, amigos, pareja) como a etapas evolutivas posteriores a la infancia. Una de estas etapas es la adolescencia, momento de profundas transformaciones cognitivas, emocionales y sociales que van a tener una repercusión directa sobre el significado y expresión de los procesos de apego. Así, el surgimiento del pensamiento formal va a poner a disposición el/la adolescente una potente herramienta cognitiva que le va a permitir razonar con una mayor complejidad sobre sus relaciones con las figuras de apego, ya sea para pensar en alternativas, compararlas con otras figuras o desidealizar y contemplarlas de forma más realista (Allen, 2008). Es en este periodo cuando el sistema de apego podrá ser considerado como una organización global, única e integrada surgida a partir de la reflexión

sobre las experiencias relacionales previas, que mostrará estabilidad y que predecirá el comportamiento de el/la adolescente dentro y fuera de la familia (Oliva, 2011).

Depresión

Situados en el contexto nacional, el Ministerio de Salud de Chile [MINSAL] (2013) a través de la Guía Clínica AUGE para el tratamiento de personas con depresión califica a esta patología como la principal causa de discapacidad en el mundo en términos de número total de años de vida saludables perdidos anualmente [AVISA]. Se estima que la depresión contribuye fuertemente a la carga de enfermedad, ocupando el tercer lugar a nivel mundial, el octavo lugar en los países de ingresos altos y el primer lugar en los países de ingresos bajos y medios, siendo en todos, la principal causa de carga de enfermedad en mujeres. Por otro lado, a nivel nacional, los datos estadísticos muestran que la prevalencia de vida de depresión alcanza un 9% en mujeres y un 6,4% en hombres. La depresión y los trastornos del ánimo, en general, son clasificados de igual forma para niños y adultos, sin embargo, existen algunas variaciones en cuanto al tiempo de evolución.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta versión (DSM-V), publicada el año 2013 propone realizar un diagnóstico de Depresión, en la medida en que la persona presente por al menos dos semanas, varios de los siguientes indicadores o síntomas: el estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer; alza o baja de peso; hipersomnias o insomnio; agitación o retraso psicomotor; fatiga o disminución de energía; sentimiento de culpabilidad o inutilidad excesiva; dificultades para: concentrarse, tomar decisiones y pensar; posibles pensamientos de muerte, ideas o plan suicida. Estos síntomas son evaluados desde la persona o también siendo apreciados desde las personas con las cuales se relaciona. Los síntomas presentados generan cambios importantes en la persona y por lo tanto son causantes de malestar

global y significativo para quien vive esta enfermedad. En esta versión, además, se incluye dentro de los Trastornos Depresivos (TD), el Trastorno de la Desregulación Destructiva del Estado de Ánimo (TDDEA), que se incluye pensando específicamente, en esta sintomatología presente en los niños y los/las adolescentes (entre 6 y 18 años) con problemas conductuales y emocionales graves, cuya característica prominente es la irritabilidad persistente, no episódica, acompañada de episodios de descontrol conductual, durante 12 meses o más. Finalmente, dentro de los TD, se mantienen en esta versión, el TD Mayor; TD Persistente (Distimia); Trastorno Disfórico Premenstrual; TD inducido por sustancias/medicamentos; TD debido a otra enfermedad médica; Otro TD especificado; Otro TD no especificado. Para precisar aún más el diagnóstico, este manual nos provee de ciertos especificadores, entre los cuales se encuentran: presencia de sintomatología ansiosa, características mixtas, melancólicas, atípicas, psicóticas y patrón estacional, teniendo en cuenta el grado de gravedad con que se manifiestan estos síntomas. (APA, 2013)

Por otro lado, el MINSAL definió la depresión como un trastorno del humor y del estado de ánimo, el cual se manifiesta a través de síntomas como: cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo los parámetros de normalidad. Las repercusiones de este malestar pueden conllevar la pérdida de interés en actividades que hasta entonces eran disfrutadas, además de cambios cognitivos, como pensar ineficiente, problemas de concentración y elevada autocrítica. Siguiendo esta línea, los criterios diagnósticos CIE-10 para la depresión expuestos en el año 1992 por la Organización Mundial de la Salud [OMS] consideran que la presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación/retraso psicomotriz pueden predominar sobre la depresión, especialmente en los/las adolescentes. La alteración del

estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas.

En cuanto a los factores de riesgo que se asocian a los cuadros depresivos, según el MINSAL (2013), están:

- Presencia de enfermedades crónicas, como el cáncer, diabetes, problemas cardíacos o el VIH han demostrado incrementar el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo.
- En mujeres, la obesidad mórbida con un IMC mayor a 40 ha mostrado tener una fuerte asociación con depresión.
- La fatiga crónica ha mostrado asociación con la presencia de trastornos depresivos, distimia y trastorno bipolar.
- Situaciones de violencia intrafamiliar
- Historia familiar o antecedentes personales de depresión
- Eventos traumáticos o eventos vitales estresantes

El ambiente laboral ha mostrado una fuerte asociación con los trastornos depresivos. El alto grado de demandas psicológicas, el sistema de carga y recompensa, el ambiente laboral, la libertad de decisión, el apoyo social percibido, nivel de estrés y tensión laboral, así como la inseguridad estabilidad han mostrado ser factores con mayor asociación con el desarrollo de sintomatología o trastornos depresivos.

Sin embargo, dentro de las múltiples formas de entender la depresión, encontramos enfoques que aportan una mirada distinta, fundada en la comprensión y que, por lo tanto, dan importancia a la manera en que el sujeto percibe el mundo y sus procesos vitales desde su malestar, manteniéndose al margen de diagnósticos y categorías clínicas. La visión sociocultural nos

entrega este bagaje, desde esta perspectiva, la manera en que la depresión es entendida, interpretada, discutida y tratada, varía entre una cultura y otra. Por ejemplo, en algunas lenguas del sudeste asiático no existe un equivalente a la palabra “deprimido”, mientras que en países como Nigeria se utiliza sólo una palabra para designar la depresión, la ansiedad y la rabia (Acuña, Botto. y Jiménez, 2014)

En las sociedades occidentales es más frecuente concebir la depresión como una “enfermedad” con componentes hereditarios y biológicos, mientras que una visión “situacional” que comprende los síntomas en el contexto de un estrés psicosocial y de dificultades interpersonales suele asociarse con sociedades tradicionales y comunidades minoritarias. (Acuña et al., 2014). En estudios realizados en comunidades chinas, por ejemplo, la experiencia de depresión es más “física” que “psicológica”; rara vez los pacientes reportan sentimientos de tristeza o desánimo; en cambio, presentan molestias como dolor, somnolencia, fatiga y aburrimiento, evidenciando un patrón claramente somatomorfo. Esto se explica porque en estas comunidades la expresión de sentimientos, especialmente de afectos negativos, se considera algo culturalmente reprochable.

Otras formas de definir la depresión proveniente de la corriente existencialista dan importancia al *sentido de la vida*, como constructo basal desde el cual hoy podemos comprender la depresión. Para el creador de este concepto, Viktor Frankl (1994), el experimentar que la vida propia tiene sentido es la fuerza motivacional fundamental del ser humano y condición de la autorrealización personal

El logro de sentido se asocia positivamente a la percepción y vivencia de libertad; responsabilidad y autodeterminación; cumplimiento de metas vitales; visión positiva de la vida, del futuro y de sí mismo; y autorrealización. Cuando no se alcanza el logro existencial se

originarían sentimientos de frustración asociados a la desesperanza, ésta última, según este enfoque, está caracterizada por la duda sobre el sentido de la vida; por un vacío existencial que se manifestaría en un estado de tedio, percepción de falta de control sobre la propia vida y ausencia de metas vitales.

Aludiendo a estas ideas, Lukas (2001) afirma que, entre el vacío existencial y la desesperanza existiría una relación estrecha; ambas remiten a un estado de ánimo y motivación, y de sentimientos y de expectativas sobre el futuro caracterizados por la apatía, el cansancio, la falta de ilusión, la sensación de inutilidad de la vida, el fatalismo y la desorientación existencial, pudiendo llevar a la comisión de suicidio.

Depresión en Adolescentes

Los/las adolescentes son uno de los grupos etarios que presenta mayor probabilidad de sufrir un cuadro depresivo, debido a que en este periodo se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan en la población adolescente el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía, éxito personal y social. (Blum, 2000)

En Chile la prevalencia del trastorno depresivo en población infanto-juvenil es de 5,9%. En tanto que los/las adolescentes entre 12 a 18 años en comparación con los/las niños/as entre 4 a 11 años, presentan mayor frecuencia del trastorno en un 8,3% y 3,8% respectivamente (Vicente, Saldivia, De la Barra, Melipillán, Valdivia y Kohn, 2012).

El Trastorno Depresivo Mayor en pre-púberes tiene una prevalencia aproximada del 2%, sin diferencias de género. En los/las adolescentes, la prevalencia es mayor, del 4 al 8%, siendo más prevalente en mujeres (1:2). El riesgo de depresión se multiplica por 2-4 después de la pubertad y la incidencia acumulada al alcanzar los 18 años puede alcanzar el 20%. Aproximadamente un

5-10% de niños/as sufren síntomas depresivos subsindrómicos, que provocan cierto deterioro en su funcionamiento y aumentan el riesgo de psicopatología en el futuro. (Fernández & Rojo, 2017) Asimismo, pueden experimentar episodios depresivos recurrentes a lo largo de la vida con mayor facilidad que las personas cuya depresión comenzó en un periodo posterior (Gregory, Clarke, Lynn & Debar, 2010)

Información adicional recaudada por Pardo, Sandoval y Umbarila (2004) menciona que las personas que sufren depresiones durante la adolescencia y que tienden a desarrollar problemas psiquiátricos durante su adultez temprana se han caracterizado como adolescentes que presentan episodios depresivos más severos, es decir, de mayor duración, con múltiples episodios, mayor número de síntomas e historia de intentos de suicidio. En general, estos casos se caracterizan por elevados niveles de estrés, conflicto y dependencia interpersonal.

Antes de realizar un diagnóstico de depresión en los/las adolescentes el Ministerio de Salud (2013) hace un llamado a explorar la depresión frente a la sospecha de condiciones psiquiátricas como ansiedad, distimia, trastorno disocial desafiante y oposicionista, trastornos del desarrollo, abuso de sustancias, duelos patológicos, reacciones adaptativas, trastorno de estrés post traumático, así como algunas condiciones médicas como hipotiroidismo, mononucleosis, anemia, ciertos cánceres, enfermedades autoinmunes, síndrome premenstrual y síndrome de fatiga crónica, ya que pueden confundirse con depresión en el/la adolescente. Además, los síntomas de estos trastornos pueden encubrir los síntomas de la depresión (por ejemplo, cansancio, disminución de la concentración, alteraciones del sueño y del apetito), los cuales sí podrían ser manifestaciones de esta enfermedad en este grupo etario.

El síntoma característico de la depresión en la adolescencia es el cambio notable en el estado de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o por problemas de conducta. En los/las

adolescentes mayores es más común manifestar la depresión con síntomas psicósomáticos o problemas del comportamiento, pueden presentar mayor agitación psicomotora, quejas recurrentes o persistentes de dolor abdominal, dolor de pecho, dolor de cabeza, pérdida de peso u otros síntomas. Así como otros efectos observables de la depresión en la conducta de el/la adolescente como los problemas familiares, la disminución en el rendimiento escolar, los delitos, el abuso de drogas o el comportamiento violento (Silva, 2007). Sin embargo, la apariencia depresiva en estas edades no es el único criterio a tener en cuenta, es necesario atender los reportes de los/las adolescentes acerca de una mayor incidencia de síntomas de desesperanza y falta de capacidad para disfrutar lo que hacen. Además, es necesario fijarse otras referencias como la necesidad de dormir más, cambios en el peso corporal, presencia de ideas acerca de la muerte e ideación suicida (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2000; Dallal & Castillo, 2000; Araya et al., 2003).

Factores de Protección y Riesgo de Depresión en Adolescentes

En relación a los factores protectores de la depresión en adolescentes, Donas Burak (2001, citado en Páramo, 2011) plantea que existen dos tipos de *factores protectores: de amplio espectro*, o sea, indicativos de mayor probabilidad de conductas protectoras que favorecen el no acontecer de daños o riesgos; y *factores protectores específicos* a ciertas conductas de riesgo. Dentro de los factores de amplio espectro, nombra: familia contenedora, con buena comunicación interpersonal; alta autoestima; proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado; locus de control interno bien establecido; sentido de la vida elaborado; permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia. Como factores protectores específicos, encontramos: el uso de cinturón de seguridad (que reduce o evita accidentes

automovilísticos); no tener relaciones sexuales, o tenerlas con uso de preservativo (que reduce o evita el embarazo, ETS, Sida); y no fumar (reduce o evita el cáncer de pulmón y enfisema).

Siguiendo esta línea, Vinaccia, Quiceno y Moreno San Pedro (2007) señalan que, entre los recursos más importantes con los que cuentan los niños y adolescentes resilientes, se encuentran: una relación emocional estable con al menos uno de sus padres, o personas significativas; un ambiente educativo abierto, contenedor y con límites claros; apoyo social; modelos sociales que motiven el afrontamiento constructivo; tener responsabilidades sociales dosificadas, a la vez, que exigencias de logro; competencias cognitivas y, al menos, un nivel intelectual promedio; características temperamentales que favorezcan un afrontamiento efectivo (por ejemplo, flexibilidad); haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen positiva; asignar significación subjetiva y positiva al estrés y al afrontamiento, de acuerdo con las características propias de su desarrollo y tener un afrontamiento activo como respuesta a las situaciones o factores estresantes. Asimismo, se ha destacado en varios estudios la calidad de la comunicación y de las relaciones familiares como factor de protección asociado a estilos de vida saludables en la adolescencia.

Por otro lado, las investigaciones en el área de la Psicología Positiva, desde una perspectiva infanto-juvenil, son muy recientes y escasas, las cuales se han centrado en el estudio de las fortalezas personales como espiritualidad (trascendencia), optimismo, felicidad, gratitud, sentido de vida y sentido del humor, entre otros (Giménez, Vásquez & Hervás, 2010) Encontrándose en común en todos estos constructos que aminoran las emociones negativas como la depresión, el estrés y el pesimismo y aumentan las emociones positivas. (Quiceno & Vinaccia, 2014). Al respecto se ha encontrado en la literatura científica a nivel psicosocial, que las emociones

positivas se asocian con la protección psicosocial (mayor conexión social y apoyo social percibido), el optimismo y un estilo de afrontamiento más adaptativo (Seligman, 2005).

En cuanto a los factores de factores de riesgo asociados a la depresión en adolescentes, según el MINSAL (2009) se incluyen:

Factores Individuales: Estilo atribucional estable, negativo e interno, baja autoestima, competencia social limitada, presencia de trastornos comórbidos (trastornos ansiosos, abuso de sustancias, trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad, trastornos de la alimentación, trastornos de la conducta; trastornos del aprendizaje, enfermedades médicas crónicas) se asocia al desarrollo y mantención de síntomas depresivos.

Factores Familiares: Madre depresiva, historial de depresión en la familia, maltrato físico, abuso sexual, crianza sin apoyo, hostilidad, rechazo, falta de comunicación afectiva, patología psiquiátrica de los padres (incluido el abuso de sustancias, los trastornos somatomorfos y los trastornos de ansiedad en general).

Factores Ambientales y Sociales: Pobreza, hacinamiento, alta movilidad residencial, haber sufrido violencia escolar por más de 3-6 meses.

Además, es importante considerar que algunos adolescentes con depresión acuden a consultar al nivel primario por dolores físicos de diversa índole, como por ejemplo cefaleas, epigastralgia, dolor lumbar o de extremidades (MINSAL, 2013).

Otros hallazgos mencionados en la investigación de Quiceno y Vinaccia (2014) hacen alusión al rol de las emociones en tanto factores que predisponen los estados depresivos y se clarifica que las emociones positivas favorecen a la madurez psicológica, aumentan la felicidad, la supervivencia, el bienestar, la autoestima, los sentimientos de gratitud y la auto trascendencia, ya

que éstas favorecerían la espiritualidad y por lo tanto, otorgan un sentido a la continuidad del ciclo vital y de fortaleza en los momentos de adversidad

Por otro lado, se entiende que los estados emocionales negativos son factores de riesgo para la calidad de vida en general sobre todo si están asociadas a muy bajos puntajes en dominios físicos y psicosociales en esta etapa (Vinaccia, Quiceno y Moreno, 2007)

Los factores relacionados a una evolución negativa de la depresión y por lo tanto que propician una peor calidad de vida, han sido: alta expresión emocional, padres depresivos, depresión materna, padres divorciados y con múltiples episodios depresivos, alcoholismo de los padres, inicio temprano (especialmente a partir de los 13 años de edad) y severo deterioro teniendo un largo episodio depresivo antes del inicio del tratamiento, comportamiento e ideación suicida, comorbilidad con otros trastornos especialmente con la distimia e historia temprana psiquiátrica, deterioro en las relaciones con los pares después del inicio de la depresión, bajo estatus socioeconómico, eventos vitales estresantes y afrontamiento negativo, y presencia de trastornos por uso de sustancias (Essau & Chang, 2009, citados en Restrepo, 2011).

Depresión en el Proceso de Desarrollo

La depresión desde el punto de vista fenomenológico debe ser comprendida y estudiada en las diversas etapas de la experiencia humana y, por lo tanto, se debe prestar atención a aquellos síntomas que pueden evidenciarse en etapas previas del desarrollo, como especifican Pardo, G. et al (2004) en cuanto a las manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos en la adolescencia, en ocasiones se destacan algunos síntomas que aparecen desde la infancia y se recrudecen después de la pubertad. Cova, Aburto, Sepúlveda & Silva (2006) reafirman lo anterior dando cuenta que la incidencia de los trastornos depresivos sufre particularmente un aumento luego de

la pubertad, lo que ha motivado un interés creciente en desarrollar estrategias que permitan enfrentar este incremento interviniendo en niños/as y adolescentes

Una comparación clara y precisa realizan los investigadores Gillberg, Harrington y Steinhausen (2006, citados en Pavéz, 2016) acerca de las diversas manifestaciones de la sintomatología depresiva a lo largo de las etapas del desarrollo, estos indicadores van desde el período de *Lactancia* en donde las dificultades emocionales se expresan a través del cuerpo, evidenciando dificultades alimentarias, posible rumiación, vómitos y cólicos, llanto inconsolable, reticencia al abrazo, ausencia de la sonrisa social, inhibición y letargia. En la etapa *Pre-escolar*, los síntomas se presentan con perturbaciones de conducta, rabietas, desafíos, crisis clásicas (rotura furiosa de objetos) y desobediencia, además de complicaciones en el control de esfínter: enuresis y encopresis. En *Escolares*, las manifestaciones variarían entre síntomas de tristeza, auto depreciación, disminución del rendimiento académico pérdida de interés por los juegos y compañías, aburrimientos, aislamiento, rechazo al colegio, comportamiento opositorista, además comienzan a observarse las ideas de suicidio. Finalmente, en la *Adolescencia*, se observan conductas negativitas y disociales, podría existir consumo de alcohol y drogas, la impulsividad, sensación disfórica de malestar continúa consigo mismo y con los otros, fugas domiciliarias, hipersensibilidad, intentos de suicidio de carácter imprevisto, sin planificación.

Ligado a lo anterior, existen numerosas propuestas para el análisis de esta sintomatología y lo patológico en el proceso de desarrollo, una de ellas es la que nos entrega la Psicopatología Evolutiva, la cual se centra en la construcción histórica de significado entendiéndose como una perturbación en este proceso, no siendo coherente con las estructuras de significado o no pudiendo integrar las diferentes estructuras (Guidano, 1994). Desde esta perspectiva, la mirada a los factores sociales que determinan el comportamiento es inseparable de la comprensión de qué

procesos se ven afectados en el individuo y por qué, tanto en el plano biológico como psicológico; asimismo, se busca una comprensión de la forma en que los determinantes genéticos y biológicos ejercen su influencia en el desarrollo normal y anormal. (Cova, 2004)

Asimismo, dentro de este paradigma epistemológico fundado en el construccionismo evolutivo, encontramos las ideas expuestas por Piaget, en base a las cuales, el desarrollo corresponde a una sucesión de estadios en donde cada uno es más complejo que el anterior. (Cova, 2004) estos se generan a través de perturbaciones provocadas por el ambiente a los esquemas que el sujeto ha adquirido previamente, finalmente se espera que logre restablecer su equilibrio. El equilibrio puede lograrse mediante dos procesos, asimilación y acomodación, en donde el primero corresponde a una adaptación que hace el organismo frente a la realidad modificando sus esquemas preexistentes y el segundo corresponde a la incorporación de conocimientos a la estructura mental, adaptándolos de acuerdo a ella.

El proceso de equilibrio-desequilibrio comienza a edades tempranas del desarrollo en donde si no se logran los equilibrios entre asimilación y acomodación, en cualquiera de los niveles jerárquicos, el sujeto no lograría satisfacer sus necesidades y se produciría la “anormalidad” (Quiroga, 2005). Entonces, los aspectos medulares en el desarrollo psicológico que explicarían la psicopatología serían:

- Sobrevalorización o desvalorización de sí mismo lleva a distintos desajustes. El/la niño/a no logra acomodarse a la realidad, niega aspectos no asimilables y distorsiona los esquemas afectivos en relación a sí mismo, los otros y el mundo.
- Fijación en etapas rígidas de pensamiento en etapas anteriores de desarrollo, evitando la superación del egocentrismo. La persona usaría ajustes estrechos que no ajustan con la realidad.

- Estado de desequilibrio permanente de algunas estructuras implica irregularidad en los procesos de asimilación y acomodación, lo que derivaría en la imposibilidad de regular el comportamiento.

De esta manera los desequilibrios durables constituyen estados patológicos orgánicos o mentales y en contraposición, un sujeto que ha superado al egocentrismo y que se ajusta adecuadamente en lo moral, social y afectivo sería quien ha logrado una adaptación exitosa. (Guzmán, Mardones y Romero, 2011). Así, se nos hace posible entender que la depresión tiene un continuo vital de cada sujeto en relación con su medio y las construcciones de significado que ha elaborado a partir de estas.

Autoagresiones

La problemática de las autoagresiones en el/la adolescente implica una gran complejidad hoy en día, especialmente en Chile. En la última década se ha observado que las autoagresiones han ido en aumento, relacionándose con un mayor número de diagnósticos psiquiátricos severos. En aproximadamente la mitad de los casos se realiza un diagnóstico psiquiátrico, siendo Depresión Mayor el diagnóstico más frecuente y el abuso de alcohol otro factor que se asocia de forma independiente con la prevalencia de cortes en la población femenina. (Roizblatt, Thomassen, Pinedo, Román, Wolfenson, & Castillocarniglia, 2011).

Resulta complejo establecer prevalencias poblacionales basadas en la literatura científica en nuestro país, sin embargo, a nivel mundial existen estimaciones de prevalencia en poblaciones clínicas que encuentran que entre el 30 a 40% de los/las adolescentes que requieren hospitalización psiquiátrica es porque se han provocado alguna conducta de autoagresión. (Klonsky, 2011). Además, en estudios comunitarios aplicados en población general, se describe que el 13 a 29% de los/las adolescentes (Brausch & Gutiérrez, 2010) ha presentado esta conducta

al menos una vez en la vida. El mayor estudio poblacional publicado reporta conductas autoagresivas reiterativas (4 o más veces al año) en el 4% de la población adolescente (Brunner et al., 2007).

Recientemente en nuestro país, Roizblatt, et al (2011) realizaron un “Estudio de autoagresiones en un grupo de adolescentes de la región metropolitana en Chile”, donde la prevalencia encontrada en autodaño en el grupo de adolescentes encuestados fue del 19,2% lo que sugiere que la autoagresión en la población escolar debe ser tomado seriamente como un tema de salud pública en nuestro país.

El tema de la autoagresión ha sido estudiado centrando la atención principalmente en las autolesiones y, por lo general, asociadas a estereotipias. Son múltiples las motivaciones y variables implicadas en los comportamientos autoagresores (Nock & Prinstein, 2005)

Ibañez-Aguirre (2017) comprende el origen y mantenimiento de las conductas autoagresivas en la adolescencia a través del análisis funcional, en el que además de los factores personales, se tienen en cuenta variables ambientales/sociales, familiares y educacionales en particular. Se ha estudiado cuáles serían las razones que refiere el/la adolescente para practicarse autoagresiones no suicidas, siendo las más frecuentes: “el obtener control sobre una situación”, “tratar de lograr una reacción de parte de alguien” y “para detener emociones o sentimientos negativos” (Roizblatt et al., 2011).

Las formas de autoagresión pueden ser clasificadas en cuatro niveles progresivos: 1) Autoagresiones psicológicas, a modo de procedimiento de acción intrapunitiva, por ejemplo, el desprecio hacia sí mismo; 2) Comportamientos autolíticos o autolesivos, como por ejemplo, los cortes en los brazos y muslos que el individuo se aplica a sí mismo; 3) Autoaniquilación sin deseo de suicidio, como las automutilaciones; 4) Comportamientos suicidas, que tienden a

progresar: ideaciones, planificación, intentos fallidos y suicidio consumado (Klonsky, 2007; Klonsky & Glenn, 2008). Teniendo esto en cuenta, se es necesario intervenir, preventiva y terapéuticamente, con el fin de contener y retener cuanto antes las conductas autoagresivas de los/las adolescentes.

Las conductas autolesivas sin fines suicidas pueden parecer similares clínicamente a los intentos genuinos por morir, en la medida que implican agresión directa al sí mismo y en que están presentes en una amplia gama de diagnósticos psiquiátricos. Sin embargo, a diferencia de los intentos suicidas, el impacto de estas conductas es inmediato y de corta duración, y la conducta puede ser repetida muchas veces hasta obtener el efecto deseado. La conducta no es considerada como una forma de terminar con la vida, ni de "realizar una pausa y desaparecer", sino como una forma de mantener controladas las emociones negativas, detener el displacer y afrontar contingencias, para luego continuar con los objetivos trazados para la propia biografía. (Villarroel et al., 2013). El riesgo de la reincidencia de la conducta de autoagresión y la posibilidad de que esta conducta sea una alerta respecto a la presencia de alguna patología de base, debe llevar a tomar medidas para un tratamiento adecuado y para realizar los cambios que correspondan en el entorno de el/la adolescente.

Conducta Suicida en Adolescentes

La conducta suicida configura uno de los problemas más graves de salud actual. Estas conductas poseen varias manifestaciones, que van desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta aspectos más conductuales, como el intento suicida o el suicidio consumado, coincidentemente son estas manifestaciones las de mayor importancia, pues implican un daño directo a la integridad del individuo, a la familia y a la sociedad.

Shneidman (1985), definió el suicidio como el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución. Generalmente, las distintas definiciones de suicidio se distinguen en el énfasis que le dan a la intencionalidad y consciencia del acto en sí. Actualmente, se considera que, el suicida pretende acabar más bien, es el dolor psicológico y no con la propia vida (Martínez, 2008).

Es conocida la multicausalidad del comportamiento suicida en adolescentes y jóvenes, entre las cuales la enfermedad mental es una de las más preponderantes. Dentro de los trastornos más frecuentemente asociados al comportamiento suicida se encuentra la depresión (MINSAL, 2013). La depresión trae consigo dificultades de adaptación psicosocial prolongada con alto riesgo de suicidalidad, afectando directa e indirectamente a un alto porcentaje de la población adolescente.

El suicidio es una de las importantes causas externas de muerte para este grupo, en particular para los/las adolescentes de 15 a 19 años, que tuvo en 2008 una tasa de 7,7 por 100.000 y se espera que llegue a 12 por 100.000 en el año 2020. Por esto, el ministerio de salud se ha propuesto disminuir estas tasas en un 15% durante la década 2011-2020 (MINSAL, 2011).

Es importante conocer que las conductas suicidas infanto juveniles son actos que se expresan en un continuo de menor a mayor gravedad que son los siguientes: la ideación suicida, la amenaza o gesto suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado. (Bella, Fernández & Willington, 2010).

El Ministerio de Salud (2013) en el “Programa Nacional de Prevención del suicidio: Orientaciones para su Implementación” distingue diversas manifestaciones que incluye la conducta suicida:

- Ideación Suicida: pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método.

- Parasuicidio (o Gesto Suicida): acción destructiva no letal que se considera un pedido de ayuda o una manipulación sin intenciones serias de quitarse la vida.
- Intento Suicida: Conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte no logrando la consumación de ésta. De acuerdo a la gravedad y el riesgo vital que tengan estas acciones, pueden sub clasificarse en intentos leves (actos que no implican riesgo vital) o intentos serios (actos que de no mediar la intervención de un tratamiento médico eficaz, concluirían en la muerte) (Almonte, 2003).
- Suicidio Consumado: Término que una persona en forma voluntaria e intencional hace de su vida. La característica preponderante es la fatalidad y la premeditación.

Por tanto, la conducta suicida en los/las adolescentes, puede ser visto como un continuo de todas las manifestaciones definidas anteriormente, estableciendo una secuencia progresiva de gravedad creciente que se inicia en el instante en que comienzan los pensamientos y deseos de quitarse la vida, pasando posteriormente por la realización de intentos de suicidio (los cuales van incrementando la letalidad a medida que se repiten los intentos), hasta lograr finalmente el suicidio consumado (Cañon, 2011).

La ideación suicida abarca un amplio campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación: el deseo de morir, la representación suicida, la ideación suicida sin planeamiento de la acción, la ideación suicida con un plan indeterminado, la ideación suicida con una planificación determinada (Pérez, 1999) y en algunos casos una intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva (Perales y Sogi, 2000).

De la Torre (2013) agrega a la ideación suicida aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal.

Este término conviene diferenciarlo de la propia conceptualización del suicidio o acto autolesivo que resulta en muerte, así como del intento de suicidio que supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte.

Bella et al. (2010) señalan que, entre las conductas suicidas, la ideación suicida es la más frecuente. Las investigaciones en poblaciones generales muestran que una proporción importante de las personas reconocen que han presentado ideación suicida en algún momento de su vida y un tercio de ellas pasarán a planificar un intento de suicidio; sólo logran efectivizarlo el 10% (suicidio consumado).

En la conducta suicida intervienen factores psicológicos, sociales, culturales y biológicos, siendo así, un fenómeno multicausal. Por lo tanto, un punto característico de la conducta suicida en la niñez y adolescencia es su estrecha dependencia con el ambiente, lo que tiene importancia en la evaluación psicopatológica y diagnóstica, en el pronóstico y en las estrategias de tratamiento (Almonte, 2003).

Conocer los factores de riesgo permite estar alerta frente a determinadas áreas a explorar en la vida de la persona que presenta conductas suicidas. Uno de los factores de riesgo más importante para la consecución de un suicidio es el intento suicida. Se estima que entre 2% y 12% de la población joven ha tratado quitarse la vida, constituyéndose en un motivo frecuente de consulta en salud mental y en un grave problema para la salud pública. (Pávez, Santander, Carranza y Vera-Villarroel, 2009).

Dentro de los factores psicológicos y psiquiátricos, la depresión ha jugado un papel preponderante en el intento suicida, donde más de 50% de las muertes por suicidio se deben a este trastorno. En el/la adolescente con depresión existe un riesgo mayor de presentar intentos. (Pávez et al., 2009).

Bajo esta misma línea, cabe mencionar que dentro de los factores que aumentan la frecuencia de ideación suicida de acuerdo a lo expuesto por el Ministerio de Salud (2011) se encuentran: sentirse solo la mayor parte del tiempo, presentar síntomas depresivos, presentar consumo problemático de alcohol y ser intimidado por sus compañeros. A lo anterior, el MINSAL (2011) suma eventos estresantes como rupturas, pérdida de seres queridos, conflictos con amigos, o relacionados con trabajo o escuela, así como eventos vinculados a estigma, humillación y vergüenza, pueden asociarse a tentativas de suicidio.

En cuanto al ámbito familiar, se ha estudiado la relación de su funcionamiento con el intento suicida, destacándose los siguientes factores de riesgo: dificultades en las relaciones; comunicación conflictiva; bajos niveles de cercanía afectiva; altos niveles de control parental; estructura familiar inestable; historia familiar con depresión; desórdenes psiquiátricos; abuso de sustancias; conducta suicida y conflictos legales del padre, entre otros. (Pavez et al., 2009).

Abuso Sexual

Definir abuso implica diversas concepciones, este concepto ha ido transformándose a través del tiempo en la medida que la sociedad adulta ha ido visibilizando a niños/as y los/las adolescentes, consensuándose que el abuso a estos niños/as y las/los adolescentes implican una vulneración a sus derechos, reconocidos como sujetos de derecho a partir de la promulgación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (1990).

El Código Penal chileno (2007) estipula como delito el abuso sexual, considerando distintos tipos en el contexto del abuso sexual infantil/adolescente, como la violación, estupro, sodomía, entre otros delitos sexuales. En este documento legal se entiende por acción sexual cualquier acto de significación sexual y de relevancia realizado mediante contacto corporal con la víctima, o

que haya afectado los genitales, el ano o la boca de la víctima, aun cuando no hubiere contacto corporal con ella.

De acuerdo al Ministerio de Salud (2011) se entiende como abuso sexual infantil al involucramiento de un niño, niña o adolescente menor de 15 años en actividades sexuales no acordes a su nivel evolutivo, es decir, al desarrollo emocional, cognitivo o social esperado para la edad. El abuso sexual puede ocurrir con o sin contacto físico, mediante conductas que van desde provocaciones verbales hasta violencia con penetración anal, vaginal o bucal.

El/la niño/a o el/la adolescente víctima se sitúa entonces en un lugar de ambivalencia, donde no logra comprender el sentido de estas actividades de carácter sexual, resultando el ejercicio de la sexualidad traumático e inapropiado para su edad (Álvarez, 2003), en tanto es sexualmente inmaduro y no conoce cabalmente el significado social y los efectos a nivel psicológico de los encuentros sexuales (CAVAS, 2003).

En relación a los factores de riesgo de la ocurrencia de abuso sexual infantil y adolescente, el Ministerio de Salud de Chile (2011) realizó una recopilación de estudios, encontrando factores familiares que pudiesen influir como padres ausentes, madre con problemas de salud o discapacitada, uso de castigo físico y violencia intrafamiliar, hogares monoparentales, así como aquellos con presencia de un padrastro en el hogar y madres con antecedentes de haber sido abusadas. En cuanto a factores socioeconómicos, se encuentra la pobreza, promiscuidad, aislamiento social, desprotección emocional, así como toda situación que produzca un ánimo depresivo.

Los estudios que han investigado las diferencias de género de la víctima sugieren que es menos probable que los hombres que han sufrido abuso sexual infantil sufran ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático que las mujeres, pero es tan o más probable que

sean diagnosticados de trastorno antisocial de la personalidad o que tengan problemas de abuso de sustancias y consumo de alcohol (Gault-Sherman, Silver & Sigfúsdóttir, 2009). Otras investigaciones han informado que los hombres abusados sexualmente en la infancia cometen más intentos de suicidio y muestran mayores tasas de ideación suicida que las mujeres víctimas de abuso sexual (Luster & Small, 1997).

El abuso sexual, al ser una forma grave de maltrato, altera el desarrollo biopsicosocial actual y futuro de un niño/a o el/la adolescente que ha sido víctima, pudiendo ser un factor de riesgo importante en la adultez y a su vez, un potencial generador de cuadros de depresión y/o otras patologías mentales asociadas. Si bien existen pocos estudios que establezcan una relación a largo plazo entre el abuso sexual infantil y otros trastornos neuropsiquiátricos, hay algunas evidencias que señalan que el riesgo de presentar en la vida adulta síntomas depresivos o ansiosos, algún intento de suicidio, abuso de alcohol o Síndrome de Stress Postraumático, es cerca de tres veces mayor en niños/as o los/las adolescentes víctimas de abuso, que en la población no abusado. (MINSAL, 2011). Dentro de esta misma línea Echebeurúa y De Corral (2006) manifiestan que los problemas más habituales son las alteraciones en la esfera sexual - disfunciones sexuales y menor capacidad de disfrute, especialmente-, la depresión y el trastorno de estrés postraumático, así como un control inadecuado de la ira (en el caso de los varones, volcada al exterior en forma de violencia; en el de las mujeres, canalizada en forma de conductas autodestructivas).

En la víctima la experiencia del abuso sexual puede repercutir negativamente en su desarrollo psicosexual, afectivo social y moral. En algunas oportunidades las consecuencias del abuso pueden permanecer y reactivarse en el curso de la vida de la víctima (Almonte, Insunza & Ruiz, 2002).

Los problemas más comúnmente observados son depresión o ansiedad, que se dan en un 29% de los casos; luego, comportamiento sexual inapropiado en un 17%, problemas comportamentales en un 14%, grupo de pares que genera mala influencia en un 13% y asistencia irregular al colegio en un 10% (Trocmé et al., 2001). También, es más probable que el/la adolescente abusado/a sexualmente, realicen actividades delictivas, sufran trastornos de la alimentación, problemas físicos de salud, consuman drogas, lleven a cabo más conductas suicidas y autolesivas y conductas sexuales tempranas y de riesgo (Feiring, Miller-Johnson y Cleland, 2007).

Un estudio importante a destacar es el realizado por Pérez-González & Pereda (2015) *“Revisión sistemática de la prevalencia de ideación y conducta suicida en menores víctimas de abuso sexual”*, que deja de manifiesto la elevada prevalencia de conducta suicida en el/la adolescente víctimas de abuso sexual infantil. Los resultados muestran una elevada frecuencia de ideación y conducta suicida como consecuencia del abuso sexual de menores, A partir de esta revisión se obtiene que las víctimas de abuso sexual infantil tienen entre 2 y 3 veces más riesgo de presentar ideación suicida y entre 3 y 4 veces más riesgo de cometer algún intento de suicidio que las no víctimas.

A nivel internacional existe una variabilidad considerable en el tipo y en la intensidad de la sintomatología que presentan las víctimas, existiendo algunas que desarrollan complejos e intensos cuadros, mientras que otras no presentan ningún tipo de síntoma (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005). Desde esta perspectiva se considera que los/las adolescentes expuestos/as a las formas más graves de abuso sexual serían los que presentan sintomatología más intensa, en comparación con aquellos que experimentan abusos menos frecuentes o cometidos por personas que no son importantes en sus vidas (Berliner & Elliot, 2002). Sumado a

lo antes dicho Echeburúa y De Corral (2006) lo explican señalando que a mayor intensidad y cronicidad del abuso, el/la adolescente desarrollaría un sentimiento de indefensión y de vulnerabilidad, lo que haría más probable la aparición de sintomatología.

Tratamientos para la Depresión Infanto-Juvenil

Los síntomas depresivos en adolescentes como en cualquier etapa del desarrollo siempre exigen un tratamiento multimodal, incluyendo psicoeducación e intervenciones psicoterapéuticas. El objetivo de los distintos tipos de tratamiento es la remisión del trastorno depresivo (Taurines, 2011).

La elección de tratamiento dependerá de una serie de factores específicos tales como la etapa de desarrollo, la gravedad de la depresión, las características clínicas del caso, recursos disponibles, la historia de respuestas al tratamiento, trastornos comórbidos, las dinámicas familiares y ambientales, así como las preferencias del paciente y su familia (Sakolsky, 2012).

La psicoeducación, terapia de apoyo, terapias cognitivo-conductual, interpersonal, contextual de regulación emocional, sociales y farmacológicas son elementos importantes de considerar en la formulación del plan de tratamiento de un adolescente deprimido. Decidir cuál es el nivel de la atención o qué modalidad de tratamiento es la indicada, por ejemplo, psicoterapia y/o tratamiento farmacológico, así como el desarrollo de un plan de contención de crisis son componentes importantes de la evaluación y la intervención temprana. También es importante determinar qué parte de la atención y del tratamiento podrá proporcionarse por los profesionales y equipos de salud general en la atención primaria (MINSAL, 2013).

Psicoterapia

Las investigaciones sobre depresión infantil y adolescente han progresado en los últimos 20 años, aunque los logros han sido desiguales, proliferando los estudios epidemiológicos y de

validación de instrumentos de evaluación en comparación con los de desarrollo de protocolos terapéuticos y de valoración de tratamientos. Respecto a la depresión adolescente Brent (1996) refiere que los tratamientos para adolescentes son relativamente poco sistemáticos y no incorporan los avances de la investigación. En líneas generales se puede afirmar que el tratamiento psicológico de la depresión adolescente ha consistido en adaptaciones de propuestas dirigidas al trabajo con adultos (Méndez, Rosa, Montoya, Espalda, Olivares & Sanchez-Meca, 2002).

Actualmente, eficacia de intervenciones psicoterapéuticas para el tratamiento de la depresión en población adolescente tiene evidencia de resultados positivos en la remisión sintomática. No obstante, la psicoterapia se desarrolla en enfoques diversos, diferenciados en sus bases teóricas, tipo de actividades e implementación, duración y frecuencia del tratamiento o participación de otras personas en la terapia (Weisz, McCarty & Valeri, 2006).

Los objetivos de la psicoterapia por lo general independiente del enfoque o base teórica incluyen la reducción de la gravedad de los síntomas al mejorar la autoestima, aumentar la tolerancia a la frustración, aumentar la autonomía, incrementar la capacidad para disfrutar las actividades de la vida diaria y establecer buenas relaciones con los pares. En el caso de los/las adolescentes con ideas o conductas suicidas, el objetivo principal es controlar los síntomas que ponen en riesgo la vida o la integridad física de el/la adolescente y/o familiares.

Las intervenciones psicoterapéuticas con mayor evidencia teórica en adolescentes son la terapia cognitivo conductual y la terapia interpersonal (Dopheide, 2016). La evidencia en relación con la eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de niños/as y adolescentes con depresión, permiten determinar que la eficacia de los tratamientos suele ser independiente del contexto donde se realiza la intervención, a su vez los programas de intervención deben

considerar la etapa del desarrollo, los factores culturales, el género, y la presencia de comorbilidad en el tratamiento de los/las adolescentes deprimidos/as. Los programas con modalidad grupal de sólo adolescentes con enfoque cognitivo conductual y aquellos con modalidad individual con enfoque interpersonal fueron clasificados con eficacia bien establecida (MINSAL, 2013).

Por su parte la Terapia Cognitiva de la Depresión fue desarrollada por Aaron Beck, desde finales de los años cincuenta (Beck, 1991). Este tipo de terapia tiene el gran mérito de ser un tratamiento diseñado específicamente para la depresión (sin perjuicio de su extensión posterior a otros trastornos), que ha sido probada en relación con los tratamientos establecidos en su campo, que no eran otros que los tratamientos farmacológicos. En este sentido, la Terapia Cognitiva se ha hecho un nombre, como tratamiento psicológico, en el ámbito psiquiátrico, y ha llegado a ser una terapia de referencia para cualquier otra (farmacológica o psicológica) que quiera establecerse. La Terapia Cognitiva ofrece un planteamiento completo de la depresión, de manera que dispone de una teoría, de una evaluación diagnóstica y de un procedimiento terapéutico. Concibe la depresión en términos de pensamientos negativos sobre sí, el mundo y el futuro, debidos a ciertos esquemas depresógenos y a errores lógicos en el procesamiento de la información. Es un procedimiento altamente estructurado, de 15 a 25 sesiones aproximadamente, la terapia se concibe como un enfoque psicoeducativo, diseñado tanto para modificar cogniciones como conductas, la evidencia teórica muestra una alta eficacia en este tipo de cuadros (Beck, 1991).

Otro modelo psicoterapéutico que ha demostrado eficacia en el tratamiento de adolescentes con depresión es la Terapia Interpersonal, a diferencia de la Terapia Cognitiva Conductual, esta no ofrece una teoría general de la depresión, sino un procedimiento terapéutico de base clínico-

empírica. Sobre la observación clínica de la importancia de cuatro áreas en la depresión el duelo, las disputas interpersonales, la transición de rol y los déficits en habilidades sociales. Este tipo de terapia es estructurada por fases y objetivos, según las áreas señaladas, para ser llevada en 16 sesiones, de 50 a 60 minutos, programadas semanalmente (por lo común, primero dos a la semana y después una semanal). Cuenta con un manual de aplicación (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984).

De los estudios aleatorios disponibles respecto de terapia familiar se observó que la terapia familiar es útil en la reducción de la sintomatología depresiva y los conflictos familiares, también en comparación con la Terapia Cognitiva Conductual individual, así como en la reducción de la ansiedad e ideación suicida. La terapia familiar ha sido más efectiva que la lista de espera en la reducción de la sintomatología depresiva, no así en comparación con la Terapia Cognitiva Conductual. A los 6 meses el grupo tratado con terapia familiar presenta elevadas tasas de remisión. Si bien la evidencia es limitada, la terapia familiar ha mostrado ser más efectiva en la reducción de síntomas que la lista de espera e igual que la terapia psicodinámica, en adolescentes. La psicoterapia sola puede ser suficiente en la depresión leve a moderada, sin embargo, en el caso de síntomas severos de trastornos depresivos mayores la combinación con un antidepresivo es necesaria (Taurines, 2011).

Existen dificultades para evaluar la eficacia de las intervenciones psicológicas mediante ensayos clínicos aleatorizados. Controlar las variables dependientes del terapeuta es complejo, la variabilidad al momento de aplicar una misma técnica ha significado la necesidad de utilizar manuales de tratamiento, así como de evaluar la adherencia de terapeuta al manual. En cuanto al diseño, los pequeños tamaños muestrales, la imposibilidad del doble ciego y del enmascaramiento son otras de las limitaciones de la evaluación de las intervenciones

psicológicas. Finalmente, las variables de medida de resultado distintas, así como las características clínicas, sociales y demográficas de la población seleccionada, dificultan la comparación entre estudios. Sin embargo, existen resultados que respaldan los efectos positivos de las intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento de la depresión, aunque la magnitud de estos efectos ha ido decreciendo en evaluaciones recientes, probablemente a causa de un mayor rigor metodológico (MINSAL, 2013).

Intervenciones psicosociales

Uno de los propósitos de la psicoeducación es el de compartir el proceso de tratamiento y la toma de decisiones además de posicionar a los/las cuidadores/as y al adolescente como colaboradores en su propio cuidado.

La psicoeducación se refiere a la educación de los miembros de la familia y del adolescente sobre las causas, síntomas, curso, y los diferentes tratamientos de la depresión y los riesgos asociados a estos tratamientos. En general es considerada como parte de las técnicas de la terapia cognitivo conductual (MINSAL, 2013).

Intervenciones en el ámbito familiar, social, escolar y del entorno parece haber evidencia a favor de las intervenciones psicológicas tempranas y del tamizaje en el ámbito escolar, en las tasas de reducción de la depresión o de la sintomatología depresiva.

Respecto de las intervenciones en el ámbito familiar, sólo se encontró evidencia para la psicoeducación a la familia y algunos tipos de terapia psicológica que incorpora a la familia, como ya se ha revisado anteriormente. Desde el ámbito social de intervención se evidencia un vacío en la sistematización de su labor (comunitarias o aquellas destinadas al uso del tiempo libre), dado que no se encuentran acciones de tratamiento en este entorno. No podemos afirmar que las intervenciones psicosociales familiares y del entorno no sean efectivas, dado que no se

encontraron estudios en estas materias para el tratamiento de adolescentes con depresión (MINSAL, 2013).

Terapia reparatoria

La psicoterapia, sea ésta individual o grupal, es un proceso relacional. En este encuentro personal, sin embargo, el adulto o terapeuta establece una relación basada en el reconocimiento de las necesidades infantiles, donde prima el respeto y la validación del niño como persona (Martínez, 1993).

Lo antes dicho hace que la psicoterapia en casos de abuso tenga un *fin correctivo*, pues al sentirse seguro en la relación terapéutica, el niño tiene la oportunidad de vivenciar el aspecto gratificante que tienen las relaciones humanas. Junto con ello la psicoterapia tiene un *fin reparatorio*, orientado a la elaboración e integración de las vivencias traumáticas (Gil, 1991).

El proceso de elaboración implica reconocer y contactarse con las emociones ligadas a la experiencia abusiva, así como revisar los significados asignados a la misma. De este modo, la psicoterapia debe convertirse en un lugar protegido al interior del cual el niño pueda explorar su comprensión de lo ocurrido (Karp & Butler, 1996).

Hay tres etapas fundamentales dentro de un proceso de superación de los efectos del abuso sexual que tienen una gran implicancia en psicoterapia, que de acuerdo a lo recopilado por Llanos y Sinclair (2011) son las siguientes:

- *Reconocerse como víctima.* Supone registrar la situación de desigualdad jerárquica y abuso de poder a la que se estuvo sometido en el pasado, como niño en relación con el abusador. Es un aspecto central en la terapia ya que facilita reconocer el abuso como tal y permite la legitimación del sufrimiento vivido.

- *Reconocerse como sobreviviente.* Supone identificar los recursos personales que le han permitido protegerse del abuso y sobreponerse a sus efectos a lo largo del tiempo. Esta etapa implica que haber sido víctima de abuso en el pasado no significa estar condenado a padecer sus efectos toda la vida. Diferenciar el abuso de sus efectos contribuye a circunscribir el daño y realzar una imagen de capacidad progresiva en cuando a la superación del abuso.
- *Celebrar la vida.* Supone recuperar la posibilidad de imaginar un futuro libre de la influencia del abuso como un factor determinante en la estructuración de la propia vida. En otras palabras, esta etapa involucra recuperar la sensación de control sobre la propia vida y la posibilidad de desarrollarla en forma constructiva y satisfactoria.

Siguiendo las ideas de Llanos y Sinclair (2011) se desarrollan cuatro focos terapéuticos interrelacionados, que se articulan de manera flexible, según las características y necesidades de cada paciente: (a) creación de un marco comunicacional que permita integrar el abuso. Este foco parte por el solo hecho de *creer* en el relato de la persona y mantener la aceptación hacia ella. Hablar del abuso permite romper el aislamiento emocional propio del secreto, permite objetivar lo ocurrido y contextualizar las propias reacciones. Sin embargo, las personas pueden variar mucho en cuanto a su necesidad de explicitar los detalles del proceso abusivo por lo que el espacio terapéutico debe ser *flexible en la forma de abordar el abuso*. Dentro de este marco también ocurre la *semantización de la experiencia*, en donde se otorga carácter de realidad a los hechos vividos y favorece la validación de las percepciones y vivencias asociadas al abuso. Para llegar a una *Deconstrucción del Discurso que Mistifica el Abuso*, lo que implica hablar las cosas por su nombre, en un lenguaje descriptivo y específico. Se trata de volver a los hechos puntualizando la responsabilidad del abusador y la desculpabilización de la víctima; (b)

Contención y Elaboración de los Sentimientos Asociados al Abuso. Parte desde clarificación e identificación de los efectos del abuso que resultan más evidentes, perturbadores y/o interferentes en la vida de la persona y la normalización de los mismos como reacciones esperables, frecuentes y comprensibles a la luz de la dinámica abusiva. Se sigue con la identificación de estrategias de supervivencia y superación de los efectos del abuso, para ayudar a la persona a contactarse con los propios recursos para enfrentar problemas y superar dificultades, lo que permite reconocerse como sobreviviente. Para terminar con la identificación de áreas libres de abuso, destacando las áreas en donde la persona funciona adaptativamente, lo cual permite rescatar recursos, áreas de competencia y experiencias vitales protectoras; (c) reconstrucción de una imagen positiva de sí mismo: que permita a la persona identificar, contactarse y desarrollar sus propios recursos y áreas de fortalezas en base a la autovaloración, a la desculpabilización y al desarrollo de la competencia personal; (d) desarrollo de un estilo de vida constructivo: En términos generales, esto se relaciona con el establecimiento de relaciones no abusivas en distintos ámbitos, en donde la persona pueda protegerse de nuevas victimizaciones, mediante tres aspectos fundamentales como lo son: recuperación de claves de confiabilidad en otros que permitan discriminar relaciones abusivas y no abusivas; conciencia y valoración de las propias necesidades y derechos; manejo adecuado de los límites interpersonales en distintos ámbitos de relación.

Tratamientos farmacológicos

Las intervenciones con fármacos antidepresivos en niños y adolescentes han sido producto de una extensa discusión, habiendo limitada evidencia de la eficacia del tratamiento de la depresión en niños/niñas y adolescentes. Sin embargo, el tratamiento antidepresivo puede considerarse como justificado, considerando los riesgos potenciales de no tratar la enfermedad (MINSAL,

2013). La siguiente imagen resume las recomendaciones de diferentes instituciones sobre el uso de antidepresivos en niños y adolescentes:

| INSTITUCIÓN | RECOMENDACIÓN |
|--|--|
| <i>Royal College of Paediatrics and Child Health</i> , 2000. Reino Unido. | - Uso de antidepresivos si no hay otra alternativa y si existe indicación justificada. |
| <i>Committee on Safety of Medicines (CSM)</i> , 2003. Reino Unido. | - Fluoxetina: balance riesgo/beneficio favorable en menores de 18 años. - Se desaconsejó el uso de otros antidepresivos |
| <i>Food and Drug Administration (FDA)</i> , 2004. EE.UU. <i>Food and Drug Administration (FDA)</i> , 2007. EE.UU. | - Advierte de la posible asociación entre el uso de antidepresivos y el aumento de conducta o ideación suicida. - Fluoxetina: único fármaco autorizado. No descartable la ideación suicida en mayor medida al tratar con cualquier fármaco antidepresivo. |
| <i>Committee on Human Medicinal Products de la Agencia Europea de Evaluación de Fármacos (EMA)</i> ; 2005. | - Fluoxetina: beneficio supera riesgo potencial. - Advierte del posible aumento de hostilidad y pensamientos suicidas. |
| Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS); 2005-06; España. | - Fluoxetina: balance riesgo/beneficio favorable. - No deberían utilizarse otros antidepresivos. - Necesarios más estudios para garantizar seguridad. |
| <i>Food and Drug Administration (FDA)</i> , 2007. EE.UU. | - Escitalopram es aprobado para su uso en pacientes pediátricos sobre los 12 años |

Figura 1. Recomendaciones Sobre Uso de Antidepresivos. Fuente. MINSAL, 2013.

Antes de comenzar con los tratamientos farmacológicos y el uso de antidepresivos se deberá descartar que la causa subyacente de la sintomatología sean enfermedades orgánicas, abuso de drogas, efectos secundarios o por intoxicación con fármacos o drogas. Al inicio de la terapia, tanto el adolescente como las personas que estén a su cuidado tienen que estar perfectamente informados sobre el diagnóstico y las opciones de tratamiento como ya se comentó anteriormente.

En nuestro país la Fluoxetina está aprobada para el tratamiento de la depresión con o sin ansiedad y del trastorno obsesivo compulsivo en adultos y niños desde los 7 años de edad, mientras que el Escitalopram no está autorizado para uso en niños. Los adolescentes deprimidos tratados con fármacos antidepresivos tienen una tasa de respuesta relativamente positiva oscilando entre el 40% a 70%, aun cuando aún sigue siendo objeto de discusión la tasa de respuesta placebo (MINSAL, 2013).

Aunque la Fluoxetina es a menudo la primera opción de medicamento para el tratamiento de la depresión en los adolescentes, debido a su eficacia, menor riesgo y bajo costo, hay muchas situaciones en las que se requiere elegir otro tipo de fármaco, como por ejemplo frente a interacciones farmacológicas, falta de respuesta previa, etc. Este nivel de comprensión es importante, ya que los efectos de la abstinencia de un fármaco de vida media corta pueden confundirse con los efectos secundarios del mismo, empeorando la sintomatología (MINSAL, 2013).

Pronóstico depresión infanto-juvenil

Varios estudios recientes han encontrado que es ligeramente más baja la prevalencia del trastorno depresivo en adolescentes que en adultos, afectando a 2 a 5% de la población general de adolescentes en algún momento de sus vidas (Fleming y Offord, 1990). Datos del Proyecto de Depresión Adolescente de Oregón (Oregon Adolescent Depression Project) indican que la prevalencia acumulativa de Trastorno Depresivo a los 18 años de edad es del 28% (Lewinsohn, Rohde, Klein y Seeley, 1999). La prevalencia acumulativa a los 18 años de edad es del 35% para las mujeres y del 19% para los hombres.

De acuerdo con lo encontrado en adultos, la depresión es, aproximadamente, dos veces más prevalente en mujeres que en hombres y en mujeres se observa de modo predominante a la edad de 14 años. La depresión en la adolescencia no es una condición benigna o transitoria, sino que está asociada a importantes déficits psicosociales durante la adolescencia y puede tener efectos negativos en el funcionamiento durante los primeros años de la etapa adulta (Amenson & Lewinsohn, 1981).

Experimentar un episodio de depresión durante la adolescencia incrementa enormemente la probabilidad de sufrir de nuevo depresión o de desarrollar abuso de sustancias durante los primeros años de la etapa adulta (Amenson & Lewinsohn, 1981).

Teniendo en cuenta las secuelas negativas, resultaría claramente beneficioso el tener tratamientos eficaces que se aplicaran en momentos tempranos de la vida para aliviar la depresión, antes de que ocurran muchas de estas consecuencias negativas. Tales intervenciones podrían ayudar a prevenir la recurrencia de la depresión en los que han respondido al tratamiento, ya que el porcentaje de recaída es alto (Lewinsohn, Zeiss & Duncan, 1989) y prevenir la progresión hacia una depresión más grave en los que están ligeramente deprimidos debido a que la depresión leve es un importante factor de riesgo para una depresión más grave (Amenson & Lewinsohn, 1981).

La relación en psicoterapia

Independientemente de la corriente o línea teórica en la que se sustenta la práctica psicoterapéutica, actualmente existe un fuerte consenso acerca de la importancia de la relación terapéutica en los logros u objetivos del tratamiento (Etchevers, et. al, 2010).

Desde una perspectiva sistémica, parece lógico que cuando la familia forma parte de la estructura que mantiene el problema (Escudero, 2009), bien sea por su forma de funcionar – estructura familiar–, o por las soluciones que intentan –patrones de solución ineficaces con el adolescente–, o debido a carencias en el plano afectivo –dificultades de apego–, la intervención tienda a incluir a la familia como recurso para el cambio.

Se estima que, desde el rol profesional, los/las psicólogos/as pueden aportar al proceso psicoterapéutico acogiendo el relato de vida entregado por el/la adolescente, brindándole un espacio en cual se sientan confiados al momento de expresarse. Según Escudero (2011) los

procesos psicoterapéuticos en donde los/las psicólogos/as se muestran cálidos, activos, con “los pies en la tierra”, informales, de confianza, optimistas, seguros, con sentido del humor, interesados por ellos y comprensivos, tendrían mejores resultados en los procesos de intervención. Asimismo, se considera a la reciprocidad como un aspecto central en el desarrollo de la conexión emocional: las conductas positivas que muestran los clientes (por ejemplo, la confianza, la cordialidad, el cumplimiento y la receptividad) han de ser correspondidas por la autenticidad, la calidez, la aceptación, y la empatía del terapeuta.

Además, se contempla en el trabajo con el/la adolescente, la importancia de desarrollar una relación no sólo con él o ella, sino que también con su familia, con el objetivo de crear un espacio colaborativo, en que el que todos puedan ser parte del cambio en los procesos de intervención. Como afirma Beck, et. al. (2006), la creación del sistema terapéutico se enfrenta con mucha frecuencia al hecho de que concurren motivos y expectativas en conflicto (Beck y otros, 2006) y el terapeuta ha de afrontar la ardua labor de establecer un contexto de colaboración con el grupo de personas que asisten a la sesión, para lo cual tiene que establecer una alianza con cada individuo y con el conjunto de todos ellos.

Otros elementos que se avocan a las características de el/la psicólogo/a y que favorecen a la relación psicoterapéutica, aluden a la importancia de la conexión emocional, esta se identifica muy bien en el trabajo con el/la adolescente cuando él/ella se atreve a comentar alguna cosa desagradable que le produce ansiedad o angustia. En esos momentos, la escucha adecuada del profesional genera gran conexión emocional: el adolescente va a sentirse acompañado, menos aislado en su experiencia de dolor, no juzgado sino comprendido, y generalmente aliviado (Escudero, 2011).

Nardi (2004) plantea, que es fundamental una actitud del terapeuta que considere las emociones negativas no como algo absolutamente inútil y más aún dañino, sino, por el contrario, como un elemento fundamental sobre el que se debe atender en forma directa el elemento principal del cual recabar las informaciones básicas para entender cuál es el proceso en curso en el sujeto.

Por lo tanto, no es tarea del terapeuta el instruirlo y uniformizarlo en relación a modelos externos estándares considerados más funcionales, sino la de guiarlo en el descubrimiento de los procesos tácitos y explícitos a través de los cuales se ha desplegado el sufrimiento en el curso de su historia del desarrollo.

Es necesario, por lo tanto, orientar el trabajo terapéutico hacia la reconstrucción de la narrativa emocional, de modo de permitir al adolescente reconocer sus propios estados emotivos, colocándolos en un relato más adaptativo, coherente con la propia historia evolutiva y el significado personal que se está construyendo.

Finalmente, en base a lo expuesto por este autor, para obtener un éxito positivo es, sin embargo, indispensable poner en marcha intervenciones cada vez más empáticas, oportunas y cuidadosas, utilizando enfoques informales e involucrando, cuando es necesario, las figuras significativas (padres, etc.), las que son ayudadas para comprender el malestar del adolescente y no culpabilizarlos en relación a los elementos desadaptativos presentes en las relaciones de apego.

Marco Metodológico

Tipo de Metodología

El término *metodología* designa el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas (Bogdan & Taylor, 1987). La presente investigación utiliza un enfoque cualitativo, en el cual no se adaptan al individuo categorías teóricas preestablecidas, sino que la especificidad del sujeto se construye en el proceso de aproximación metodológica al individuo investigado, donde la teoría proporciona un marco para dar sentido a lo que se produce en la relación con el individuo investigado, estando la consistencia del conocimiento dentro de la organización del individuo y no en la organización de la teoría. Desde este enfoque es el investigador el que tiene que construir el conocimiento del otro como parte del momento metodológico, en una relación comunicativa con su objeto de estudio, que es el individuo que se expresa, piensa y se compromete afectivamente. (González, 2000).

Desde este enfoque, el propósito de estudio es la comprensión centrada en la indagación de los hechos, donde los investigadores se comprometen en la interpretación de los sucesos y acontecimientos en virtud del objetivo de construir conocimiento (Rodríguez, 1996). En esta investigación no se pretende cuantificar elementos comunes ni reducir a los/las psicólogos/as los fenómenos estudiados, sino más bien explorar con riqueza los significados de su experiencia mediante la interacción con los informantes de un modo natural, no intrusivo y comprendidas como un todo (Bogdan & Taylor, 1987).

En un nivel ontológico esta investigación concibe la realidad como dinámica, global y construida en un proceso de interacción con la misma. Mientras que en el nivel epistemológico asume una vía inductiva, partiendo de una realidad concreta y de los datos que ésta aporta para desarrollar una teorización posterior (Rodríguez, 1996).

Justificación de la Metodología Utilizada

Una de las desventajas que generalmente se le ha atribuido a la investigación cualitativa es la falta aparente de validez y confiabilidad que tiene, entendida de acuerdo a los cánones de la investigación cuantitativa, sin embargo, la extrapolación de estos criterios a esta investigación es contraproducente, debido a que se transgredirían sus propósitos, objetivos y su naturaleza.

En este sentido, los criterios que comúnmente se utilizan para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo y por ende su rigor metodológico son la dependencia, credibilidad, auditabilidad y transferibilidad (Guba & Lincoln, 1989; Ruiz e Ispizua, 1989; Franklin & Ballau, 2005; Mertens, 2005).

La dependencia o consistencia lógica es el grado en que diferentes investigadores que recolecten datos similares en el campo y efectúen los mismos análisis, generen resultados equivalentes. De acuerdo a Franklin & Ballau (2005) existen dos clases de dependencia, la interna (grado en el cual diversos investigadores, al menos dos, generan temas similares con los mismos datos) y la externa (Grado en que diversos investigadores generan temas similares en el mismo ambiente y período, pero cada quien recaba sus propios datos). En ambos casos, ese grado no se expresa por medio de un coeficiente, sólo se verifica la sistematización en la recolección y el análisis cualitativo (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Las amenazas a la dependencia” pueden ser, básicamente los sesgos que pueda introducir el investigador en la sistematización durante la tarea en el campo y el análisis, el que se disponga de una sola fuente de datos y la inexperiencia del investigador para codificar.

Por otro lado, según Castillo y Vásquez (2003) la credibilidad se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una

verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Así entonces, la credibilidad de esta investigación la referiremos a cómo los resultados de esta investigación son verdaderos para los participantes y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno estudiado.

El tercer elemento del rigor metodológico es la auditabilidad, llamada por otros autores confirmabilidad, se trata de la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ellos en la materialización de este estudio existirá un registro y sistematización de las decisiones e ideas que como equipo hayan surgido respecto al estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones similares.

La transferibilidad o aplicabilidad se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. En la investigación cualitativa la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello en esta investigación se describirá densamente el lugar y las características de los participantes con las cuales fue estudiada el fenómeno y se transmitirá que la transferibilidad es una función directa de la homogeneidad de los contextos, entendiendo que el fenómeno estudiado no puede entenderse fuera de este.

Método de Análisis

El análisis narrativo en investigación cualitativa ha experimentado un creciente desarrollo en la última década. La cual comprende una familia de enfoques de análisis de distintos tipos de textos que tienen en común una forma narrativa, dadas sus características prototípicas de referir secuencias de hechos y consecuencias.

Desde este marco de análisis se considera que las narraciones no reflejan el pasado, sino más bien lo refractan, pues los narradores interpretan el pasado en lugar de reproducirlos como copia exacta. Esto supone que la verdad en una narración no está en sus fieles representaciones del mundo vivido, sino en las conexiones que los narradores forjan entre el pasado, presente y futuro. El análisis de estas narraciones permite crear conexiones entre la biografía personal y el entorno social, entre lo personal y lo público. (Riessman, 2003).

Bruner (1991) señala al respecto lo que es una narración, quien afirma que esta consta de una secuencia singular de sucesos, estados mentales, y acontecimientos en los que participan los seres humanos como personajes o actores. Estos componentes no poseen significados propios, su significado lo da el lugar que ocupan en la configuración global de la totalidad de la secuencia, su trama o fábula. La narración estaría compuesta por la secuencia de eventos y de la trama total que se configura, de esta forma se constituye una dialéctica entre ambos elementos, que se influyen mutuamente y que no pueden ser considerados aisladamente pues son interdependientes. De esta misma forma para conocer el significado de un evento o experiencia vital específica, es necesario conocer la trama desde donde se posiciona y que le permite adquirir sentido y significado.

Dados estos antecedentes, la problemática a estudiar será abordada desde una metodología de análisis inspirada en la fenomenología de Husserl (1982). Esta forma de estudio se posiciona desde un paradigma muy distinto al propuesto por la ciencia positiva, la cual toma como elementos primordiales, los parámetros de medición, la ocurrencia del hecho y la determinación de sus variables. En la fenomenología lo que prima es la experiencia de lo vivido y que particularidades se desprenden de la propia subjetividad del sujeto mediante los significados que otorga este. La investigación basada en el enfoque fenomenológico, busca la comprensión de los

fenómenos dados a la conciencia y compromete el estudio de la vivencia y la descripción de la esencia de los fenómenos , en función de como aparecen en la conciencia (Rodríguez, Gil y García, 1999, citados en Pavéz, 2016).

De esta manera, esta investigación se sitúa desde una corriente del pensamiento psicológico en la cual se entiende que el fenómeno ocurre no en la interioridad misma del sujeto, sino en la relación donde se vinculan sujeto y mundo: en la experiencia vivida por el sujeto y la significación que esta tiene para él en un momento determinado. No es, como piensa el psicólogo objetivista, que lo vivido por la conciencia constituya de por sí un saber de la conciencia, sino que en una posición que radicaliza esta postura, se preocupa por entender a la conciencia en la emergencia originaria, es decir en un primer momento cuando se percibe al mundo sin tematizarlo en términos de objetividad y definición. En esta dimensión pre-conceptual, sujeto y mundo se hallan identificados y ningún orden lógico y determinante entra en juego en esta identificación (Merleau-Ponty, 1975, citado en Figueroa, 2008).

Las Etapas del Método Fenomenológico.

El método fenomenológico se estructura en tres etapas resumidas y expresadas por Trejo (2010) las cuales corresponden a:

Etapa descriptiva

El objetivo de esta etapa es lograr una descripción del fenómeno de estudio, lo más completa y no prejuiciadamente posible, que refleje la realidad vivida por la persona, su mundo, su situación en la forma más auténtica. Esta consta de tres pasos:

- Elección de la técnica o procedimiento. Aquí se pretende lograr la descripción lo más exacta posible utilizando varios procedimientos: La *observación directa o participativa*, en los eventos vivos (se tomarán notas, recogiendo datos, etcétera), pero siempre tratando de no alterarlos con la presencia del investigador. La *entrevista coloquial o dialógica*, con los sujetos de estudio con anterioridad a esta etapa; se estructurará en partes esenciales para obtener la máxima participación de los entrevistados y lograr la mayor profundidad de lo vivido por el sujeto. La entrevista será *parcialmente estructurada*, abierta y flexible, de tal manera que se adapte a la singularidad de cada sujeto en particular. El *autorreportaje*. Éste se lleva a cabo a partir de una guía que señale las áreas o preguntas fundamentales a ser tratadas. Estos procedimientos no son excluyentes, sino que más bien se integran a la práctica.
- La aplicación de la técnica o procedimiento seleccionado toma en cuenta lo siguiente: que nuestra percepción aprende estructuras significativas; generalmente vemos lo que esperamos ver; los datos son casi siempre para una u otra hipótesis; nunca observamos todo lo que podríamos haber observado, y la observación es siempre selectiva y siempre hay una correlación funcional entre la teoría y los datos: las teorías influyen en la determinación de los datos, tanto como éstos en el establecimiento de las teorías.
- Elaboración de la descripción protocolar: existen algunas características clave para que el estudio del fenómeno sea bien observado y registrado, entre

ellas que el fenómeno sea presentado por el/la entrevistado/a de la forma más completa posible y no omitiendo información que pudiese ser relevante para el estudio, que el lenguaje sea utilizado de tal forma que no interfiera en las ideas propias del entrevistado, sus prejuicios o hipótesis plausibles, que recoja el fenómeno descrito en su contexto natural, en su situación particular y el mundo propio en que se presenta, y que la descripción efectuada aparezca como una verdadera “ingenuidad disciplinada”.

Etapas estructurales

En esta etapa, el trabajo central es el estudio de las descripciones contenidas en los protocolos; éstos están constituidos de varios pasos entrelazados, y aunque la mente humana no respeta secuencias tan estrictas, ya que en su actividad cognoscitiva se adelanta o vuelve atrás con gran rapidez y agilidad para dar sentido a cada elemento o aspecto, sin detenerse en cada uno los ve por separado, de acuerdo a la prioridad temporal de la actividad en que pone énfasis. Los pasos son los siguientes:

- Primer paso: Lectura general de la descripción de cada protocolo.
- Segundo paso: Delimitación de las unidades temáticas naturales.
- Tercer paso: Determinación del tema central que domina cada unidad temática.
- Cuarto paso: Expresión del tema central en lenguaje científico
- Quinto paso: Integración de todos los temas centrales en una unidad descriptiva.
- Sexto paso: Integración de todas las estructuras particulares en una estructura general.
- Séptimo paso: Entrevista final con los sujetos de estudio.

En esta etapa, según investigaciones realizadas por Lindseth y Norberg (2004) el primer caso, correspondiente a una lectura Ingenua, se realiza con una actitud abierta que tiene por objetivo

comprender el texto como una totalidad, a través de la utilización de un lenguaje netamente descriptivo, sin emitir juicios. En base a esta etapa es que se llevará a cabo la siguiente etapa, en la cual la información es ordenada en diferentes unidades de significado, en donde se desglosa la narración y el texto es analizado en base a temáticas centrales de los significados de los/las entrevistados/as, las que se hace presente un solo contenido predominante. Finalmente se reúnen todas las partes analizadas y se estudia de manera global el relato, articulando cada una de las estructuras en una totalidad, entonces la información general es analizada e interpretada.

Etapas de discusión de los resultados

En esta etapa se intenta relacionar los resultados obtenidos de la investigación con las conclusiones o hallazgos de otros investigadores para compararlos, contraponerlos o complementarlos, y entender mejor las posibles diferencias o similitudes. De este modo, es posible llegar a una mayor integración y a un enriquecimiento del “cuerpo de conocimientos” del área estudiada. Como se podrá observar, la fenomenología, lejos de ser un método de estudio, es una filosofía para entender el verdadero sentido de los fenómenos, pero con una secuencia de ideas y pasos que le dan rigurosidad científica.

De esta manera, a través de la realización de este estudio de tipo exploratorio y enfocado en el análisis comprensivo del fenómeno, se pretende dar cuenta de los distintos significados de los/las psicólogos/as, respecto de cómo la sintomatología depresiva se va constituyendo y desarrollando en la vida de los/las adolescentes.

Diseño Metodológico

Esta investigación es de tipo exploratoria puesto que no existe demasiada variedad en la cantidad de investigaciones vinculadas a esta temática y presenta un carácter de tipo descriptivo.

A su vez, se busca conocer, desde la experiencia y significación de los/las psicólogos/as, los factores que se presentarían en la vida de los/las adolescentes, que podrían influir en la aparición de sintomatología depresiva en adolescentes que han vivido un (o más) intento suicida y hayan develado un (o más) episodio/s de abuso sexual, de acuerdo a la experiencia clínica. Además de conocerlas áreas de intervención que utilizan los/las psicólogos/as infanto-juveniles, de acuerdo a su experiencia clínica en el tratamiento de los/las adolescentes con esta sintomatología.

Para lograr este propósito, se recopilarán narrativas a través de una entrevista semi-estructurada, de una duración de 45 minutos, la cual será acordada según la disponibilidad de el/la participante e investigadoras.

Muestra

Los/las participantes serán 7 psicólogos/as clínicos/as con al menos 5 años de experiencia profesional en el trabajo con adolescentes provenientes de distintos enfoques teóricos y de distintos dispositivos de atención públicos y privados, pertenecientes a la región de Valparaíso.

Tipo de Muestreo

El tipo de muestreo es no probabilístico, ya que se seleccionó a los participantes por un propósito específico y no pretendía que la muestra fuese representativa a toda la población (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010), se utilizó el método de muestreo por conveniencia el cual consiste en seleccionar a los/las participantes que le convienen a la investigación para la muestra. Esta conveniencia se produce porque el equipo de investigación busca estudiar una población específica, además el procedimiento no se hizo en base a fórmulas de probabilidad, sino que dependía del proceso de la toma de decisiones del equipo de investigación. Por lo cual se definieron criterios para la selección de la muestra.

Razonamiento para Establecer el Tamaño de la Muestra

El tamaño de la muestra se establecerá mediante *saturación teórica*, lo que corresponde al momento en que no se encuentra más información nueva a partir de los datos obtenidos, además de considerar que los datos recolectados responden al planteamiento de las preguntas descritas en las entrevistas. El autor, Valles, se refiere a este punto en los siguientes términos:

En el Método de Comparación Constante (MCC), no hay un intento de verificar la universalidad ni la prueba de causas sugeridas u otras propiedades. Y al no haber prueba, este procedimiento únicamente requiere la saturación de la información. El objetivo no es tanto la verificación como la generación de teoría. (Valles, 1997, pp.347-348)

De este modo, el muestreo teórico no tiene un tamaño definido por cálculos probabilísticos, sino por criterios teóricos de saturación de las categorías investigadas, vale decir, hasta cuando el dato adicional que se recolecta, no agrega información significativa a lo que ya se tiene.

Forma de Reclutamiento de los/las Participantes

El equipo de investigadoras seleccionará la muestra considerando los criterios de inclusión y exclusión. Se contactará telefónicamente y/o vía correo electrónico a los participantes y se les invitará a participar de la investigación y se darán a conocer las características de este. Para la realización de entrevistas se coordinará una fecha, hora y lugar de mutuo acuerdo.

Criterios de inclusión

Psicólogos/as clínicos/as que se desempeñen profesionalmente en el área infanto-juvenil, con una experiencia mínima de cinco años y que hayan tenido procesos terapéuticos con adolescentes entre 15 y 18 años con diagnóstico de depresión, al menos un intento de suicidio y un abuso sexual develado por parte de el/la adolescente.

Criterios de exclusión

Psicólogos/as clínicos/as que no se desempeñen en el área infanto-juvenil o que, de hacerlo, no hayan tenido procesos terapéuticos con adolescentes entre 15 y 18 años con diagnóstico de depresión, al menos un intento de suicidio y al menos un abuso sexual develado.

Técnica de Recolección de Datos

Entrevista semiestructurada

La entrevista semiestructurada se llevará a cabo mediante un guion previamente elaborado el cual recoge los temas principales a indagar sobre la experiencia del psicólogo en la temática a tratar. El orden en el que se abordarán los temas y el modo de formular las preguntas de dejarán a libre elección y valoración de la entrevistadora para así articular oportunamente las diversas interrogantes. Como explican Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández y Varela-Ruiz. (2013) este estilo de entrevista permite a el/la entrevistado/a pedir aclaraciones cuando no entienda algún punto y que profundice en lo que parezca necesario, además de presentar un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los/las entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos. En la entrevista semiestructurada, el entrevistador requiere tomar decisiones que implican alto grado de sensibilidad hacia el curso de la entrevista y a él/la entrevistado/a, con una buena visión de lo que se ha dicho. Otro reto es el manejo de un tiempo limitado y el interés por hacer todas las preguntas de la guía. Asimismo, el entrevistador debe estar alerta de su comportamiento no verbal y sus reacciones ante las respuestas, para no intimidar o propiciar restricciones en los testimonios de el/la entrevistado/a. Otra manera de denominar a este tipo de entrevista es: *entrevista etnográfica*. Se puede definir como una

“conversación amistosa” entre informante y entrevistador, convirtiéndose este último en un oidor, alguien que escucha con atención, no impone ni interpretaciones ni respuestas, guiando el curso de la entrevista hacia los temas que a él le interesan. Su propósito es realizar un trabajo de campo para comprender la vida social y cultural de diversos grupos, a través de interpretaciones subjetivas para explicar la conducta del grupo.

Aspectos Éticos

Esta investigación no contempla dentro de sus propósitos la participación directa de problema vulnerable, tal como en otros estudios de similares características (Binder, 2008), dado lo anterior, no se necesitó la aprobación de ningún comité de ética. Sin embargo, se ha decidido resguardar la participación de los involucrados a través del uso del consentimiento informado, en él se da cuenta por escrito de los propósitos del estudio, de los usos de la información, beneficios y costos, del resguardo del anonimato y de la posibilidad de retirarse del estudio si lo requiere.

Por otro lado, también existirá un consentimiento informado para transcribir por parte del equipo, entendiendo que toda la información aportada por los/las participantes, debe tener un carácter confidencial y solo de uso académico.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de la realización de las entrevistas, describiendo de manera detallada el paso a paso realizado por el equipo de investigación para la comprensión de los fenómenos estudiados.

Lectura Ingenua

Cada miembro del equipo de investigación realizó la lectura de la totalidad de las entrevistas realizadas con una postura abierta, de tal forma de comprender los relatos de los entrevistados de forma amplia, a través de la utilización de un lenguaje netamente descriptivo, sin la utilización de juicios e intentando omitir conocimientos previos asociados a la temática.

Análisis Estructural

A partir del análisis de las entrevistas realizadas se desprenden un total de siete unidades temáticas con sus respectivas unidades de significado, que se describen a continuación:

Tabla 1
Análisis de entrevistas

| Entrevistas | |
|--|---|
| Unidades Temáticas | Unidades de Significado |
| Significado de el/la psicólogo/a respecto a la relación adolescente/cuidador/a | <p>“Esta adolescente es tercera hija, de una familia de cinco, papá, mamá, tres hermanas, ella es la última, ella nace temporalmente al mismo tiempo que un sobrino ya, hijo de una de las hermanas, por lo tanto, hay una especie de desplazamiento de estos padres a estos nietos, y ella se siente, se ha sentido toda su vida como dejada de lado...”.</p> <p>“...Podría haber habido una baja supervisión de los padres, quizás una baja confianza con los padres como para poder contar lo que le estaba sucediendo, eh si es que en su momento hubo, en su momento de la vulneración de derechos hubo alguna sintomatología como que alguien pudiera haber sido una especie de alerta, que se hubiera dado</p> |

cuenta...”.

“...Padres que tengan que trabajar y no pueden supervisar mucho a los hijos, cierto, por largas horas, por largos periodos, que a veces los niños tienen que quedarse con un tío, con un abuelo, con un primo y ahí a veces también pueden ocurrir este tipo de situaciones...”.

“...los cuidadores son los que, en este caso, o quien vive el niño, son los que tienen que estar atentos a cambios en su niño/a, ellos son los responsables de darse cuenta que los niños están empeorando o cambiando o bien hay una evolución que no les parece adecuada...”.

“...Obviamente hay cosas importantes, o sea, la baja de ánimo, cualquiera se podría cuenta que hay una baja de ánimo, si el niño deja de hacer cosas que le gustaban, si se aísla de los amigos, si anda más irritable, más llorón, esas son señales que cualquier mamá podría darse cuenta...”.

“...Había una baja asistencia, había una baja adherencia de parte de la familia en general, el papá porque ellos venían con el papá, habían pasado un montón de vulneraciones anteriores entonces llegan en esas condiciones acá...”.

“...También recibió mucho maltrato físico y psicológico de parte de la mamá, fue testigo de violencia intrafamiliar entre ambos padres y además un abuso sexual de parte del hermano y además acompañaba a la mama, cuando la mama se prostituía con otros hombres.”.

“La negligencia de los papás, la poca problematización, el no dar credibilidad a los hechos, eso influye muchísimo...”.

“...A nivel familiar, las problemáticas de violencia, las separaciones, o sea, yo creo que, a nivel individual, familiar y contextual, siempre van a haber elementos que van a estresar aún más la situación de trauma por la que han pasado los chicos...”.

“Es que el rol de los cuidadores es fundamental, yo creo que, me he dado cuenta que estos síntomas se pueden amortiguar con el apoyo

de los papás lo antes posible, eh he visto casos que hay adultos responsables que cumplen con las competencias para hacerse cargo de los chicos y los síntomas disminuyen totalmente, hay cierta otras cosas, pero ahí nos podemos enfocar más en la narrativa del abuso sexual y trabajar propiamente tal y profundizar incluso, pero cuando tenemos adultos irresponsables que no cumplen con las competencias y no problematizan y dan credibilidad como te decía al principio, la aparición de estos síntomas es notable e incluso ahí es cuando yo veo hartito intento suicida en los adolescentes”.

“Más descuidados, más inestables, más desregulados emocionalmente, hay muchos adultos acá que vemos, que han tenido episodios o situaciones de trauma que también interfieren en poder visibilizar el trauma que están viviendo los adolescentes, entonces, hay distintos tipos de cuidadores y yo creo que la aparición de síntomas se acrecienta cuando tenemos adultos que son pocos contenedores, que no ven las necesidades de los niños, que no sintonizan, que están en su historia, no logran ver a los chicos”.

“Negativo yo creo también son las dificultades parentales que tienen los papás para abordar esta situación y para dar credibilidad a los adolescentes, o sea, cuando un papa no le cree a un adolescente es súper difícil trabajar...”.

“...yo creo que lo fundamental es adultos responsables que puedan apoyar el proceso en condiciones adecuadas, tener el tema proteccional asegurado que es algo que a nosotros nos falta hartito acá, o sea, sin un piso proteccional, sin adultos responsables que puedan aportar es difícil...”.

“...La disposición del adolescente y del niño yo me he dado cuenta que esta, esta, y esta como mermada a veces por lo que le dice el papa, o por lo que se dijo acá, o por la vergüenza y la culpa, que también son, son sentimientos que siente hartito el adolescente, no hable esto antes porque mezcle todo...”.

“...Cuando hay un chico que tiene más de un evento abusivo, claro que es un chico que donde los adultos no están disponibles, yo no lo digo con un juicio moral respecto a esos adultos, yo creo que hay muchas razones por la cual el adulto puede no estar disponible, pero algo pasa que si un chico, porque cuando un niño es abusado se nota, se nota en la cara, se nota, el día que esto le sucede al chiquillo tú lo miras, lo miras de verdad, te ‘day’ cuenta que algo pasa, si tu ‘tení’ una construcción medianamente sana que te permita distinguir lo que le pasa te ‘vai’ a dar cuenta...” “...la transgeneracionalidad es importante para entender ciertos fenómenos de vinculación y de vinculación frente a ciertas temáticas de riesgo ya, y de cómo estos padres hay tienen zonas ciegas que no pueden ver y ahí uní puede pensar que se replica la situación de abuso...”, “...los adultos tienen que estar ahí, los cuidadores tenemos que estar, y ahí es donde se pone complicado, se pone complicada porque, por él, nuestro sistema social actual eh los adultos no están, los papás no están...”.

“...Lamentablemente que no hay figuras significativas que los vayan reforzando, potenciando, sino que, al contrario, yo creo que los chiquillos en esa época se sienten muy solos, se sienten poco escuchados, poco contenidos y frecuentemente los papás en sus intentos de conectarse con ellos generan lo contrario...” “...otros factores como de contexto familiar, de repente mucho hijo de papa separado o papás que trabajan mucho que están poco presentes...”, “...la comunicación al interior de la familia y también con las demostraciones de afecto, es súper interesante porque cuando yo le pregunto a los papás de estos chicos como es la relación, si hay contacto físico si los tocan los abrazan... la respuesta frecuente es no porque no me deja, y de alguna manera como que los papás se conforman con eso y siento que a veces hay como poco esfuerzo de parte de los papás por traspasar esas barreras... reconectarse con los chicos... ya, entonces yo diría sí que el tema de la comunicación,

también suele a coincidir que la etapa de la adolescencia con crisis que los papás están viviendo o los cuidadores de los chicos, entonces están muy centrados en sí mismo, en sus dramas en sus conflictos, no se... problemas laborales, el dinero que siempre es un tema, y por otro lado estos chiquillos que quieren salir y probar de todo experimentar y papás que sienten que no tienen como regularlos.”.

“Yo creo que el rol de los cuidadores debería ser un rol de observador, deberían estar pendiente de los chicos, deberían observar, deberían saber un poco que esperar de esta etapa para poder discriminar que lo que están viendo en ellos es normal o si ya se está saliendo como de los esperado... deberían reforzar insisto en el tema de la comunicación... que para mí es clave, estar pendiente de comportamientos que sean extraños... un chiquillo que se va demasiado para adentro o que pasa mucho rato encerrado en el baño, no se hay montones de señales que quizás uno por estar afuera la ve más claramente y ellos por estar en el sistema no se fijan...”.

“...Él vivía con su mamá y decía que su ella no lo quería, que ella nunca lo fue a ver jugar a la pelota...”.

“Porque la mamá no lo trataba muy bien según él, la mama era muy agresiva con él...”.

“ ...En esta historia reemerge el papá porque el después de todos estos años reconoce que él quería reestablecer vínculos con el papa y buscarlo pero por otro lado tenia esta idea de que ...y que había sido trabajado en terapia incluso, del daño que el papa que le había hecho, y para él era súper complejo poder incorporar estas dos figura, la necesidad del papa, de saber dónde vivía, de buscarlo y era a mi juicio, otra forma de hacerse daño, porque el papá, todos estos años en que no estuvo con él, el papá no quería saber nada de él, y él lo llamaba, el papá lo rechazaba, y cuando el papá lo rechazaba este chico se deprimía, y cuando se deprimía, ahí empezaba el ciclo...”.

“...Mi hipótesis al final siempre fue que él estaba buscando a su

papá, al final después de todo eso, como que se le perdió el papá en algún lugar y lo buscaba en todos lados, tenía un tema relacional, temprano que fue importante, que no resolvió, y que se reactivaba”.

“Ya, de partida a nivel familiar, el rechazo, eh... familiar que no te han acompañado, negligencia parental pensando en niños que llegan cochinos al jardín donde la tía es la figura que se da cuenta de que estas básicas necesidades no estaban cubiertas...”.

“...Cuando ella lo paso muy mal, las personas que más la quieren, en quienes que confió en ese momento, no estuvieron para protegerla.”.

“Los cuidadores pueden ser, parte de la historia de la causa, como te decía antes, pueden ser como, pueden acompañar, pueden ser quienes inician esto, pueden ser quienes no están presentes en el momento en que es importante hacer algo al respecto, y también pueden no estar presentes en el momento en que ya se está intentando hacer algo, me parece que es doblemente doloroso, para las personas cuando lo entienden, cuando lo reconocen como tal.”.

“...Entonces cuando vivieron violencia, los cuidadores no los cuidaron de la violencia que estaban viviendo “porque a los niños no les pasa nada con la violencia”, por lo tanto yo creo que de alguna forma ellos fueron indicadores previos de lo que esta chica vivió eventualmente, cuando ellos lo volvieron a replicar y hoy día lo que hemos hecho, que ha sido fundamental, cuando tú me hablas de el/la adolescente estoy pensando en todas las familias con las que uno trabaja, lo importante que ha sido pensando, reconocer ese tipo de historia que hay para atrás, anclarlas, el ver que eso paso, en un momento, que volvió a pasar y hacer algo, entonces estos papás hoy día pueden tomar esa experiencia y hacer con ella algo distinto. Sacarse todas estas culpas que quedan dando vueltas, de porque no lo hice mejor. En general, la relación con los cuidadores es uno de los conductores a mi juicio que son más importantes en la génesis de

estas depresiones que tú me estas contando, a propósito de haber vivido estas situaciones, el aprendizaje que hay detrás de eso y el aprendizaje no tiene que ver solo con lo que ocurrió en ese momento, sino que el aprendizaje que se siguió haciendo y se hace hasta el día de hoy, no fue una acción aislada.”

“...Yo creo que los cuidadores son fundamentales durante todo el desarrollo temprano y es necesario que estén presentes, no concibo intervenciones sin cuidador presente... yo creo que esta figura de un papá, una mamá, la abuelita, estos sujetos, ofrecen condiciones para que tú te sientas contento, aproveches los recursos que tiene alrededor...” “...nosotros necesitamos de ese otro, que nos acompañe, nos cuide, podamos decirle lo que nos pasa, y que ese otro nos esté sirviendo para las experiencias que estamos viviendo estoy pensando en una figura adulta y no solamente en un padre.”

“Este es el caso de Paula (nombre creado por el entrevistado) era una adolescente que llega derivada desde tribunales por haber vivido una situación de abuso sexual, ella tiene casi 16 años cuando ella llega al programa, su situación de abuso había sido a sus 12 años así que ya había transcurrido un tiempo. Ya haber como la conocí ella llegar derivada de tribunales porque esta situación se devela en un PIE al que ella no asistía si no que su hermana asistía a otro programa... la hermana cuenta una situación que había ocurrido en la familia donde una persona había intentado abusar de su hermana una ex pareja de la mamá, pero que la hermana sabía que la hermana había sido en reiteradas veces abusada.”

“...El rol de sensibilidad del cuidador y después captar esas señales “el darse cuenta” por un lado como el “mirar” que está pasando con el hijo adolescente, el verlo, lo segundo es poder comprenderlo, poder imaginar con que tiene que ver eso...”

“...El rol de poder validar como las emociones de su hijo, como sin minimizarlo o reprocharlo y poder contenerlo y acompañar,

también activar redes de apoyo.”.

“...Una vez que lo puede validar lo puede comprender como “me imagino que esto tiene que ver con ciertas cosas” y lo puede acompañar lo puede contener y está disponible para esas situaciones lo puede supervisar en situaciones cuando son más críticas puede ser más atento cuando el adolescente lo necesite.”.

“En los casos de abuso sexual generalmente yo he visto que la sintomatología aparece mucho más en situaciones en que el cuidador no le dio credibilidad o su contención fue mínima fue más que nada como una actitud de minimizar la experiencia en algunos casos la sintomatología aparece y se acrecienta... estoy pensando en una ideación, autolesión.”.

“Los cuidadores cumplen un rol súper importante, ese rol tiene que ver en primera medida con dar credibilidad a lo que ha vivido el adolescente (...), en aceptar las consecuencias del abuso como algo que puede ocurrir, como validar las emociones del adolescente que vivió en una situación de abuso... contenerlo en situaciones como los flashback, preguntas e inquietudes.”.

“Y el adulto tiene un rol de contener hay, ayudar a regular sus emociones, pero también tiene la tarea de acompañarle y mostrarle que su vida es más que eso”, “es importante que el adulto acepte su responsabilidad, y mantener el compromiso con otros programas.”.

“Que los supervisen también si hay presencia de ideación, autolesión.”

“En las situaciones de intento de suicidio el rol de los adultos con respecto a la contención a la supervisión a generar un ambiente protector, en el alejar posibles recuerdos o situaciones del ambiente que puedan ser conflictivas, entonces el adulto tiene el rol del mirar el ambiente del niño y generar un ambiente protector, no solo en la supervisión sino también en el sacar cosas del ambiente y generar un ambiente como más limpio y también alejar los posibles medios del

intento de suicidio.”.

“No sé ‘poh’ de repente los adolescentes son más explosivos y los papás entienden eso como una actitud de desaprobación o rechazo del adolescente que justifica que el ya no quiera relacionarse con su hijo, entonces hay temas como de reacciones de los adultos que no comprenden a los adolescentes que hacen que el adolescente quede como más aislado, como una sensación como de no encontrar quien lo contenga.”.

“Todo parte de la relación o del tipo de apego que se haya construido con ese cuidador, si ese cuidador en el fondo ha formado un apego seguro y una relación segura con ese adolescente, y si llegara a aparecer la sintomatología, el adolescente se va a acercar y va a pedir ayuda a este cuidador, entonces ya que este cuidador este abierto y receptivo a aceptar los cambios que pueda tener este adolescente es fundamental” “El rol también va un poco por ahí, hacerse responsable y agenciarse.”.

“Ponerse en el lugar de ellos, como fue en su adolescencia también lo que les pasó, mostrarse disponibles.”

“O sea, es súper importante el rol porque primero obviamente la, todo parte de la relación o del tipo de apego que se haya construido con ese cuidador, si ese cuidador en el fondo ha formado un apego seguro y una relación segura con ese adolescente, y si llegara a aparecer la sintomatología, el adolescente se va a acercar y va a pedir ayuda a este cuidador, entonces ya que este cuidador este abierto y receptivo a aceptar los cambios que pueda tener este adolescente es fundamental. Y de ahí se deriva el tema de que ese cuidador, también pueda detectar que el problema no es el adolescente y su depresión sino que eso nos da cuenta de una situación mucho más compleja a nivel familiar y contextual.”.

“...Eso también tiene que ver con el momento que está viviendo el

Significado de el/la paciente, ya, o sea en la adolescencia generalmente hay crisis

psicólogo/a respecto de los cambios en la etapa de la adolescencia importantes, entonces ahí también hay oportunidades de desarrollo como de la depresión...”.

de la adolescencia

“...Generalmente se asocia a lo depresivo, a la autoestima, cierto, al hecho de sentirse de sentirse como un inútil o sentirse digamos, de una autoestima negativa, inseguridad...”.

“Yo creo que en el continuo vital del adolescente o del niño van ocurriendo hechos que de alguna manera se establecen como nudos críticos, y cuando llega la situación abusiva propiamente tal eh como que se junta todo...”.

“Yo creo que considerar la etapa evolutiva en la que se encuentra, o sea esta en un etapa de muchos cambios físicos, hormonales, cerebrales también eh y también hay cambios culturales y sociales que también influyen en la construcción de identidad de un adolescente, entonces cuando estay en construcción de una identidad y tenemos todos estos cambios físicos, hormonales, en la etapa evolutiva propiamente tal, estos cambios incluso político, culturales, sociales, económicos , yo creo que influyen totalmente y hay que tener siempre en consideración.”.

“...Tienden a evitar la confrontación o el contacto interpersonal le incomoda mucho, muy vergonzosos...”.

“...Bien evitativo se congela y no puede pedir ayuda...”, “...hay un desarrollo cognitivo que permite a estos chicos eh pensar en sí mismo, ya, y eso puede ser muy doloroso con respecto de, y aparte de pensar en sí mismo, comparar sus historias con las historias de los otros...”.

“...Pero cuando hay más de una situación abusiva esta lo traumático que se instala ahí como una cronicidad, cierto, esta cosa de que yo me veo expuesta a una situación y la desesperanza de que nadie me puede ayudar o el daño de la autoestima o de por qué no lo puedo yo enfrentar, o la vergüenza, o la ambivalencia de querer al agresor o la agresora por ejemplo que son experiencias bien

dolorosas...”.

“...Yo creo que hay un tema con el cuerpo entorno al abuso, aparte de todo lo otro que hemos hablado, una relación con el afecto y con el cuerpo, que no está mediada por los adultos, que muchas veces no tiene una mediación cognitiva...”.

“...El corte aparece como una posibilidad de aliviar una angustia o de aliviar una culpa o de castigarse por estas temáticas que no están puestas en la relación sino en la relación del adolescente con el propio cuerpo, y estos son chicos que tienen relaciones eh particulares con su propio cuerpo y la llegada de la adolescencia se vuelve crítica ahí porque aparece el deseo, porque aparece la sexualidad, cierto, porque tienen experiencias que les hacen reditar lo traumático...”.

“...Uno de los factores más importantes tiene que ver con su autoestima, la visión que ellos van desarrollando de sí mismo...”, “...hay mayor distanciamiento y como además están en su búsqueda de identidad y no tienen referentes que sean consistentes hay una sensación de estar perdidos, de no tener ningún camino trazado, de no saber quiénes son que quieren hacer con su vida...”.

“...El tema del abuso es un daño terrible al autoestima de la persona, también hay muchas dificultades justamente con el tema del contactos físico... con dejar que un otro me toque... de sentirme muy constantemente vulnerable frente a los demás, el temas de los limites también... porque de alguna manera un abuso es un traspaso de todos tus limites personales, físicos, psicológicos... entonces a los chiquillos después les cuesta mucho discriminar donde termino yo y donde empieza el otro o que cosas están permitidas y que cosas no... como que todos esos parámetros están mucho más difusos...”.

“... Por otro lado el cambio brusco que se puede vivir al entrar en la adolescencia como una etapa que es distinta que te exige mucho y si tu entras como niño a la adolescencia la exigencia de los pares te

va a hacer verte lejano distante, y si eso afecta a tu autoestima por ejemplo, tanto en lo físico como en lo psicológico y sentirse niño por ejemplo y no entrar como en la lógica de conversar de las cosas que están conversando los pares, como en el caso de verse niño, como cuando los hombres comienzan a cambiar la voz por ejemplo, eso como la complejidad para el cambio al entrar en la adolescencia.”.

“Eh la doble moral que tienen los adolescentes, no todo lo que te dice el adolescente realmente lo piensa y lo piensa para siempre y es estable, hay momento en que tiene ciertos valores que los puede cambiar, y uno puede empezar a cuestionar al adolescente y hay que reconocer que es un cabro que está conociendo el mundo, está viendo cuales son cosas que para él son buenas y malas, y algún otro que sea como importante...” “... un recurso, que es la motivación que tienen ellos con la vida, la muerte, las cosas como que todo pudiera ser muy importante y vigente y si no ocurre ahora no ocurre nunca, porque también el chico que se motiva con algo se puede motivar fuertemente con esa área y yo creo que eso es bueno tomarlo en consideración cuando le gusta algo, no solo le gusta, a veces le hace sentir cosas que no sabe cómo explicar...”.

“Yo creo por un lado elementos neuromaduracionales que tienen que ver con la regulación emocional, con la conexión que hay del lóbulo frontal con el sistema límbico, que hay un proceso de poda como de reacomodación de esas conexiones que hace más propenso o difícil regular ciertas emociones”, “hay como un proceso de duelo más psicológico de la de la niñez un proceso de transición hacia la adultez, hay muchos procesos de duelo durante la adolescencia, el duelo por el cuerpo del niño, el duelo por ciertos intereses, el duelo por una figura idealizada de los padres... muchas transiciones también, procesos de acomodación a contextos nuevos y más exigentes, en el sentido que se espera que el adolescente sea más independiente.”.

“Tienes a un adolescente con cambios, en todas sus dimensiones desde hormonales hasta sociales emocionales y cognitivos, pero además tienes a una familia que es parte de un sistema, entonces claro por un lado tienes a un adolescente que va sufriendo cambios, pero también tienes a una familia que se va adaptando a esos cambios y no todas las familias tienen hijos adolescentes.”

“Trabajar entonces el tema del cuerpo, del autoimagen en ese sentido, como no traspasar ciertos límites.”

Significado de el/la psicólogo/a respecto a el/la adolescente y la relación con su grupo de pares

“...Hay también asociado una historia de bullying grave, severa y muy largo en dos colegios...”

“...Siente un vacío constante en su vida y tiene muy deteriorado los lazos con los grupos de pares, producto de un bullying yo me atrevería a decir...”

“...Ella tenía un pololo por internet que le decía que se cortara para que se cortaran juntos entonces había muchos elementos...”

“...Por otra parte estaba el colegio, ella tiene una fobia social entonces a ella le cuesta relacionarse con más personas y cuando estaba presente en el colegio comenzaban a emerger los recuerdos y todo lo que le decía el pololo, es un caso súper significativo.”

“...Las situaciones estresantes en el colegio, violencia escolar o bullying...”

“...Eh creo que también la poca sensibilización en los establecimientos educativos, es un eje en el que yo me he atrapado hart...”

“...Eh las pocas redes, el poco apoyo para el adolescente, yo creo que eso, en términos súper generales.”

“...Se hizo común el tema de los cortes y la idea de muerte como una solución, como una solución posible, como una solución válida entre los chicos, entre los adolescentes...” “...poco contacto con sus pares...”

“En la adolescencia comienzo de las relaciones de pareja, eh la

transición de la autonomía, de desde el adolescente hacia un padre, desde sus padres a el adolescente, y comienzan otras exigencias sociales fuera del colegio, el pololeo, las relaciones de pares, yo creo que es un momento donde más claramente aparecen los síntomas depresivos...”.

“...Conflictos con los pares”.

“...Si tu entras como niño a la adolescencia la exigencia de los pares te va a hacer verte lejano distante...”.

“...Y sentirse niño por ejemplo y no entrar como en la lógica de conversar de las cosas que están conversando los pares, como en el casi de verse niño”.

“Ahora me acuerdo del caso de una chica que tenía mala onda con todo el mundo, las niñas le tenían un poco de susto, sus amigas, le exigía que fueran sus amigas y sus amigas le decían por qué no querían serlo...”.

“...Entonces no estaba el acompañamiento de la mama, los profesores tampoco, los profesores le caían muy mal, o una amiga, entonces es el recuerdo de una infancia bien solitaria...”, “...experiencias escolares adversas que van como en la misma línea si te das cuenta, eh bullying...”.

”Lo que hoy día se transforma en un factor de vulnerabilidad en ese caso específicamente, en términos de que cuando hay situaciones en que se ve vulnerada, o agredida por parte de terceros no reconoce la situación de vulneración, no estoy hablando de abuso ahora, estoy hablando de que cualquier situaciones en que los pares la agreda, le dicen cosas pesadas y no sabe qué hacer cuando le pasan esas cosas y no las ve, pero las cuenta, pero no las describe, no les pone él pone, las cuenta como “ah si no es ‘pa’ tanto” eh sin embargo reconoce que todas estas las hacen sentir poco querida, la hacen sentir tonta porque cuando a veces se empieza a dar cuenta, cuando lo empezamos a conversar, se da cuenta de que la estaban atacando y efectivamente no

se dio cuenta, y el reconocer por qué no se dio cuenta, le cuesta mucho reconocer, “¿por qué es tan tonta?...”.

“...Evolutivamente los pares son muy importantes, por lo tanto, las parejas, tercero y cuarto medio es donde hay más de eso, considerarlos a ellos, dentro de las historias que te cuentan y reconocer el valor que tienen en la vida de los adolescentes porque son muchas veces en los que se reactiva la depresión o aquellos que te permiten salir de eso...”.

“...O cuando le gusta una persona y uno dice bueno es un pololeo, no es lo más importante y yo estoy dispuesto a morir si no estoy con esa persona, con quien no tengo ningún futuro y con quien incluso no he hablado nunca en persona eso es lo último que te podría decir...”.

“Yo pienso que también el tema del fortalecimiento de los vínculos del adolescente con otros adolescentes, con su red de amigos cuando los adolescentes traen a sus amigos a sesión, no es raro que lleguen acompañados a terapia por el pololo, la polola, la mejor amiga”.

“...Es importante las variables contextuales, pero principalmente el contexto relacional más cercano de los jóvenes, de los adolescentes”, “el tema de los cortes, acá ya el corte no se hace porque quieren disminuir un dolor emocional que es una de las hipótesis que uno tiene a propósito de los cortes, sino que es porque hay una moda, entonces todos los niños de cierta edad se hacen cortes, porque de cierto modo vas a ser más popular porque te haces esto y eso me ha pasado harto.”.

“Por un lado está el tema de como establezco relaciones a partir de una categoría que se me asigna de deprimido, eso interfiere en las relaciones con otros, tengo el caso de un adolescente que desde que se empezó a deprimir que vio que el resto lo ha ido alejando, entonces es un círculo vicioso porque está deprimido porque se siente solo, entonces es importante a trabajar eso, de cómo mejorar sus

| | |
|---|---|
| Significado de el/la psicólogo/a respecto al desarrollo de los síntomas | <p>relaciones.”.</p> <p>“...Podemos sospechar por ciertos síntomas como la irritabilidad, la labilidad emocional, a veces la enuresis o encopresis...”.</p> <p>“...Hay una combinación entre lo externo y lo interno por así decirlo, o sea eh cosas del orden de la personalidad, de la estructura de la personalidad en desarrollo del paciente o de la paciente y a la vez factores ambientales como te digo yo, quizás de negligencia, de poca supervisión, estar expuestos a factores de riesgo en general...”.</p> <p>“...Hay factores no en la escala social, pero lo que si ojo con los temas de lo intrafamiliar, en Chile está estudiado que la mayor cantidad de abusos se da a nivel intrafamiliar, ahí también hay algo que tener en cuenta...”.</p> <p>“...Es reactivo a esta situación traumática que se, que se, que aparecen todos los síntomas, o sea decir hay un quiebre importante en algún punto de la vida de ese adolescente o niño o niña y que efectivamente puede, gatilla todo lo de lo sintomatológico...”.</p> <p>“...La chica estaba con mucha sintomatología, estaba con hospitalizaciones constantes tras autolesiones de carácter grave y estaba muy desesperanzada, sin motivación...”.</p> <p>“...Esta adolescente que, además, tenía mucha sintomatología, tristeza, desanimo además estaba con autolesiones y además empezaron a surgir otros síntomas por ejemplo estaba con pseudo-alucinaciones, estaba con pensamientos intrusivos, entonces empezaba como a emerger otra, otra sintomatología más aguda digamos...”.</p> <p>“...Hay antecedentes que dan cuenta, de que también vivieron eso y que también influye en los chicos. Escolar, individual, familiar, contextual, salud, neurobiológico, yo creo que todo puede acrecentar la sintomatología.”.</p> <p>“...Una desesperanza profunda, irritabilidad en los más chiquititos, aislamiento, tristeza, es lo que te puedo mencionar</p> |
|---|---|

mucho, autolesiones, ideación y planificación suicida, no en la totalidad, estoy mencionando la generalidad, eh desmotivación eh, que mas, eh desinterés por las actividades diarias, soledad, eh tristeza, pena, no sé si te lo estoy repitiendo, pero yo creo que eso están en los indicadores del trastorno depresivo.”

“...Yo creo que estos factores pueden estar de manera constante, o sea, puede estar en la niñez, pero se expresan desde la irritabilidad, la agresividad y uno después lo va identificando propiamente tal en la adolescencia cuando ya la, la tristeza, la desesperanza, se hace más, más presente, ya es casi pasando a la adultez, yo creo que ahí es... pero es un continuo.”

“...Ahora he recibido ya de los nueve, con tristeza propiamente tal, antes era, era irritabilidad, agresividad, no ahora, ideación suicida a esa edad.”

“Ahora sí, influye en la aparición de esos síntomas o en la, potenciar estos síntomas, las situaciones estresantes en el colegio, violencia escolar o bullying, la negligencia de los papás, la poca problematización , el no dar credibilidad a los hechos, eso influye muchísimo...”

“Por otra parte, a nivel contextual, a parte del colegio, cuando en el sistema de salud cuando las horas no se dan, ehh con mayor constancia, cada quince días, que es una sesión un poquito más cortita, y de repente también la lista de espera grande que tenemos nosotros los PRM y también influye bastante que esta sintomatología siga estando presente...”

“...A nivel familiar, las problemáticas de violencia, las separaciones, o sea, yo creo que, a nivel individual, familiar y contextual, siempre van a haber elementos que van a estresar aún más la situación de trauma por la que han pasado los chicos...”

“Y también a nivel neurobiológico, o sea de repente también hay, hay antecedentes que dan cuenta, de que también vivieron eso y que

también influye en los chicos. Escolar, individual, familiar, contextual, salud, neurobiológico, yo creo que todo puede acrecentar la sintomatología...”.

“Cómo describiría estos síntomas ... ehh por ejemplo una desesperanza profunda, irritabilidad en los más chiquititos, aislamiento, tristeza, es lo que te puedo mencionar mucho, autolesiones, ideación y planificación suicida, no en la totalidad, estoy mencionando la generalidad, eh desmotivación eh, que mas, eh desinterés por las actividades diarias, soledad, eh tristeza, pena, no sé si te lo estoy repitiendo, pero yo creo que eso están en los indicadores del trastorno depresivo”.

“...La vergüenza y la culpa, que también son, son sentimientos que siente hartos el adolescente...”.

“...La idea de la muerte es una idea normal en el desarrollo adolescente, es una idea esperable, los chicos piensan en el sentido de la vida y piensan en la posibilidad de la muerte, o esta cosa de trágame tierra que o párenme el mundo que me quiero bajar porque estoy muy angustiado o porque tengo muchas cosas, yo creo que la idea de la muerte, el desaparecer están ahí, pero me parece que con este aumento de las autolesiones, de las conductas autolesivas como una manera de lidiar angustia rápida, de una descarga emocional rápida, se trasgreden ciertos límites que hacen más posible, más probable o más cercano el morir...”.

“...Hay uno que son eh esta depresión que uno podría llamar como húmeda, de con mucho llanto, con mucha emocionalidad, muy muy agudo los síntomas muy intensos y que comúnmente uno asocia a trastorno de personalidad, ya, es decir, que hay un trastorno de personalidad a la base, pero que por sobre el trastorno de personalidad en relación a los quiebres consecutivos, ya sea como antecedente o como consecuente en los vínculos de estas niñas y de estos chicos...”

“...Existe otro perfil que es como el... lo que antes se llamaba la melancolía, cierto, este perfil melancólico, que ahí prima más la desesperanza que la emocionalidad intensa...” “...me acuerdo de esta chica, que es una chica que viene de una familia familiar, una familia que tiene muchos rasgos evitativos en varios miembros, son bien ansioso...”.

“...Creo que el 90% tiene historia de invisibilización de necesidades, historias de abandono, historia de violencia, historias de victimización eh pero en múltiples áreas, como el tema de la victimización sexual pero también del maltrato físico, también del abandono, de la sobre exigencia, de la parentalización, o sea la idea de en el fondo contextos que exigen de ellos, más de los que ellos pueden dar, contextos de sobre exigencia, donde son chicos que pueden desarrollar respuestas que le permitan sobrevivir a estos contextos pero que queda un daño ahí y un daño que uno puede yo creo que arrastrar incluso a lo neurológico y desde ahí eh se generan como círculos viciosos, en el fondo estos chicos, generan patrones vinculares que son poco favorecedores de relaciones nutritivas con el medio, entonces uno puede ver que además paralelo a esta historia de victimización que uno lo puede identificar ya sea en lo sexual o maltrato, genera un desarrollo de relaciones con fracaso, de alta intensidad emocional o de sensación de abandono en el polo de estas chicas que son más explosivas o más expresivas y en el otro polo...”.

“...Los 14 y los 16 años, es como el momento donde más claramente aparecen los síntomas depresivos, pero cuando uno rastrea hacia atrás, uno se da cuenta que estos síntomas han estado ahí mucho rato pero aparecen de otras maneras ya, y tienen que ver con en los niños los síntomas depresivos pueden aparecer muy camuflados o de manera muy específica, un niño que está muy irritable durante todo su desarrollo pudo estar deprimido o una chica que tenía una alteración de sueño o que bajo su rendimiento, o que

andaba disfónica, pudo haber sido la génesis del proceso depresivo, pero los síntomas propiamente tal yo creo que a los 14 años, es como el momento clave...”.

“...Uno de los factores más importantes tiene que ver con su autoestima, la visión que ellos van desarrollando de sí mismo y lamentablemente que no hay figuras significativas que los vayan reforzando, potenciando, sino que al contrario, yo creo que los chiquillos en esa época se sienten muy solos, se sienten poco escuchados, poco contenidos y frecuentemente los papás en sus intentos de conectarse con ellos generan lo contrario... hay mayor distanciamiento y como además están en su búsqueda de identidad y no tienen referentes que sean consistentes hay una sensación de estar perdidos, de no tener ningún camino trazado, de no saber quiénes son... que quieren hacer con su vida y otros factores como de contexto familiar, de repente mucho hijo de papa separado o papás que trabajan mucho que están poco presentes, conflictos con sus pares, cosas así.”.

“...Él iniciaba la conducta suicida a propósito del consumo si bien no buscaba matarse era un acto que yo lo leí como muy agresivo hacia él, yo en general el consumo lo veía como un intento de auto agredirse. Había como un patrón donde él realizaba acciones que lo dañaban, ¿cierto? Y él se dañaba a si mismo bueno y en ese contexto él tuvo, me comento algunas situaciones de ideación suicida, se angustiaba mucho, y él quería desaparecer, faltaba a entrenar y lo retaban...”.

“...Él tuvo un, él había tenido antes intentos de suicidio en general, lo que recuerdo es que habían sido con consumo de pastillas y además él tenía una pistola, de repente portaba armas y me contaba que había pensado matarse con esta arma, pegarse un tiro, pero el tema del suicidio generalmente tenía que ver con conductas no tan violentas sino, por ejemplo, con el consumo de algo, siempre estaba

la expectativa de desaparecer...”.

“...Él tenía este tipo de conductas que lo deprimían en un principio y cuando no las controlaba terminaba pensando en desaparecer o incluso teniendo intenciones de hacerlo...”.

“...Para mí las experiencias de pérdida tempranas, especialmente yo lo veo en la depresión como un problema de los vínculos, te hace muy vulnerable desde muy temprano...” “...tienes que haber vivido temas de pérdida, de dolor finalmente que no sepas que hacer con ese dolor, y más adelante esa sensación de dolor se reactiva cuando hay situaciones parecidas...”.

“...Entonces claramente cuando uno de los elementos que son dañinos tiene que ver con el abuso, que es el tema que me habías consultado antes, definitivamente no porque es abuso sexual solamente sino porque hay un ataque severo al como nosotros nos vinculamos, el vínculo que nosotros encontramos como sano, no obligado no forzoso y corresponde a las necesidades tuyas y a lo que puedes entregar en este momento...”.

“... De partida a nivel familiar, el rechazo, eh... familiar que no te han acompañado, negligencia parental pensando en niños que llegan cochinos al jardín donde la tía es la figura que se da cuenta de que estas básicas necesidades no estaban cubiertas.”.

“...Como un elemento más característico de personalidad pero que interactúa con el modo de regularlo, chicos que tienen el temperamento muy difícil en la infancia y que reconocen que son por ejemplo muy impulsivos y te das cuenta de lo que yo recuerdo del caso, ha tenido impacto el tema relacional porque finalmente tienen mala relación.”.

“... Ahí hay otro factor que también me ha llamado la atención y que yo pensé que era un factor protector, pero parece que no era tanto y tiene que ver con esto de ser altamente reflexivo muy mentalizador...”.

“...Mucha culpa y responsabilidad, “esto yo lo hice y por eso me tengo que hacer cargo, me tengo que hacer responsable... entonces auto flagelante porque me castigo, por temas como, temas tan sencillos como exigirse aún más, así a un nivel impensable y tener bajo rendimiento a propósito de que esta reventado tratando de hacer algo que no podía hacer y hacerse cargo de todo”

“La situación en que el abuso sexual no tiene una intervención no hay una intervención de por medio...”.

“...El caso de una chica a la que no le creen, la situación de abuso... y cuando le creen la culpan, cuando era chica y de ese tema no se vuelve a hablar por lo tanto queda complejo eso porque de muy muy chica, este caso que te estoy contando, ella sabe que no se puede hablar, y del sufrimiento que está asociado a eso no se puede hablar...”.

“...Hay situaciones en que se ve vulnerada, o agredida por parte de terceros no reconoce la situación de vulneración...”.

“...En situaciones en que el hecho del abuso sexual que si ha tenido cierto reconocimiento e intervención aun así se transforma y deja una so que suerte de huella en el desarrollo pareciera ser que no basta con la intervención en los niños, en la infancia, en este caso se queda en alguna parte esta sensación de que soy vulnerable a que me pasen cosas.”.

“Y hoy día cuando esa persona está deprimida una de las primeras cosas que sabe es que no tiene a nadie, porque a la amiga no la va a gustar, al que le gusta no lo va a buscar, entonces el deprimirse es un recuerdo de que “estoy sola”...” “...y cuando empiezan estos síntomas y tu estas con una niña, que no sabe lo que le pasa y que nadie sabe lo que le pasa y que solamente llora y se deprime y lo está pasando muy mal y se empieza a hacer heridas en las manos que es lo que llama más la atención y esto de no querer ir más al colegio, entonces se mezclan un montón de cosas, deja de ir al colegio, tiene

un psiquiatra...”.

“...En la adolescencia media, 8vo básico, en la enseñanza media, ahí empiezan a aparecer lo síntomas...”.

“...Siempre he tenido caso de niñas, especialmente no hombres, niñas, que se deprimen más temprano...”.

“...La depresión se da a propósito de la interacción entre elementos que son biológicos, personales que son característico y la vida que te está tocando llevar con ello, no es ni lo uno lo otro, sino que son lo uno y lo otro.”.

“No se ‘poh’ de repente los adolescentes son más explosivos y los papás entienden eso como una actitud de desaprobación o rechazo del adolescente que justifica que el ya no quiera relacionarse con su hijo, entonces hay temas como de reacciones de los adultos que no comprenden a los adolescentes que hacen que el adolescente quede como más aislado, como una sensación como de no encontrar quien lo contenga.”.

“A ratos hay ciertas posturas parentales con ciertas actitudes de algunos padres de creer que el adolescente ya no lo necesita o no saber lidiar con ciertas conductas o comentarios del adolescente... no se ‘poh’ de repente son más explosivos y los papás entienden eso como una actitud de desaprobación o rechazo del adolescente que justifica que el ya no quiera relacionarse con su hijo, entonces hay temas como de reacciones de los adultos que no comprenden a los adolescentes que hacen que el adolescente quede como más aislado, como una sensación como de no encontrar quien lo contenga”
“antecedentes genéticos también, familiares, hereditarios, cuando hay vulneraciones previas, cuando la relación con los adultos es más conflictiva, cuando hay eventos de maltrato, de abuso sexual, etc.”.

“Cuando hay temas de bullying (...) ciertas situaciones que han puesto al adolescente en una situación de vulnerabilidad... que hace que todos estos cambios de la adolescencia que ya son difíciles no

encuentren un colchoncito que los aguante” “cuando el adolescente tiene que descubrir cosas que el anticipa que van a generar rechazo o cuando adolescente comienza a descubrir y remirar eventos que ya han pasado que fueron dolorosos (...) temas sobre su origen o puede remirar eventos de negligencia parental o la ausencia de una figura parental, temas de abandono, cuando se han vivido estas situaciones como que el adolescente necesita remirar o se las pregunta de otras maneras... yo creo que puede facilitar la aparición de depresión.”.

“Yo creo que hay adolescentes que llegan a una depresión que arrastran de la niñez solo que se expresa distinto generalmente más irritabilidad como que adquieren este carácter un poco más prototípico de la depresión y si pienso en los casos donde la depresión ha emergido en la adolescencia yo pienso que tal vez entorno a los trece años.”.

“En los casos de abuso sexual generalmente yo he visto que la sintomatología aparece mucho más en situaciones en que el cuidador no le dio credibilidad o su contención fue mínima fue más que nada como una actitud de minimizar la experiencia en algunos casos la sintomatología aparece y se acrecienta... estoy pensando en una ideación, autolesión... cuando la reacción de los adultos frente a la situación abusiva fue de no creerle y mantener la relación... generalmente esto se da en dinámicas donde hay un padrastro, la pareja de la mama... entonces ella no le cree a la hija y mantiene esa relación y finaliza tiempo después por otras razones y no por el abuso... en esos contextos la sintomatología aparece más intensa.”.

“...Cuando va acompañado de temas previos con la ansiedad... cuando hay más comorbilidad también como que la sintomatología se intensifica... como que suma”.

“Entonces finalmente hay una correlación, a mi parecer, bien interesante de cuando los jóvenes no han develado, al momento de no develar es como que apareciera mucho más aguda la sintomatología y

cuando devalan es como que se ordena un poco más el marco y es más fácil trabajar también.”.

“Entonces elementos, primero están las individuales, luego las familiares y creo que también es importante las variables contextuales, pero principalmente el contexto relacional más cercano de los jóvenes, de los adolescentes.”

“...El tema de los cortes, acá ya el corte no se hace porque quieren disminuir un dolor emocional que es una de las hipótesis que uno tiene a propósito de los cortes, sino que es porque hay una moda, entonces todos los niños de cierta edad se hacen cortes, porque de cierto modo vas a ser más popular porque te haces esto y eso me ha pasado hartito.”.

“...Ha pasado mucho que los adolescentes con apego más ambivalente, que están más orientados a la espera emocional, esto de que las emociones las viven más intensamente, de ser un poco irregulares también, si podrían estar más propensos a desarrollar síntomas depresivos, también trastorno del desarrollo de la personalidad.”.

“Si me ha pasado mucho que los adultos tienden a externalizar las responsabilidades. “.

“Cuando hay familias que son aglutinadas o más rígidas, que no permiten que este adolescente se diferencie, entonces eso genera una crisis para el adolescente y eso puede desencadenar síntomas depresivos.”.

“Cuando hay separaciones de los padres conflictiva en el sentido de que termina y continúan las discusiones o conflictivas en el sentido de que nunca terminaron entonces van y vienen y eso es súper dañino para los adolescentes y he visto harta aparición de sintomatología depresiva.”.

“Si hay intento suicida por lo general está relacionado a lo que yo te decía o separaciones conyugales no bien desarrolladas y está el

tema del abuso sexual.”.

“En el campo privado, he visto que también la depresión esta gatillada (...) por ejemplo cuando hay temas transgeneracionales no resueltos en las familias de origen, como hay procesos de diferenciación de los padres, o sea de los abuelos que no fueron bien desarrollados y eso también afecta a los que vienen.”.

“Pensaba en factores más genéticos también, cuando hay historias de depresión en las familias eso también se hereda hay una explicación ahí genética.”.

“Depende del contexto de ocurrencia del episodio de abuso sexual y del contexto de develación, claramente es más probable que bajo un contexto donde el abuso es crónico, en una etapa del desarrollo del niño donde tiene que adquirir ciertas nociones o ciertos hitos del desarrollo que tiene que cumplir, o sea yo creo que tiene que influir todo.”.

“...Pero si cuando he entrevistado a las familias de adolescentes si me han dicho que hay síntomas depresivos cuando eran más niños y no se habían dado cuenta o que en la conversación se dan cuenta.”.

“...Yo sé que los estudios dicen otra cosa en torno a eso, obviamente, mayor cronicidad o mayor repercusiones y secuelas en el niño, a mí me paso yo me he sorprendido mucho con los niños, son como bien resilientes también.”.

Significados de el/la psicólogo/a respecto a las áreas de intervención

“...Debería ser totalmente mixta, o sea, a que me refiero con esto, a tratamiento farmacológico, es decir, tener sesiones con psiquiatras e especializados en infancia y adolescencia, con una medicación adecuada y obviamente tener psicoterapia con un psicólogo. En qué corriente, es discutible, porque puede ser de varias áreas pero que esas dos cosas funcionan bien, si, está estudiado...”.

“A ver, fracaso, obviamente, baja adherencia al tratamiento, cualquiera de los dos sea, eh, familias quizás que no problematicen su situación o de repente piden ayuda muy tarde o padres negligentes

también son cosas que hacen fracasar el tratamiento porque, por ejemplo, de un adolescente en riesgo de suicidio, que esta con depresión tiene que haber un adulto responsable que se encargue de sus medicamentos, de que asista a las sesiones...”.

“...Promuevan el éxito yo diría que totalmente lo contrario, o sea, un soporte permanente desde lo familiar, vincular, amistades o sea que el paciente tenga una excelente red de apoyo, que se puedan identificar la mayor cantidad de factores protectores y también características propiamente del paciente, comprometido a mejorarse, estructura de personalidad sana y no frágil, nivel de coeficiente intelectual siempre es un buen aliado...”.

“...El rol del cuidador es precisamente que el tratamiento se cumpla y que obviamente den apoyo constante al paciente que está cursando por este tipo de diagnóstico, ese sería un rol principal, de sostén...”.

“...A mí me comenta que está recibiendo tratamiento eh medicamento, pero estos medicamentos eran de manera intermitente hasta que llega un periodo en el que ella llega lograr estar estable con estos medicamentos y empecé a hacer terapia...”.

“...Empezamos a desarrollar estrategias de afrontamiento, tratamos de regularizar el tratamiento farmacológico con coordinaciones con el hospital.”.

“...Empieza a mejorar el vínculo con el papá, el tratamiento farmacológico está más estable, hay una significación respecto a la situación abusiva, eh hay más estrategias de afrontamiento...”.

“...Entonces el tratamiento farmacológico iba cambiando constantemente...”.

“...Yo me enfoque que son los efectos del trauma más que el diagnóstico en sí, eso también nos permitió trabajar mejor porque ella no se definía de la depresión, ella se definía desde soy esta persona, me paso esto, pero aprendí esto otro, pero igual me sigue afectando

porque igual tengo cierta sintomatología...”.

“...El tratamiento farmacológico era súper inestable...”.

“...Entonces ahí yo hice como una revinculación al sistema que ella ya tenía digamos y ellos en este momento están continuando con el trabajo farmacológico y con actividades protectoras para ella, ella en este momento ya no está acá, el tratamiento respecto a la situación abusiva si bien se trabajó, no se pudo consolidar por todos estos elementos...”.

“...Nosotros hacemos una mirada más desde efectos de, más que el diagnóstico en sí...”.

“...Nosotros hicimos varias sesiones de psicoeducar un poco respecto al trauma en términos en que le pasa al cerebro, que le pasa con los fármacos...”.

“Yo creo que lo fundamental es un trabajo familiar, con los papás, es para mí es lo más lo importante, junto con el acompañamiento con adolescente o el niño, en paralelo, que es lo que hacemos mucho acá, también desde ahí el trabajo contextual porque uno ve al chico acá una vez a la semana, pero el chico se relaciona constantemente en el colegio o con el centro de salud, entonces, creo que también es importante estar en varias dimensiones constantes y también tener el apoyo psiquiátrico, pero, que pueda ver el trauma eh pero no desde lo patologizante, sino, que desde la mirada integral desde lo que le ocurrió a este niño, porque me ha pasado mucho que he visto a psiquiatras, sin querer desmerecer la labor que ellos tienen, que nos mencionan el diagnóstico, pero no entendemos que la sintomatología que está presentando a lo mejor puede responder a esto o esto otro, entonces la mirada integral se pierde en una mirada muy nosológica, muy etiquetante, entonces yo creo que es fundamente el apoyo psicológico, el trabajador social también que trabaje con la familia, el apoyo psiquiátrico y el apoyo contextual, yo creo que esas variables son fundamentales, y creo que estamos muy falta de, no sé si debería

decir esto, pero muy falta en el sistema de salud, siento que nos falta mucho eso porque nosotros abordamos los casos pero estamos muy al debe.”.

“Yo creo que considerar la etapa evolutiva en la que se encuentra, o sea esta en un etapa de muchos cambios físicos, hormonales, cerebrales también eh y también hay cambios culturales y sociales que también influyen en la construcción de identidad de un adolescente, entonces cuando estay en construcción de una identidad y tenemos todos estos cambios físicos, hormonales, en la etapa evolutiva propiamente tal, estos cambios incluso político, culturales, sociales, económicos , yo creo que influyen totalmente y hay que tener siempre en consideración.”.

“...Yo creo que de negativo eh yo creo que todo eh el inestable apoyo farmacológico...”.

“...En el área de lo psicológico es relevar la importancia de los tratamientos médicos porque es entender que este proceso que uno, que uno lo puede transgeneracionalidad, cierto, desde la falla en el cuidado, desde el ser no visto, tiene una repercusión en el aparato neurológico del niño, una repercusión concreta, o sea, mientras nosotros estamos hablando, están ocurriendo cambios bioquímicos en ambos, en ambos, cuando un chico es traumatizado a repetición, entonces no reconocido, por lo tanto, se repite, cierto, no contenido se repite, eh sus sistema nervioso cambia, cambia concretamente...”.

“...La necesidad de tratamiento medicamentoso, se sabe que los procesos depresivos sin tratamiento medicamentosos solo con psicoterapia no funcionan, porque tú‘tení’ una depresión de verdad...”.

“...La inclusión de los cuidadores en como la, como en la reestructuración de los vínculos, esta idea de que, de lo que necesita un niño no es un terapeuta que sea súper amoroso y que, y que haga los que los papás no hicieron, ya, porque, porque los niños tienen

sus familias ya y, por lo tanto, habilitar un espacio familiar donde las necesidades de los chicos puedan ser reconocidas...”.

“...No eres tú la estrella ahí como terapeuta, la estrella y los tratantes y los principales terapeutas son los papás, los papás, los profesos, los compañeros, a quienes haya en ese proceso, ya, y yo creo que entender la naturaleza relación histórica vincular de lo depresivo, es re importante porque si no podemos caer en un reduccionismo de que, de que un organismo esta depresivo aislado...”.

“...Hay que hablar de sexo, es como, hay cosas que hay que preguntarle a los niños, parte de la indagación eh ineludible de la evaluación de un adolescente es la sexualidad, la autonomía, la relación con los papás, la relación con los pares, la relación con el cuerpo, ya, con la masturbación, son cosas que uno tiene que preguntar, pero sobre todo cuando hay proceso depresivos, y lo, la pregunta sobre la ideación de muerte, la pregunta sobre la intención de muerte o la pregunta sobre si has pensado o has intentado suicidarte y como, hacer la pregunta directo, y lo mismo de la historia abusiva, ahí uno puede preguntar, de acuerdo, a gravedad, preguntar de manera distinta...” “...trabajo interdisciplinario, es como, como esencial, eh, sobretodo en casos graves yo creo que, se necesita gente con experiencia, de verdad está muy difícil...” “...para el éxito, trabajo en equipo, humildad y contención, es decir, la idea de, la necesidad de contención del terapeuta, yo te decía que yo trabajo hartito con las emociones...”.

“...Yo creo que siempre hay que incluir a la familia pero hay que ser explicito que cuando hablamos de familia hablamos de papa y mama al menos, es decir, sea cual sea la situación y cuando digo sea cual sea, es sea cual sea, estos chicos tienen un papá y una mamá y si están hay que incluirlos, ya, y en los servicios públicos suelen suceder que como van las puras mamas, uno excluye tácitamente la participación de los papás, la mama dice no él tiene que trabajar no

va a venir y resulta que después lo llamas por teléfono tú y el caballero es el tremendo aporte y viene ‘altiro’ y se hace el tiempo, entonces la inclusión de la familia que cumpla al menos con los cuidados directos del niños...”.

“...A nivel personal donde trabajamos mucho el fortalecimiento de su autoestima, definir tu identidad, quien soy, que quiero, proyecto de vida... eso por un lado... se trabaja mucho lo cognitivo conductual...mmm... con tareas, tareas para la casa, ya vas a reflexionar de esto en la semana o te voy a mandar un video... yo trato que la comunicación con ellos no sea solo cuando vengan en la semana a la sesión... generalmente les dejo mi correo...”.

“...Otro ámbito es el familiar necesariamente hay que involucrar a la familia, ya porque también pasa mucho que te traen al chico y es como “arréglame al niño” “mejórame a la niña” y el discurso acá es no...esto es un tema que está afectando a toda la familia y tenemos que trabajar en equipo y todos tenemos que hacer cambios y también a los papás les voy dando pequeñas tareas de comunicación, de estrategias, de reconectarse físicamente con los chiquillos... trato de hacer un trabajo en paralelo en los dos ámbitos...”.

“...Bueno el tratamiento farmacológico también que es un ‘temazo’ porque a veces las sobredosis son del mismo medicamento que están tomando entonces hay también es otra opción u otra oportunidad de involucrar a los papás “usted supervise, usted acompañe mientras se está tomando la pastilla... Convérsele”... la psicoeducación es clave porque también ellos están en esta etapa donde se creen invencibles “no me va a pasar nada, no si ya me siento bien... no necesito más pastillas” y la dejan y a los dos días están descompensados y hay que explicarles que si no se la toman hay que partir todo de nuevo... hay que tener una repetición constante...”.

“...En el fracaso la poca consistencia... no venir a las sesiones, la no participación de la familia, muchas veces pasa que los chiquillos

vienen y hablamos de cómo están las cosas en la casa “y no, todo está igual” y eso sigue reforzando este círculo vicioso, te fijas... la familia tiene que tener un rol activo, esa es una de las exigencias digamos para que el tratamiento pueda funcionar...”.

“...A ver los cuidadores son claves porque al final del día son ellos los que están interactuando con los chiquillos... yo siempre les digo “ustedes son expertos en sus hijos” porque ellos los ven todos los días y están con ellos siempre, entonces en el fondo también es hacerlos ver que gran parte de la recuperación de su hijo o hija tiene que ver con ellos... con que tan disponibles están, que tanto tiempo invierten en su hijo, a veces tú le preguntas a los papás “¿Qué serie está viendo tu hijo? No se unos monos japoneses. Ya, pero ¿de qué se trata? Te has sentado a mirarlos con él” o “¿qué música está escuchando? o ¿cómo le va en el colegio? cosas así me entiendes... que suenan tan básicas pero que son vitales, porque lo que los chicos necesitan es sentirse visibles “que me ven, que saben que estoy aquí y que me están pasando cosas, que quizás no lo estoy pasando tan bien en el colegio” por ejemplo...”.

“Entonces hay dos líneas, por eso te estoy hablando de lo preventivo como poder identificar elementos que son individuales y por otro lado el sensibilizar a la gente sobre yo creo que la depresión al menos en los adolescentes, en la adolescencia si es un problema, no es una descripción del estar pasándolo mal, yo lo podría describir como una enfermedad y eso le da el poder, el peso de esto es urgente y necesario”.

“...Entonces uno de los elementos más usuales que yo me encontraba eran adolescentes que si bien podían participar no se motivaban mucho por la terapia psicológica y tenían que recurrir a otras técnicas que tampoco los motivaban, las encontraban generalmente infantilizadas, te estoy hablando de chicos que ya vienen de vuelta y donde no tienen mucho tema el jugar, a menos que

sea futbol.”

“Bueno entendiéndolo como una enfermedad, que tiene todos estos síntomas tan adversos, específicamente en la adolescencia, entonces lo que necesitas hoy día es un plan de salud que intervenga cuando la depresión se inicia...”

“...Formar terapeutas que trabajen específicamente con este tipo de personas que manifiestan las depresiones de otras formas y que requieren otro tipo de acciones para intervenir es un mito que toman los psicólogos de que en la adolescencia explota el pensamiento abstracto eso no es verdad, los adolescentes comienzan a ser más abstractos, pero en realidad son muy concretos, no son tan abstractos entonces la creencia de que tú puedas ahondar es difícil con ellos.”

“Yo me he dado cuenta de que en la intervención con adolescentes es importante que se sepan algunas cosas, por ejemplo que ciertas dinámicas familiares complejas que se viven y que son causa de esto, no necesariamente son posibles de simbolizar para estos adolescentes y lo que finalmente termina pasando es que estos adultos odian más a los adolescentes contrayéndole temas de los cuales no sabe qué hacer o que pensar por que te digo eso, lo estoy vinculando con un tema de formas profesionales que sean especialistas en el trabajo con adolescentes, generar planes de salud que sean específicos y a la medida de los adolescentes...”

“...Tener herramientas diagnosticas que sean más prontas, que puedan hacer distinciones entre estar pasándolo mal y estar deprimido y generar información y alarma en los colegios, a veces los colegios no tienen protocolo para reaccionar, tenemos que informar a los colegios, educar a los profesores y entender que si no intervenimos a tiempo en la adolescencia en depresión esto puede desencadenar en los intentos de suicida...”

“El fortalecimiento de la parentalidad de los padres de los cuidadores de ese adolescente, pero como la acomodación a la nueva

parentalidad... la parentalidad de un adolescente no la parentalidad de un niño.”.

“Yo pienso que los adolescentes formas redes de apoyo entre ellos, eso es importante entender que en los vínculos descansa la terapia más que la terapia individual”.

“...Un factor que puede afectar el fracaso tiene que ver con el focalizar la intervención solo en el adolescente en el imaginar que en la terapia individual en el que traer al adolescente a la sala, al box y el creer que verlo a él solo es la clave yo creo que eso es un fracaso”.

“...El fracaso viene acompañado de reducir la intervención solo al plano individual”.

“...No valorar la posibilidad de un tratamiento farmacológico de los médicos...”.

“...Así como puede ser tan grave el focalizar el proceso en lo individual creo que puede ser igual de llevadero al fracaso el no tener al menos ciertos espacios de individualidad.”.

“...El no reconocer la necesidad de apoyo de otros profesionales, el no coordinarse con la escuela y los contextos cotidianos...”.

“...En el éxito el incluir a las figuras significativas, el considerar un trabajo multidisciplinario...”.

” Como darse tiempo para conocer al adolescente como a su propio ritmo porque van a ver adolescentes que se van a demorar mucho en contar el tema de abuso, aunque lo hayan develado...”.

“...Es importante respetar sus tiempos...”.

“Es importante para el éxito no sé si al adolescente le gusta el anime esa puede ser una forma de trabajar, si le gusta la música la música, si le gusta el deporte el deporte, como encontrarle los intereses a los adolescentes como las formas de explorar de conversar ciertos temas.”

“...El no trabajar con las personas el asumir que la terapia la hace uno... cuando a veces lo terapéutico no es uno... lo terapéutico son

los papás, los amigos, los profesores porque ellos están con el adolescente todo el tiempo y eso es poner mucho peso en la mochila del terapeuta es ilusorio también los papás van a estar toda la vida y algunos amigos también...”, “...los padres a veces no logran comprender porque al adolescente ha intentado suicidarse y a veces a los papás también hay que acompañarlos en eso, apoyar a los papás para que contengan las actuales sintomatologías depresivas, para que elaboren la situación abusiva...”.

“...Hay que ayudarlos a empatizar con los estados emocionales y validar la emoción no la acción, pero si la emoción que está detrás yo creo que eso también es importante con el trabajo con los papás...”.

“...Y el trabajo con las redes también el adolescente necesita figuras de apoyo en distintos ambientes, con gente que este monitoreando sus estados de ánimo...”.

“...Yo creo que la intervención grupal también como que el adolescente participe con otros adolescentes...”.

“...En el fracaso es no asegurar un piso proteccional... si existió abuso sexual asegurarnos que eso no está pasando otra cosa que puede dificultar o llevar a un fracaso es no mirar que este problema pudo evolucionar hacia un problema más grande”.

“Y plantearle hartas estrategias de trabajo no solo una como ser flexible eso es importante para el éxito”.

“...Los cuidadores cumplen un rol súper importante, ese rol tiene que ver en primera medida con dar credibilidad a lo que ha vivido el adolescente... como credibilidad sin minimizar es decir “lo creo y creo que fue grave”, en aceptar las consecuencias del abuso como algo que puede ocurrir como validar las emociones del adolescente que vivió en una situación de abuso... contenerlo en situaciones como los flashback, preguntas e inquietudes”.

“...Lo bonito de esto es que cuando uno empieza a trabajar ese aspecto de la vida del niño o del adolescente, en este caso el

adolescente, la sintomatología disminuye”.

“Yo creo que el mejor antídoto es mejorar el contacto social, entonces un poco ahí, trabajar el tema de los límites”.

“...Trabajar entonces el tema del cuerpo, de la autoimagen en ese sentido, como no traspasar ciertos límites, cuidarse a ti mismo, en la depresión tu dejas de cuidarte.”.

“...Es importante a trabajar eso, de cómo mejorar sus relaciones...”.

“En el éxito, claramente lo que es haber formado una buena alianza con los padres y con el adolescente”.

“Y en el caso del adolescente la alianza terapéutica es fundamental porque además desde mi forma de trabajo yo trabajo mucho desde la reparación de los vínculos a través del proceso de terapia.”.

“Y en el fracaso ocurre lo mismo, si no hay una buena alianza con los padres, si no empatizas con este adulto.”, “En torno al fracaso también cuando uno hace una conclusión del motivo de consulta y no involucra... a ver, por ejemplo: en torno a establecer mejores límites.”.

“Nosotros en el PRM estamos, los niños ingresan por abuso sexual pero nosotros terminamos ordenando el sistema familiar, en el buen sentido de la palabra, porque a veces no tienen rutinas, ni hábitos, uno es súper respetuoso en la forma de vivir, pero no podemos quedarnos pasivos ante eso y a veces pasamos el año completo ideando estrategias para que los adultos vayan al programa, para que se trabaje la temática porque no es fácil” “O a veces pasa que los niños no quieren hablar de lo sucedido, a veces la dinámica familiar también influye en que los niños no quieran hablar del tema, cuando está instalado el secreto en las relaciones entonces esto se complejiza mucho.”.

“...Y los tiempos también, los tiempos de los niños que no son los mismos que los de nosotros.”.

“Un buen tratamiento ordena los roles, las funciones al interior de la familia y al final yo creo que la depresión en la manifestación de todas estas mil hipótesis de como yo trabajo, de experiencias no elaboradas y se manifiestan en sintomatología, entonces trabajar historia de vida con ellos, con el grupo familiar, para reconstruir la historia de este niño, en cada etapa del desarrollo, visualizando los recursos que tienen, las maneras de afrontar más de lo positivo ya no tanto de lo negativo, porque se puede presentar una crisis.”.

“...Por un lado está el tema de como establezco relaciones a partir de una categoría que se me asigna de deprimido, eso interfiere en las relaciones con otros, tengo el caso de un adolescente que desde que se empezó a deprimir que vio que el resto lo ha ido alejando, entonces es un círculo vicioso porque está deprimido porque se siente solo, entonces es importante a trabajar eso, de cómo mejorar sus relaciones.”.

Significados de el/la psicólogo/a respecto al pronóstico

“...Yo he visto que hay un buen pronóstico si es que la detección del cuadro es temprano y hay un tratamiento adecuado, lo más probable es que haya éxito...”.

“...Yo he tenido experiencias bastante positivas con este tipo de casos, si se trabaja con constancia, con harta energía y con un equipo de trabajo es bastante probable que haya éxito y buen pronóstico...”

“...yo creo que lo fundamental es adultos responsables que puedan apoyar el proceso en condiciones adecuadas, tener el tema proteccional asegurado que es algo que a nosotros nos falta harto acá, o sea, sin un piso proteccional, sin adultos responsables que puedan aportar es difícil, creo que también el apoyo contextual que le brindemos a, en beneficio del adolescente, independientemente los lineamientos técnicos que tengamos cada programa, la mirada del adolescente integral, en toda su magnitud, cognitivo, social, corporal incluso, emocional, porque muchas veces se atiende el trauma pero el trauma también está muy enraizado en el cuerpo, eso yo creo que es

una...”.

“...Yo creo que lo fundamental es adultos responsables que puedan apoyar el proceso en condiciones adecuadas, tener el tema proteccional asegurado que es algo que a nosotros nos falta harto acá, o sea, sin un piso proteccional, sin adultos responsables que puedan aportar es difícil, creo que también el apoyo contextual que le brindemos a, en beneficio del adolescente, independientemente los lineamientos técnicos que tengamos cada programa, la mirada del adolescente integral, en toda su magnitud, cognitivo, social, corporal incluso, emocional, porque muchas veces se atiende el trauma pero el trauma también está muy enraizado en el cuerpo, eso yo creo que es una...”.

“...Que se puede y que a pesar de que la cosa esta grave, eh a mí me llena de esperanza el trabajo que hacemos, yo siento que, que hay muchos chicos que, que sale adelante, ya, y, y la visión siempre desde el recurso, o sea para que quejarse de lo mal que esta cosa...”.

“...Yo diría que en general es bastante favorable, yo podría decirte que los chiquillos que yo he recibido estando en el colegio después cuando ya entran a la universidad... de alguna manera la madures también influye evidentemente pero... hay como un cambio de switch en ellos y empiezan a descubrir que las cosas la están haciendo para ellos... para ellos tener un sentido un proyecto y ahí se genera un cambio especial...” “...Creo que obviamente es más manejable una depresión con intento de suicidio que un abuso sexual, ya qque eso conlleva un trabajo mucho más profundo, hay que reparar muchos ámbitos más, pero el tema de depresión con intentos de suicidio yo diría que tiene un pronóstico optimista...”.

“...La detección temprana principal es principal y la prevención...”.

“Desde mi experiencia, he tenido buenos resultados con terapia largas, cuando te digo terapias largas, trabajando un año, con el

adolescente con la familia y apoyo psiquiátrico, no son diez sesiones. Y buenos resultados en que se tratan temas familiares que deben ser abordados, se trata de manera abierta y las familias están dispuestas a cambiar. Y aun así eso se traduce en cohesión familiar, parece que es el primero, pero también en la posibilidad de acercarse en estos pares, en reconocer las señales de la depresión para pedir ayuda. Y aun así eso se traduce en cohesión familiar, parece que es el primero, pero también en la posibilidad de acercarse en estos pares, en reconocer las señales de la depresión para pedir ayuda...”.

“...Desarrollar ciertas estrategias favorecer todos estos factores resilientes, que son familiares de contexto...”.

“...La falta de motivación por parte de las familias, familias que no creen en el psicólogo, aquellas que piensan que son puras leseras, a propósito de esto yo te acabo de mencionar un caso que duro más de un año...”.

“Hay familias que hablan mal de la terapia o el terapeuta, que les cayó mal y luego el adolescente no le tienen mucha confianza en su terapeuta porque saben que ciertas cosas no hay que hablarlas allá o que se triangulan al adolescente entre el terapeuta y la familia y el terapeuta también tiene sus batallas contra la familia a través del adolescente. Entonces ahí un tema, con las familias, a veces te pueden terminar con la terapia, y segundo los adolescentes mismos que nunca tienen motivación, lo primero que hay que trabajar no es que el adolescente ese deprimido, he aprendido que los terapeutas que trabajan con adolescentes con depresión no es aconsejable creo yo que se mantengan en los síntomas y hablar de cómo de bajan los síntomas sino hablar de la vida del adolescente, y como este síntoma tiene efectos sobre la vida.”.

“...Es un trabajo multidisciplinario, la evaluación de posible necesidad farmacológica, el trabajo parental yo creo que es super importante con los adultos, la terapia individual con el adolescente

orientado más que nada como a validar sus estados emocionales... como a aceptar y validar esas emociones, también a fortalecer recursos, yo creo que la intervención grupal también como que el adolescente participe con otros adolescentes...”.

“...Fortalecimiento del trabajo con pares también es una línea súper importante de intervención... el trabajo con los profesores la contención que se puede brindar en los colegios... el trabajo con salud mental, con profesores”.

“...Evaluar el grado de severidad de la depresión, ver si hay un tipo de comorbilidad con un trastorno ansioso, que eso pasa mucho, y también evaluar si tiene que ver más un trastorno del desarrollo de la personalidad porque eso también está muy frecuente, cada vez aparecen más los casos derivas por trastorno de la personalidad.”.

“...La derivación a psiquiatra si los síntomas son más severos y particularmente en el trabajo con jóvenes, incorporar a la familia”

“Ahora me ha pasado que los adolescentes no quieren trabajar con la familiar, ahí les damos un poco de tiempo, yo soy súper respetuosa en los tiempos de los adolescentes (...), yo creo que hay que esperar a que el adolescente esté listo” “trabajo parental, del impacto que tiene para los padres tener un hijo con sintomatología depresiva.”.

“Entregar estrategias de afrontamiento que se acomode al adolescente y trabajo parental, del impacto que tiene para los padres tener un hijo con sintomatología depresiva.”.

Significados de el/la psicólogo/a respecto a su relación con el/la adolescente.

“La verdad es que desde siempre me interesó a clínica infanto-juvenil, no pensé en trabajar en adultos ni con otra...” “...incluyo elementos como lúdicos, entretenidos de repente con los adolescentes, herramientas más como dinámicas...” “...es un desafío a veces para los terapeutas porque hay que aguantar bastantes golpes por parte de los pacientes, porque a nivel transferencial es bastante denso el tema, entonces hay que tolerar, tolerar, tolerar, hasta que se ven los frutos...”.

“...Yo creo que lo fundamental es creer en ellos, o sea, poder ver el dolor que ellos sienten, yo creo que lo fundamental es poder conectarse como profesionales con ellos, yo creo que esa es la labor más importante que tenemos para poder acceder a todo a lo otro, lo más importante es llegar a vincularnos, y darle confianza, seguridad, un apoyo y creer, creer yo creo que ahí podemos proporcionamos un poquito de esperanza, que la desesperanza mantiene toda esta sintomatología, es algo súper escaso, yo creo que eso es lo más importante y vocación, yo creo que también es importante de parte del profesional, eso confiar en ellos y poder traspasarle también esto a los papás, para que no sea solamente a nivel terapéutico con el profesional, sino que también con el adulto que lo acompañe, el adolescente que está teniendo esta sintomatología en el fondo está pidiendo ayuda, eso, escucharlo, es validarlo, es aceptarlo, yo creo que desde ahí tenemos el piso del adolescente, se lo traspasamos al adulto y ahí tenemos el piso más completo y lo contextual, lo cultural que también es fundamental, podemos trabajar desde ahí igual, eso.”.

“...Mira fue por un tema de me gustaba la idea de trabajar con niños en el fondo...”.

“...Yo supongo que tiene que ver con historias personales, yo creo que tiene que ver con (silencio) con eh con la idea de que los chicos no tienen mucha voz y la idea de que como sociedad tenemos una tremenda deuda con la población de infancia, que están muy solos, que están desprotegidos en términos sociales...”.

“...Los síntomas se instalan en la vinculación, ya, entonces cuando llega un chiquillo o una chiquilla y se vincula con un terapeuta en un espacio cercano es esperable que aparezca esta manera de vincularse que tiene que ver con la dinámica abusiva o la dinámica traumática, y eso es lo que uno puede ver...”, “...yo soy un terapeuta que trabaja mucho con la emoción y que me vinculo muy cercanamente con mis pacientes, a mí me, me duele, me pasan cosas, cachay, y pero bien,

es manejable, como uno trabaja y eso licita en la situación terapéutica que aparezca síntomas vinculares porque tú te instalas dentro de un espacio más íntimo, ya, y son chicos que no están acostumbrados a ser reconocidos sin riesgo entonces cuando tu estay con la chiquilla y yo le cuento esto es muy probable que, entonces aparezcan estos síntomas que tienen que ver con la dinámica vincular cercana y que esta mediada por la situación de abuso o de maltrato o de abandono...”.

“...Controlar la omnipotencia, de que nosotros no estamos para salvar a nadie, es un elemento clave...”.

“...Nosotros tenemos que buscar recursos, ser agentes de recurso...”.

“...Desde que entré a estudiar psicología siempre me sentí atraída por ese grupo digamos, por los niños, me encantan los niños me encanta trabajar con ellos...”.

“El vínculo con el terapeuta también, ósea si el chiquillo viene y no se siente cómodo, escuchado o acogido no vamos a llegar a ninguna parte, eso también es súper importante... el conectarse con ellos desde sus propios intereses, yo creo que es súper importante ser receptivo, ser curioso, preguntar por la música que les gusta, que serie están viendo, que libro están leyendo y buscar formas de comunicarse con ellos desde lo que a ellos les gusta, porque generalmente no les gusta mucho hablar... es extraño encontrarse con un adolescente que quiera contarte sus cosas entonces si tu descubres que a él o a ella le gusta escribir... entonces no sé yo les traigo un cuaderno “este va a ser tu cuaderno, aquí puedes escribir tus cosas” y después me trae el cuaderno y hablamos del cuaderno... a partir de eso vamos abriendo los espacios, creo que eso es súper importante y no existe un recetario... porque uno como terapeuta tiene que adecuarse al paciente necesariamente...”.

“...Flexibilidad primero que todo, hay que ser súper flexible, hay

que ser curioso, hay que estar súper actualizado...” “...validarlos, validarlos en eso, que el lenguaje que nosotros usamos con ellos sea positivo de reafirmación... creo que es clave y estar disponible para ellos...”.

“...Yo soy hombre y yo tenía la sensación de él se vinculada conmigo por lo que yo creí, sin saber que él tenía una historia con el papá y cuando me dijeron que él tenía algo con el papá, mi hipótesis fue ah claro, está buscando un papá y algo de eso había, pero no era el foco del problema.”.

“...Finalmente tú necesitas vincularte con el cabro y entender lo que realmente le está pasando, y entender que lo que hoy en día no es que lo que le está pasando son altos y bajos sino que lo está pasando pésimo en el colegio y se va todos los días llorando para su casa y no quiere que pase mas eso y no sabe muy bien que es lo que pasa y le afecta, le duele y se va llorando, y eso es el tema de eso hablando a hablar y cuando empezamos a hablar de bueno, okey, muy bien cuéntame cómo te has sentido hoy, entramos en esa lógica y ahí pasa que el adolescente no cacha y engancha contigo, entonces ahí vemos que el tema pasa el vínculo, la motivación al tratamiento pero también por estas estrategias del mismo terapeuta que a veces están muy conectados con el trabajo con adolescentes entonces que no engancha y finalmente no continua el tratamiento.”.

“Otro factor que puede hacer que no ande bien esto puede tener que ver con el encuadre que se establece con el adolescente en estos casos, en que podría ser medio difuso, y él puede creer que tú eres su amigo que frente a situaciones como la ideación suicida o los cortes tu no vas a hacer nada, te vas a quedar callado y yo si tengo la experiencia de terapeutas que conozco que han establecido encuadres de este tipo en donde todo es secreto y no saben qué hacer frente a estas situaciones y tienen que develar estas situaciones y cuando lo hacen el adolescente pierde la confianza en la primera o única

persona que confía entonces no hay más y se acabó...”.

“... El otro problema es que cuando tú tienes una mala experiencia terapéutica empiezas mal en la siguiente también entonces de ahí también le cortas la posibilidad de que sigan en el circuito del creer en la intervención.”.

“Estoy pensando como en el desarrollo evolutivo, los cambios de ánimo que tienen los adolescentes que pueden llevar a que tu no entiendas bien la relación que tu estas teniendo con el adolescente, una vez que tienes un vínculo armado con él, el adolescente una cosa que estoy convencido es que el vínculo con un adolescente nunca se establece, solo se desarrollase da, pero no se establece, no es algo que tu des por sentado, eso no pasa nunca con el adolescente entonces cuando tú crees que eso está tú te arriesgas a hacer intervenciones que pasan esa zona que el adolescente está dispuesto a aceptar y te puede mandar de vuelta, puede no querer venir más...”.

“... Dentro de los mismo cambios de ánimo, tu puedes creer que el adolescente está súper bien y en realidad tienen una pésima relación y el adolescente llega cansado con sueño y no quiere participar y hay que reconocer que esas cosas tienen que ver con el adolescente, no necesariamente tiene que ver contigo, a veces tiene que ver que tienen un vínculo, que el adolescente te puede decir estas cosas y tú puedes entender que necesita tiempo, que esta semana no va a ser una buena semana para atenderlo y ya.”.

“...A veces los terapeutas que son más marcadores de límites, tienen que saber también que los adolescentes a veces se mueren por escribirte cosas o traspasarte información, mandarte cosas que encontró en internet, compartir su experiencia finalmente, en el momento en que quiere compartirlas, y tienen que estar dispuestos a tomar eso terapéuticamente, más que tomarlo como una falta de respeto, ver cómo le saco partido a eso.”.

“Si...yo me interese en trabajar con niños y adolescentes.”.

“...El asumir que la terapia la hace uno... cuando a veces lo terapéutico no es uno... lo terapéutico son los papás, los amigos, los profesores porque ellos están con el adolescente todo el tiempo y eso es poner mucho peso en la mochila del terapeuta es ilusorio también los papás van a estar toda la vida y algunos amigos también.”.

“...Yo pienso que cuando hay sintomatología depresiva eso puede ser en general, pero cuando hay intentos de suicidio junto a estas depresiones en adolescentes que han vivido historias de abuso sexual me ha pasado mucho sobre todo en el hospital que los adolescentes develaban el abuso a propósito del intento de suicidio... entonces yo creo que ese es un buen momento para los profesionales para pesquisar.”.

“...Como que te empiezan a poner temas sobre la mesa, pero no te los revelan todavía y ahí uno tiene que validar eso ‘has pasado cosas que son difíciles de imaginar... talvez en algún momento tú quieras compartir eso... yo voy a estar ahí si tú lo quieres hablar.’”.

“...Cuando tú le das el tiempo al adolescente para hablar sorprendentemente te comienzan a contar “no es que lo que a mí me paso” y te comienzan a contar un poco del abuso que habían vivido antes.”.

“...Los padres a veces no logran comprender porque al adolescente ha intentado suicidarse y a veces a los papás también hay que acompañarlos en eso, apoyar a los papás para que contengan las actuales sintomatologías depresivas, para que elaboren la situación abusiva pero también la familia necesita elaborar por qué el adolescente intento suicidarse.”.

“...El trabajo con las redes también el adolescente necesita figuras de apoyo en distintos ambientes, con gente que este monitoreando sus estados de ánimo, estar atento a las señales.”.

“Yo creo que es importante el tema de no victimizarlo, reconocer las fortalezas que han tenido a lo largo de su vida, celebrar las

estrategias de afrontamiento.”.

“...Celebrar que tiene recursos, es el mecanismo que un adolescente tiene para sobrellevar esto.”.

“...Bueno por un interés personal, motivación personal en el trabajo con niños y niñas, jóvenes.”.

“...Me ha pasado como también hay adolescentes más ambivalentes que se enojan conmigo entonces ahí ojo, con yo identificar que es su estilo de apego, que él es así, y después ver como eso va cambiando en proceso es bonito...”.

Comprensión Amplia

En este apartado, se realiza un análisis amplio de las Unidades de Significado en relación a las Unidades Temáticas.

Significado de el/la psicólogo/a respecto a la relación adolescente/cuidador/a

Los/las psicólogos/as reflexionan que existen temáticas a nivel relacional entre el/la adolescente y su cuidador/a en edades tempranas previas a la aparición de la sintomatología, en donde todos/as los/las entrevistados/as han podido visualizar cuidadores/as que están poco disponibles, existiendo en su mayoría temas asociados a negligencias y poca supervisión por parte de estos/as.

Respecto a la sintomatología depresiva, de acuerdo a los/las psicólogos/as los/las cuidadores/as deben ser los que perciban las primeras señales de alerta en relación a la aparición de síntomas, es decir, que logren darse cuenta que algo está pasando, y a su vez activar las redes de apoyo en pos del bienestar del/la adolescente.

A su vez, respecto a la/s situaciones de abuso de carácter sexual sufridas por el/la adolescente, en muchos casos los/las psicólogos/as dan cuenta que los/las cuidadores/as poseían sus propias historias de abuso sexual, en esta misma línea, el rol de los/las cuidadores/as en estos casos de

acuerdo a lo que reflexionan todos los psicólogos/as debe ser el de otorgar credibilidad, validar las emociones del/la adolescente y asegurar la protección de tal forma que se logre minimizar las posibilidades de una nueva ocurrencia.

Significado de el/la psicólogo/a respecto de los cambios en la etapa de la adolescencia

Los/las psicólogos/as en su mayoría definen la adolescencia como una etapa de cambios a nivel físico, neurológico, cognitivo, social y cultural, por lo que de acuerdo a los/las entrevistados/as, es fundamental entender y reconocer la etapa evolutiva de estos/as adolescentes. Respecto a estos cambios todos/as los/as psicólogos/as reflejan que la construcción de la autoestima y su visión de sí mismo/a se ve fuertemente afectada en estos/as adolescentes que han padecido sintomatología depresiva con intentos de suicidios y una o más experiencias de abuso sexual, a su vez, la aparición de situaciones críticas en relación a su propio cuerpo y los límites corporales en relación a otros.

Significado de el/la psicólogo/a respecto a el/la adolescente y la relación con su grupo de pares

Los/las psicólogos/as entrevistados/as reflejan la relevancia de las relaciones entre los/las adolescentes y sus pares, teniendo estos últimos una influencia positiva y/o negativa en el/la adolescente con sintomatología depresiva. De acuerdo a lo que manifiestan los/las psicólogos/as, es necesario reconocer el valor de las relaciones que establecen adolescentes y sus pares. La influencia negativa en la sintomatología depresiva en el/la adolescente podría verse afectada por situaciones estresantes en los establecimientos educacionales, ser víctima de bullying, no sentirse aceptado ni valorado, sentirse solo y marginado de su grupo de pares.

La mayoría de los/las psicólogos/as entrevistados también refieren que un tema común en los/las adolescentes y sus pares, es la influencia entre ellos sobre las ideaciones suicidas y el

autoinflingirse lesiones, en donde muchas veces el autolesionarse o cortarse, es por seguir a lo que hacen los demás, o por moda. Esto se daría de manera especial en las relaciones de pololeo, en donde existiría una influencia y dependencia en el accionar respectivo de la pareja.

Los/las psicólogos/as significan la influencia positiva de los pares en la vida de los/las adolescentes, en cuanto al apoyo que estos podrían representar en los/las adolescentes con sintomatología depresiva, como un medio que les puede ayudar a salir de dicha situación, por lo cual los psicólogos/as refieren que debiese existir un fortalecimiento en los vínculos con los pares, amigos o pololos que son un aporte en la vida de los/las adolescentes.

Significado de el/la psicólogo/a respecto al desarrollo de los síntomas

Respecto al desarrollo de los síntomas depresivos en los/las adolescentes, los/las psicólogos/as reflexionan que en su mayoría los síntomas se hacen notar claramente entre los 13 y 16 años. Sin embargo, mencionan, que estos síntomas también se manifiestan en la infancia de manera más camuflada, en donde predomina la irritabilidad y agresividad. En la adolescencia refieren, que se presentan de forma clara los síntomas antes dichos, sumándose síntomas como la desesperanza, desmotivación, tristeza, aislamiento, anhedonia, ideación suicida y autolesiones.

En cuanto a factores que pudiesen influir en la sintomatología depresiva en los/las adolescentes, los/las psicólogos/as significan como relevante el contexto o ambiente relacional en que se desenvuelve el/la adolescente. Primeramente, la negligencia parental, entendiendo esta, como invisibilización de necesidades, abandono, sobre exigencia, violencia intrafamiliar, abuso sexual, existencia de algún quiebre o separación importante para los/las adolescentes. En el ámbito escolar los/las psicólogos/as muestran como el que el/la adolescente sea víctima de violencia escolar o bullying, aislamiento entre sus compañeros y profesores afectaría en el desarrollo de síntomas depresivos. También los/las psicólogos/as en su mayoría exponen que

podrían existir antecedentes genéticos o biológicos, que explicarían la presencia de síntomas depresivos como herencia familiar, que se traspasa de generación.

Lo que los/las psicólogos/as reflexionan acerca del impacto de la vivencia de abuso sexual en el/la adolescente es que los síntomas depresivos se acrecientan cuando el/la cuidador/a no dio credibilidad o contención a el/la adolescente. De acuerdo a lo expresado por los/las psicólogos/as aumentarían las ideaciones suicidas y las autolesiones, además de estar presente sentimientos de culpa, vergüenza, fracasos y abandono.

Significados de el/la psicólogo/a respecto a las áreas de intervención

Los/las psicólogos/as refieren ciertas áreas de intervención que se vinculan, a un óptimo abordaje de la depresión y, por otro lado, aquellas que se vinculan al fracaso en el tratamiento psicoterapéutico. Dentro del primer grupo mencionan la importancia de un trabajo multidisciplinario, en el cual se contemple un tratamiento farmacológico que apoye el proceso psicoterapéutico, en los casos que sea necesario. En este grupo también se encuentra el área de intervención familiar, en tanto, destacan la importancia de incorporar a los/las cuidadores/as en el proceso de psicoterapia, todos/as coinciden en que los/las cuidadores/as son fundamentales en el éxito del tratamiento, como es descrito en todas las entrevistas, ellos/as son los/las principales encargados/as de proveer apoyo y contención a los/las adolescentes.

Otra área de intervención que los/las psicólogos/as mencionan en relación a un tratamiento exitoso, tiene relación con la importancia del trabajo vincular con el/la adolescente, la terapia debiese enfocarse en la reparación de los vínculos tanto familiares como con sus pares y ayudar a los/las adolescentes a establecer relaciones que sean más saludables para ellos desde lo vincular. Se mencionan como elementos secundarios de la reparación vincular, el que los/las adolescentes

desarrollen la capacidad de delimitar sus espacios íntimos y personales en las relaciones interpersonales y logren adquirir mayor autonomía.

En el segundo grupo, podemos encontrar aquellas áreas de tratamiento que podrían influir en el fracaso de dichos procesos de intervención, dentro de estos los psicólogos/as reportan que la baja adherencia al tratamiento por parte de las familias de el/la adolescente, el poco compromiso de parte de estas. También mencionan el área de tratamiento focalizada sólo en lo individual, los/las psicólogos/as refieren este componente como principal en el fracaso de la terapia psicológica, este tiene relación con no vincular a el/la adolescente con su contexto y principalmente con sus redes de apoyo más cercanas, familia, amistades y contexto escolar. No mirar el problema desde un enfoque global y en los diversos contextos en donde se encuentra presente en la vida de el/la adolescente puede perjudicar el tratamiento.

Relacionado a esto, los/las psicólogos/as refieren el área individualista de abordaje del problema, y en ello no considerar un trabajo multidisciplinario, ni vincular a el/la adolescente a redes que pueden ser beneficiosas para él, como el tratamiento farmacológico, vincularse con el contexto educacional, por ejemplo. Otro componente ligado al fracaso en psicoterapia, se encuentran la presencia de cuidadores/as poco disponibles para los/las adolescentes. El no considerar el trabajo vincular con el/la adolescente y sus cuidadores/as, también es referido por los/las psicólogos/as como un elemento que facilita el fracaso en la terapia. Dentro del área de trabajo individual, se menciona que no trabajar elementos propios de la adolescencia, como descubrimiento y fortalecimiento de la identidad, autoimagen y autocuidado, también favorecen un tratamiento menos exitoso.

Significados de el/la psicólogo/a respecto al pronóstico

Los/las psicólogos/as refieren, por un lado, significados respecto de un buen pronóstico de la depresión, diferenciándolos de aquellos de mal pronóstico. En el primer grupo se encuentran asociados los siguientes elementos: El apoyo contextual, en tanto exista un marco social y familiar que de soporte a el/la adolescente que transita por estados depresivos, en ello amistades, familias y otras relaciones significativas para él o ella, que le brinden comprensión y estén presentes durante el proceso de tratamiento.

Dentro del contexto psicoterapéutico también se menciona un elemento que contribuye a un buen pronóstico de la depresión, el respetar los tiempos de el/la adolescente, considerando, principalmente en los casos en donde hay historias de abuso sexual, no presionarlo a develar la/s situación/es de abuso o a que se recupere pronto en casos de depresión. Brindar en el contexto terapéutico, herramientas para que los/las cuidadores/as fortalezcan el vínculo con estos/as adolescentes de modo que puedan comprender las necesidades afectivas y emocionales que ellos/as requieren. Otro significado de un buen pronóstico, según dan cuenta los/las psicólogos/as, tiene relación con observar las características de el/la adolescente y en base a esto adecuar la terapia psicológica, entre las características que ellos/as más refieren se encuentran: la estructura de personalidad, la capacidad de insight, coeficiente intelectual. También ellos/as mencionan como importante, realizar una evaluación para descartar la existencia de comorbilidad con otros trastornos.

En cuanto a los significados en torno a un mal pronóstico de la depresión, la mayoría de los/las psicólogos/as confluyen en que la baja adherencia al tratamiento y el poco compromiso con la terapia por parte de las familias de el/la adolescente, podrían facilitar un peor pronóstico para la depresión. Nuevamente aparecen como elementos a considerar, el trabajar desde sólo un

enfoque disciplinario, sin articular redes y enfocando la terapia hacia intervenciones individuales, conforman elementos que podrían empeorar el pronóstico en adolescentes con estas características.

Significados de el/la psicólogo/a respecto a su relación con el/la adolescente.

Los/las psicólogos/as describen en su mayoría lo significativo que es para ellos/ellas el establecer un vínculo cercano con los/las adolescentes, en tanto de este se desprende lo fundamental de la terapia, comprender qué es lo que le está sucediendo a ese/a adolescente, conocerlo, en cuanto a sus gustos o intereses, y por lo tanto luego orientar la terapia a lo que él/ella necesite, por lo tanto, para ellos/as es fundamental generar esa conexión con los/las adolescentes con estas características. La mayoría de los/las psicólogos/as concuerdan en que su rol en terapia debe ser flexible y adecuarse a las maneras que le permitan desarrollar un vínculo más cercano con el/la adolescente.

Otro elemento importante dentro de la relación terapéutica, de acuerdo a lo significado por los/las entrevistados/as, es tener esperanza y confiar que en el/la adolescente, existen recursos personales para afrontar los momentos de tristeza y que por lo tanto podrá recuperarse. La relación también es observada por los/las psicólogos/as como una relación en la cual las experiencias de el/la adolescente, son validadas, comprendidas y contenidas.

Conclusiones

Antes de señalar las conclusiones de la presente investigación, es importante volver a destacar la intención de este estudio, el cual consistió en identificar los factores que influyen en el desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes que hayan vivido episodios de intento de suicidio y experiencias de abuso sexual, desde el relato aportado por psicólogos/as infanto-juveniles sobre su experiencia clínica. Además, en forma secundaria, se pretendía dar a conocer

los significados de los/las psicólogos/as infanto-juveniles, respecto de las áreas de intervención en el tratamiento de los/las adolescentes con las características mencionadas.

A partir de las entrevistas realizadas a los/las psicólogos/as, se pudo obtener información respecto a la manera en que ellos/as significan diversas temáticas asociadas a la sintomatología depresiva en adolescentes con intentos de suicidios y abuso sexual develado, tales como la relación de el/la adolescente con su cuidador/a, la adolescencia como una etapa de cambios, la relación de los/las adolescentes con su grupo de pares, el desarrollo de la sintomatología depresiva, las áreas de intervención, el pronóstico de dicha sintomatología y aspectos de el/la psicólogo/a asociados a su propia relación con el/la adolescente.

En relación a los significados otorgados por los/las psicólogos/as respecto a la relación de el/la adolescente con su cuidador/a, estos/as indican que existen temáticas a nivel relacional entre el/la adolescente y su cuidador/a en edades tempranas, previas a la aparición de la sintomatología, esto se condice con la literatura que manifiesta la existencia de cierta continuidad entre las formas de vincularse entre el/la niño/a y su cuidador/a, entendiendo que estas se construyen en la infancia y se manifiestan en la adolescencia, lo que nos hablaría de patrones relativamente estables en el tiempo (Oliva, 2011).

A sí mismo, los/las psicólogos/as nos hablan de que han podido visualizar cuidadores/as poco disponibles:

“...cuando hay un chico que tiene más de un evento abusivo, claro que es un chico que donde los adultos no están disponibles, yo no lo digo con un juicio moral respecto a esos adultos, yo creo que hay muchas razones por la cual el adulto puede no estar disponible, pero algo pasa que si un chico, porque cuando un niño es abusado se nota, se nota en la cara, se nota, el día que esto le sucede al chiquillo tú lo miras, lo miras de verdad, te ‘day’ cuenta que

algo pasa, si tú ‘tení’ una construcción medianamente sana que te permita distinguir lo que le pasa te ‘vai’ a dar cuenta...”

De acuerdo a las características otorgadas por la literatura respecto a los/las cuidadores/as, una de estas nos habla de la accesibilidad y del ignorar como los dos polos de una misma característica, donde la primera se refiere a la disponibilidad física y psicológica, es decir, permitir la cercanía y contacto físico, mostrándose dispuesto emocionalmente para mostrar gusto por estar y compartir con el/la adolescente. La segunda, se refiere a el/la cuidador/a que ignora las necesidades y comunicaciones de el/la adolescente, por estar focalizado en sus propias necesidades y preocupaciones (Carbonell, 2013).

En este sentido podemos encontrar en el relato de los/las psicólogos/as consistencias en relación a la comunicación, al contacto físico y el mostrarse dispuestos y/o disponibles:

“...la comunicación al interior de la familia y también con las demostraciones de afecto, es súper interesante porque cuando yo le pregunto a los papás de estos chicos como es la relación, si hay contacto físico si los tocan los abrazan... la respuesta frecuente es no porque no me deja, y de alguna manera como que los papás se conforman con eso y siento que a veces hay como poco esfuerzo de parte de los papás por traspasar esas barreras... reconectarse con los chicos... ya, entonces yo diría sí que el tema de la comunicación, también suele a coincidir que la etapa de la adolescencia con crisis que los papás están viviendo o los cuidadores de los chicos, entonces están muy centrados en sí mismo, en sus dramas en sus conflictos...”

Respecto a lo anterior, también podemos encontrar otra característica por parte de los/las cuidadores/as, respecto a la sensibilidad frente a las comunicaciones de el/la adolescente.

Los/las psicólogos/as significan cuidadores/as poco sensibles frente a las señales de alerta, describiendo que estos/as no logran interpretarlas adecuadamente y responder pronta y correctamente:

“el rol de sensibilidad del cuidador y después captar esas señales “el darse cuenta” por un lado como el “mirar” que está pasando con el hijo adolescente, el verlo, lo segundo es poder comprenderlo, poder imaginar con que tiene que ver eso...”

En relación a lo anterior, de acuerdo a Carbonell, Posada, Plata & Méndez (2005) un/a cuidador/a insensible, no necesariamente es el/la que responde hostil o desagradable, la insensibilidad ocurre cuando el/la cuidador/a falla o no logra interpretar adecuadamente los estados emocionales o metas de el/la adolescente, por lo tanto, no logra ayudarlo para que obtenga de nuevo un estado emocional positivo.

Por otro lado, los/las psicólogos/as significan a la adolescencia principalmente como una etapa de cambios a nivel físico, neurológico, cognitivo, social y cultural:

“Yo creo que considerar la etapa evolutiva en la que se encuentra, o sea esta en un etapa de muchos cambios físicos, hormonales, cerebrales también ehh y también hay cambios culturales y sociales que también influyen en la construcción de identidad de un adolescente, entonces cuando estay en construcción de una identidad y tenemos todos estos cambios físicos, hormonales, en la etapa evolutiva propiamente tal, estos cambios incluso político, culturales, sociales, económicos , yo creo que influyen totalmente y hay que tener siempre en consideración.”

Respecto a estos cambios, todos/as los/as entrevistados/as reflejan que la construcción de la autoestima y su visión de sí mismo/a se ve fuertemente afectada en estos/as adolescentes que han padecido sintomatología depresiva con intentos de suicidios y una o más experiencias de abuso

sexual, acompañado a su vez de la aparición de situaciones críticas en relación a su propio cuerpo y los límites corporales en relación a otros:

“...uno de los factores más importantes tiene que ver con su autoestima, la visión que ellos van desarrollando de sí mismo... el tema del abuso es un daño terrible a la autoestima de la persona, también hay muchas dificultades justamente con el tema del contacto físico... con dejar que un otro me toque... de sentirme muy constantemente vulnerable frente a los demás, el tema de los límites también... porque de alguna manera un abuso es un traspaso de todos tus límites personales, físicos, psicológicos...”

Esto podría verse explicado en el funcionamiento psicológico de el/la adolescente, las dimensiones más destacadas del desarrollo se dan principalmente en la elaboración de la identidad y la autoestima, en esta etapa la preocupación psicológica gira generalmente alrededor de una reestructuración de la imagen corporal que puede verse afectada por la vivencia de un evento traumático, además de la presencia de un ánimo fluctuante provocando una fuerte autoconciencia de las necesidades y deseos de comprensión y apoyo por parte del entorno.

En relación a lo anterior, parte del entorno de los/las adolescentes son su propio grupo de pares, siguiendo los postulados de Bronfenbrenner (1998) se puede dar cuenta que tal como significan los/las entrevistados/as, el desarrollo de el/la adolescente va muy vinculado en los contextos sociales inmediatos en que se desenvuelve y convive. Del mismo modo, Moreno y Del Barrio (2010) también refieren la importancia de los procesos identitarios colectivos y sociales que se van adquiriendo en la adolescencia, en relación a lo anterior, los/las entrevistados/as manifiestan que:

“...evolutivamente los pares son muy importantes ... considerarlos a ellos, dentro de las historias que te cuentan y reconocer el valor que tienen en la vida de los adolescentes porque son muchas veces en los que se reactiva la depresión o aquellos que te permiten salir de eso...”

En esta misma línea, los/las psicólogos/as relatan la existencia de una cierta influencia entre adolescentes, entorno a la toma de decisiones o acciones y que van de la mano, con el seguir ciertas modas o tendencias de su grupo de iguales:

“el tema de los cortes, acá ya el corte no se hace porque quieren disminuir un dolor emocional que es una de las hipótesis que uno tiene a propósito de los cortes, sino que es porque hay una moda, entonces todos los niños de cierta edad se hacen cortes, porque de cierto modo vas a ser más popular porque te haces esto y eso me ha pasado harto”

En cuanto al desarrollo de la sintomatología depresiva en los/las adolescentes, los relatos de los/las psicólogos/as se condicen con la literatura, respecto a características generales de esta, como a nivel específico con población adolescente. Si recurrimos a los postulados de Silva (2007) y a lo obtenido en la investigación encontraremos que el síntoma característico de la depresión en la adolescencia es el cambio notable en el estado de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o por problemas de conducta o manifestarse en la tristeza, desmotivación, aislamiento, desesperanza, autolesiones y conductas suicidas, respecto a esto los/las psicólogos/as significan que:

“...una desesperanza profunda, irritabilidad en los más chiquititos, aislamiento, tristeza, es lo que te puedo mencionar mucho, autolesiones, ideación y planificación suicida, no en la totalidad, estoy mencionando la generalidad, eh desmotivación eh, que mas, eh desinterés por las actividades diarias, soledad, eh tristeza, pena, no sé si te lo estoy repitiendo, pero yo creo que eso están en los indicadores del trastorno depresivo.”

Con respecto a los factores que pudiesen influir en la sintomatología depresiva en los/las adolescentes, el Ministerio de Salud de Chile (2013), destaca factores familiares, ambientales y sociales, como también factores propios de el/la adolescente, de igual forma, por su parte los/las psicólogos/as significan como relevante el contexto y ambiente relacional en que se desenvuelve el/la adolescente:

“...hay una combinación entre lo externo y lo interno por así decirlo, o sea eh cosas del orden de la personalidad, de la estructura de la personalidad en desarrollo del paciente o de la paciente y a la vez factores ambientales como te digo yo, quizás de negligencia, de poca supervisión, estar expuestos a factores de riesgo en general...”

Por otro lado, la literatura vinculada a el impacto de la vivencia de abuso sexual en el/la adolescente, manifiesta que, a mayor intensidad y cronicidad en el abuso, el/la adolescente desarrollaría un sentimiento de indefensión y de vulnerabilidad, lo que haría más probable la aparición de sintomatología depresiva (Echeburúa y De Corral,2006). Lo anterior, se vería afectado directamente por la invisibilización parental al momento de develar el abuso. De acuerdo a lo expresado por los/las psicólogos/as tal como lo expresa la literatura, las vivencias de abuso sexual aumentarían las ideas suicidas y las autolesiones, además de estar presente sentimientos de culpa, vergüenza, fracasos y abandono:

“En los casos de abuso sexual generalmente yo he visto que la sintomatología aparece mucho más en situaciones en que el cuidador no le dio credibilidad o su contención fue mínima fue más que nada como una actitud de minimizar la experiencia en algunos casos la sintomatología aparece y se acrecienta... estoy pensando en una ideación, autolesión...”

En relación a los significados en torno a las áreas de intervención que refieren los/las psicólogos/as en este estudio, refieren la importancia de involucrar distintos elementos y áreas en el tratamientos de los/las adolescentes que cursan por estados depresivos, considerando en aquellas áreas, el tratamiento farmacológico, la inserción de los/las cuidadores/as en el proceso psicoterapéutico, fortalecer sus habilidades sociales, en tanto, construir estrategias que le permitan a el/la adolescente establecer vínculos saludables con sus pares y con otras personas. Para los/las entrevistados/as todos estos elementos son constitutivos de intervenciones óptimas en el tratamiento de la depresión en adolescentes:

“...debería ser totalmente mixta, o sea, a que me refiero con esto, a tratamiento farmacológico, es decir, tener sesiones con psiquiatras e especializados en infancia y adolescencia, con una medicación adecuada y obviamente tener psicoterapia con un psicólogo”

“...la inclusión de los cuidadores en como la, como en la reestructuración de los vínculos”

Lo anterior se condice con lo expuesto por el Ministerio de Salud de Chile (2013), en donde se menciona que la psicoeducación, terapia de apoyo, terapias cognitivo-conductual, interpersonal, contextual de regulación emocional, sociales y farmacológicas son elementos importantes de considerar en la formulación del plan de tratamiento de un adolescente deprimido.

Por otro lado, en cuanto a las áreas de intervención que los/las entrevistados/as afirman, podrían concomitar en el fracaso de un proceso psicoterapéutico, se encuentran componentes como, la baja adherencia al tratamiento por parte de las familias de los/las adolescentes, enfocar la terapia sólo hacia lo individual, sin considerar la dimensión contextual y relacional de el/la adolescente, de esta forma expresan lo siguiente:

“un factor que puede afectar el fracaso tiene que ver con el focalizar la intervención solo en el adolescente en el imaginar que en la terapia individual en el que traer al adolescente a la sala, al box y el creer que verlo a él solo es la clave yo creo que eso es un fracaso”.

Se encuentra ligado a esto, lo explicitado por Taurines(2011), en tanto, expone que la terapia familiar ha sido más efectiva que la lista de espera en la reducción de la sintomatología depresiva, no así en comparación con la Terapia Cognitivo Conductual. A los 6 meses el grupo tratado con terapia familiar presenta elevadas tasas de remisión.

Siguiendo esta línea, durante el estudio los/las psicólogos/as dan cuenta de sus significados en torno a un buen pronóstico de la depresión en adolescentes, entendiendo que, el apoyo por parte de los/las cuidadores/as, la flexibilidad en el espacio terapéutico, la credibilidad entregada hacia el relato que refiere el/la adolescente, sobretodo en situaciones de donde hay historias de abuso sexual; *“yo creo que lo fundamental es adultos responsables que puedan apoyar el proceso en condiciones adecuadas, tener el tema proteccional asegurado”*, lo cual se relaciona a lo expuesto por Llanos y Sinclair (2011), quienes plantean que el espacio terapéutico debe ser *flexible en la forma de abordar el abuso (...)* este foco parte por el solo hecho de *creer* en el relato de la persona y mantener la aceptación hacia ella.

Por otra parte, dentro de los significados que los/las psicólogos/as otorgan a un mal pronóstico, se encuentran principalmente la presencia de adultos poco disponibles y comprometidos con la terapia; *“la falta de motivación por parte de las familias, familias que no creen en el psicólogo” “sin adultos responsables que puedan aportar es difícil”.*

Se puede observar una vinculación, entonces, con lo planteado por Martínez (1993), quien habla sobre la importancia del abordaje en psicoterapia de aspectos relacionales de el/la adolescente con su medio, y de fortalecer el vínculo entre él/ella y su cuidador/a principal. Así él

entiende que la psicoterapia, sea ésta individual o grupal, es un proceso relacional y el adulto/a o psicólogo/a establece una relación basada en el reconocimiento de las necesidades infantiles, donde prima el respeto y la validación del niño como persona (Martínez, 1993).

Finalmente, los/las psicólogos/as en este estudio dan cuenta de sus significados respecto de su relación con el/la adolescente, refieren la importancia de intervenir considerando los recursos personales de los/las adolescentes, de creer en ellos y confiar en su recuperación, además de conectar y entregar validez al relato que ellos/as proporcionan sobre su experiencia: *“yo creo que lo fundamental es creer en ellos, o sea, poder ver el dolor que ellos sienten, yo creo que lo fundamental es poder conectarse como profesionales con ellos.* Lo anterior es aludido en investigaciones realizadas por Escudero (2011) en donde plasma la importancia de la escucha activa del relato y la conexión emocional que se genera a partir de ésta, según él refiere, la escucha adecuada del profesional genera gran conexión emocional: el adolescente va a sentirse acompañado, menos aislado en su experiencia de dolor, no juzgado sino comprendido, y generalmente aliviado (Escudero, 2011). *“Yo creo que esa es la labor más importante que tenemos para poder acceder a todo a lo otro, lo más importante es llegar a vincularnos, y darle confianza, seguridad, un apoyo y creer, creer yo creo que ahí podemos proporcionamos un poquito de esperanza”.* Los/las entrevistados/as refieren una manera de abordar la problemática con una visión centrada en el recurso de el/la adolescente *“...nosotros tenemos que buscar recursos, ser agentes de recurso...”.* Nardi (2004) en relación a esto, plantea que es fundamental una actitud del terapeuta que considere las emociones negativas no como algo absolutamente inútil y más aún dañino, sino, por el contrario, como un elemento fundamental sobre el que se debe atender en forma directa el elemento principal del cual recabar las informaciones básicas para entender cuál es el proceso en curso en el sujeto.

Discusión

Los resultados encontrados en la presente investigación han permitido dar cuenta tanto de las preguntas investigativas como de los objetivos planteados al inicio de nuestro estudio. Las reflexiones otorgadas por los/las psicólogos/as entrevistados/as permitieron identificar los factores que influyen en el desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes que hayan vivido episodios de intento de suicidio y experiencias de abuso sexual, como también el conocer las áreas de intervención con las cuales se trabaja en dichos casos.

Dentro de las fortalezas de este estudio, se encuentra que es una de las primeras investigaciones que trabaja de manera directa con psicólogos/as infanto-juveniles que se desempeñen en distintas áreas en el trabajo con adolescentes con sintomatología depresiva, intentos de suicidio y abuso sexual develado. Otra fortaleza corresponde a que el estudio se encuentra directamente vinculado a la contingencia nacional, debido a que durante el último tiempo temáticas vinculadas a la adolescencia han configurado una temática de importancia a nivel país, además de la existencia de un repertorio limitado a nivel nacional respecto a estas temáticas.

En relación a las proyecciones del estudio, consideramos que es de utilidad, en tanto, constituye una base para posteriores investigaciones acerca de las distintas dimensiones de la sintomatología depresiva con intentos de suicidio y abuso sexual en la adolescencia, entendiendo que, como se puede apreciar, aún no existen planes de intervención que direccionen el quehacer de el/la psicólogo/a en cuanto a las temáticas mencionadas anteriormente, desde un enfoque biopsicosocial.

Así, los resultados de la presente investigación contribuyen a sistematizar la práctica clínica y a aportar al desarrollo de lineamientos para aquellos profesionales de la salud que trabajen con

este tipo de población, disponiendo así de herramientas o estrategias adecuadas y concordantes a sus características y necesidades socioemocionales.

En cuanto a las limitaciones del estudio, debemos indicar que desde la significación otorgada por los/las psicólogos/as emergieron gran diversidad de temáticas que por fines metodológicos quedaron fuera de los resultados del presente estudio, tales como comorbilidades con otros cuadros e implicancias neurológicas de la depresión y el abuso sexual en los/las adolescentes entre otras, debido a que solo fueron seleccionadas aquellas temáticas que emergieron de forma transversal en los relatos de los/las participantes.

Respecto a cómo sugerimos que debiese seguir la investigación en esta temática, se considera que, sin duda sería muy enriquecedor tener la mirada reflexiva desde las propias experiencias de vida de los/las adolescentes con sintomatología depresiva, intentos de suicidio y abuso sexual, con el fin de dirigir la mirada hacia la primera persona, también sería relevante incluir dentro del estudio a el/la cuidador/a principal.

Por lado sería interesante el desarrollo de propuestas de modelos de intervención a partir de lo recogido de las experiencias de los/las psicólogos/as entrevistados/as, entendiendo la relevancia de intervenciones multidisciplinarias y biopsicosociales, esto en función del poco repertorio sistematizado a nivel nacional frente a la sintomatología depresiva en adolescentes, como ya se mencionó con anterioridad.

El aporte fundamental de la presente investigación al campo de la ciencia, es entregar y estructurar información precursora respecto a la descripción de significados de los/las profesionales entrevistados/as.

Lista de Referencias

- Aburto, M., Loubat, M. y Vega, M. (2008). Aproximación a la depresión infantil por parte de psicólogos que trabajan en COSAM de la región Metropolitana, *Terapia Psicológica*, 26(2), 189-197. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000200005.
- Acle-Tomasini, G. (2012). Resiliencia en educación especial. Una experiencia en la escuela regular. España: GEDISA.
- Acuña, J., Botto, A. & Jiménez, J. (2014) La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas, *Revista Médica de Chile*, 142 (10) Santiago. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000010.
- Ainsworth, M (1967). *Infancy in Uganda*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M., Bell, S., & Staton, D.(1974). *Infant-mother attachment and social development: "Socialization" as a product of reciprocal responsiveness to signals*. En M. P.M. Richards (Ed.), *The integration of a child in the social world* (pp.99-135). London: Cambridge University Press.
- Allen, J. (2008). *The attachment system in adolescence*. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 2nd ed. Guilford; New York: 2008.419 – 435.
- Almonte, C., Insunza, C. y Ruiz, C. (2002). Abuso Sexual en Niños y Adolescentes de Ambos Sexos. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 40(1), 22-30. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272002000100003&lng=es&nrm=iso.

- Almonte, C. (2003). *Conducta suicida en la niñez y adolescencia*. En Almonte, C., Montt, M.E., y Correa, A (eds). *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (507-522). Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Álvarez, K. (2003). Una comprensión eco-sistémica, co-activa y de trauma en abuso sexual infanto-juvenil intrafamiliar. ¿Es posible? *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 14(1), 14- 30.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V*. Barcelona: Masson.
- Beck, A. (1991). Cognitive therapy. A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-375.
- Beck, M.; Friedlander, M. L. & Escudero, V. (2006), Three perspectives of Clients' experiences of the therapeutic alliance: A discovery-oriented investigation, *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(3), 355-368.
- Bella, M., Fernández, R., & Willington, J. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos argentinos de pediatría*, 108(2), 124-129.
- Bendit, R. (2000). Participación social y política de los jóvenes en países de la Unión Europea. En S. Balardini (Ed.), *La participación social y política de los jóvenes en el horizonte del nuevo siglo* (19-57). Buenos Aires: Clacso.
- Berliner, L. & Elliott, D. (2002). Sexual abuse of children in the field of child maltreatment. En J. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. Hendrix, C. Jenny, & T. Reid (Eds.), *The APSAC Handbook on child maltreatment* (55-78). London: Sage.

- Binder, P.E., Holgersen, H., & Nielsen, G. H. (2008). Establishing a bond that works. A qualitative study of how psychotherapists make contact with adolescent patients. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 10 (1), 55-69.
- Blum, R. (2000). *Un modelo conceptual de salud del adolescente*. México: Mc Graw Hill.
- Bobes García, J; González Seijo, J.; Saíz Martínez PA. (1997). *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Psiquiatría Médica. Editorial Masson.
- Bodgan, R., & Taylor, S. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Editorial Piados.
- Bowlby, J. (1958) The Nature of the Child's Tie to His Mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Borrás, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico*, 18(1), 05-07.
- Brausch AM, Gutiérrez PM (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *J Youth Adolesc*, 39, 233-242.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). The ecology of developmental process. En W. Damon (Series Ed.) y R. M. Lerner (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology. Vol 1*.
- Bruner, J. (1998). *Actos de significado*. Madrid: Alianza.
- Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., & Resch, F. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 161(7), 641-649.
- Cantón, J., y Cortés, M. (2008). *El apego del niño a sus cuidadores: evaluación, antecedentes y consecuencias para el desarrollo*. Madrid: Alianza Editorial.

- Cañon, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*, (11), 62-67.
- Castillo, E. & Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Revista Colombia Médica*, 34(3), 164-167.
- Carbonell, O. (2013). La sensibilidad del cuidador y su importancia para promover un cuidado de calidad en la primera infancia. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 201-207.
- Carbonell, O., Posada, G., Plata, S., y Méndez, S. (2005). Las relaciones vinculares: Un contexto para potenciar el derecho al bienestar de niños y niñas. *Cuadernos de Psicología*, 1, 31-38.
- Cassidy, J. (1999). The Nature of the Child's Tie. In: Cassidy J. & Shaver, P. (Eds). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (3-20) New York: Guilford Press.
- Castro, A., Caballero, R., Medina, P., Celedón, T. & Bravo, N. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con trastornos mentales. *SALUD EN MOVIMIENTO*, 5(1).
- CAVAS (2003). Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales: 16 años de experiencia. Santiago: Policía de Investigaciones de Chile. Recuperado de https://www.investigaciones.cl/jenafam/sitio_jenafam/jenafam/descargas/archivos/cavas/Libro_CAVAS.pdf
- Código Penal (2007). *Ley N 18.742 del Ministerio de Justicia*. Vigésima Edición. Santiago: Editorial Jurídica de Chile.
- Colin, V. (1996). *Human Attachment*. New York: McGraw-Hill.

- Cova, F. (2004). La Psicopatología Evolutiva y los Factores de Riesgo y Protección: el Desarrollo de una Mirada Procesual, *Revista de Psicología*, 13(1), 93-101, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Cova, F., Aburto, B., Sepúlveda, M y Silva, M. (2006). Potencialidades y obstáculos de la prevención en niños y adolescentes. *Revista Psykhe*, 15(1), 57-65. Recuperado de <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/323/303>.
- Crockett, L. & Crouter, A. (1995). *Pathways through adolescence: Individual development in relation to social contexts*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Dallal, E. y Castillo, J. (2000). Depresión en la adolescencia. En Dulanto, E. (Ed.). *El adolescente*: México DF: México: Mc Graw Hill. 1300-1331.
- Dávila, O. (2004). *Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes*, 12(21), 1.
- De la Barra, M., Toledo, V. y Rodríguez, J. (2004). Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente: desordenes psiquiátricos, diagnóstico psicosocial y discapacidad. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 42(4), 259- 272.
- Delage, M. (2010). *La resiliencia familiar. El nicho familiar y la superación de las heridas*. Barcelona: Gedisa.
- De la Torre, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Recuperado de https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf.
- Delval, J. (1998): *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo XXI.

- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., y Varela-Ruiz, M. (2013). *La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.
- Echeburúa, E. Y Guerricaechevarría, C. (2005). Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil. En J. Sanmartín (Ed.), *Violencia contra los niños* (86-112). Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Revista Cuadernos de medicina forense*, s/n(43-44), 75-82. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/06.pdf>.
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Escudero, V. (2011), *Guía Práctica de la Intervención Familiar*. España: Junta de Castilla y León.
- Etchevers, M., González, M., Sacchetta, L., Iacoponi, C., Muzzio, G., y Miceli, C. (2010). Relación terapéutica: su importancia en la psicoterapia. In Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. *XVII Jornadas de Investigación. VI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, 3, 49-52).
- Feiring, C. & Cleland, C. (2007). Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect*, 31, 1169-1186.
- Fernández, N. y Royo, J. (2017) Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia. *Pediatría Integral* 2017,21(2), 116.
- Figuroa, G. (2008). La psicología fenomenológica de Husserl y la psicopatología. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 46(3), 224-237.
- Florenzano, R. (1997): *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago: Puc.

- Franklin, C. & Ballau, M. (2005). Reliability and validity in qualitative research. En: Grinnell, R. & Unrau, Y. (Eds.). *Social work: Research and evaluation. Quantitative and qualitative approaches*. (438-449). Nueva York: Oxford University Press.
- Fraser, M., Kirby, L., & Smokowski, P. (2004). Risk and Resilience in Childhood. En M. W. Fraser (Ed.), *Risk and resilience in childhood. An ecological perspective* (13-66). Washington. DC: National Association of Social Workers Press.
- Gault-Sherman, M., Silver, E. & Sigfusdóttir, I. D. (2009). Gender and the associated impairments of childhood sexual abuse: A national study of Icelandic youth. *Social Science & Medicine*, 69, 1515-1522.
- Gil, E. (1991). *The healing power of play. Working with abused children*. New York: The Guilford Press.
- Giménez, M., Vásquez, C. y Hervás, G. (2010). El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad. *Psychology, Society & Education*, 2(2), 97-116.
- Gómez, C. (2005). Psiquiatría y salud mental de niños y adolescentes: una necesidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(3), 338-339.
- González, F. (2000) *La investigación cualitativa en psicología: Rumbos y desafíos*. Editorial Thompson, México
- Gregory, Clarke, Lynn & Debar. (2010). Group Cognitive- Behavioral Treatment for Adolescent Depression. En John, R., Weisz A. y Kazdin, E. *Evidence-Based Psychotherapies for children and Adolescents*. (pp.110-125). New York: Estados Unidos: Ed. The Guilford Press.
- Guba, E. & Lincoln, Y. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage.

- Guerra, C. y Farkas, Ch. (2015). Sintomatología en víctimas de abuso sexual: ¿son importantes las características “objetivas” del abuso? *Revista de Psicología*, 24(2), 1-19. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2015.38013>.
- Guidano, V (1994). *El sí mismo en proceso*. Paidós: Barcelona.
- Guzmán, M., Mardones, M. y Romero, M. (2011) La depresión en niños y adolescentes en Chile: Aportes para una psicoterapia de la depresión infantil desde un enfoque constructivista-evolutivo. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 264-279.
- Hall, S. (1904). *Adolescence (Vols. 1 & 2)*. New York: Appleton.
- Henderson, N., y Milstein, M. M. (2003). *Resiliencia en la escuela*. México: Paidós.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* Quinta Edición. México: McGRAWHILL/ INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V
- Howe, D. (2005). *Child abuse and neglect. Attachment, development and intervention*. New York: Palgrave Macmillan
- Howe, D. (2006). *Disabled Children, Maltreatment and Attachment*. *British Journal of Social Work*, 36(5), 743-760.
- Husserl, E. (1982). *La idea de la fenomenología*. Recuperado de <https://fenomenologiaymundo.files.wordpress.com/2013/07/edmund-husserl-la-idea-de-la-fenomenologia-1982.pdf>
- Ibáñez-Aguirre, C. (2017). Claves psicopatológicas de las conductas autoagresivas en la adolescencia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 4(1), 65-70.

- Jadue, G., Galindo, A., y Navarro, L. (2005). Factores protectores y factores de riesgo para el desarrollo de la resiliencia encontrados en una comunidad educativa en riesgo social. *Estudios Pedagógicos*, 31(2), 43-55.
- Jenson, J. M., & Fraser, M. W. (2011). A Risk and resilience framework for child, youth, and family policy. En J. M. Jenson & M. W. Fraser (Eds.), *Social policy for children and families. A Risk and resilience perspective* (pp. 5-24). U.S.A.: Sage Publications, Inc.
- Karp, Ch. & Butler, T. (1996). *Treatment strategies for abused children. From victim to survivor*. California: Sage Publications.
- Killian, B. (2004). Risk and Resilience. En R. Pharoah (Ed.), *A generation at risk? HIV/AIDS, vulnerable children and security in Southern Africa* (pp. 33-63). South Africa. Institute for Security Studies. Recuperado de <http://www.issafrica.org/pgcontent.php?UID=1363>.
- Klerman, G., Weissman, M., Rounsaville, B. & Chevron, E. (1984). Interpersonal psychotherapy of depression. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 1(12), 11-15.
- Klonsky, E. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*, 27(2), 226-239.
- Klonsky, E. & Glenn, C. (2008). Resisting urges to self-injure. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 36(02), 211-220.
- Klonsky, E. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological medicine*, 41(09), 1981-1986.
- Krauskopf, D. (1994). *Adolescencia y Educación*. Segunda edición. Editorial EUNED.
- Larbán, J. (2010). Ser cuidador, el ejercicio de cuidar. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 50, 55-59.

- Lecannelier, F. (2009) *Segunda Parte: La Teoría del Apego. Apego e intersubjetividad: influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Santiago de Chile: Lom Ediciones.
- Leclerc-Olive, Michèle (1999). *L'armature narrative des biographies*. Spirale IUFM de Lille, 169-193. Traducción Paula Sombra.
- Lindseth A. & Norberg A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. Nordic College of Caring Sciences, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2): 145–153. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x
- Llanos, M., & Sinclair, C. (2011). Terapia de Reparación en Víctimas de Abuso Sexual. Aspectos Fundamentales. *Psyche*, 10(2).
- Luster, T. & Small, S. A. (1997). Sexual abuse history and problems in adolescence: exploring the effects of moderating variables. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 131-142.
- Magaña, I., Ramírez, C. & Menéndez, L (2014). Abuso Sexual Infantil (ASI): Comprensiones y Representaciones Clínicas desde las prácticas de Salud Mental. *Revista Terapia Psicológica* 32(2) Santiago jul. 2014. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000200006.
- Martínez, C. (2008). *Aportes para la elaboración de un programa nacional de prevención del suicidio*. Recuperado de <http://www.suicidologia.org.ar/?aportes-para-la-elaboracion-de-un-programa-nacional-de-prevencion-del-suicidio>
- Martínez, F. T. (2012). Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Artículo*, 11(2), 98-101.
- Martínez, J. (1993). Terapia de grupo en abuso sexual infantil. Terapia de grupo para niños maltratados. Encuentro Internacional de Psiquiatría de Lactantes, Niños y Adolescentes.

- Punta del Este, Uruguay. Recuperado de
http://www.buentrato.cl/pdf/est_inv/maltra/mi_martinez.pdf
- Martínez, M. (2007). Mirando al Futuro: Desafíos y Oportunidades Para el Desarrollo de los Adolescentes en Chile. *Psyche (Santiago)*, 16(1), 3-14. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282007000100001>.
- Masten, A. & Powell, J. (2007). A resilience framework for research, policy, and practice. En S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp.1-25).U.S.A.: University Cambridge Press.
- Méndez, X., Rosa, A., Montoya, M., Espalda, J., Olivares, J., & Sanchez-Meca, J. (2002). Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿evidencia o promesa?Universidad de Murcia (España). *Psicologia Conductual*, 10(3), 563-580.
- Mertens, D. (2005). *Research and evaluation in Education and Psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*. Thousand Oaks: Sage.
- Ministerio de Salud de Chile (2011). *Estrategia Nacional de Salud*. Recuperado de
<http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>.
- Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2013). *Guía Clínica Auge: Depresión en personas de 15 años y más*. Santiago: MINSAL. Santiago.
- Ministerio de Salud de Chile (2013). *Guía Clínica para el tratamiento de adolescentes de 10 a 14 años con Depresión*. Recuperado de
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/e11791fc480273e9e040010164014e60.pdf>.
- Ministerio de Salud de Chile (2011). *Guía Clínica: Atención de Niños, Niñas y Adolescentes menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual*. Recuperado de
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f363a745e04001011e011120.pdf>.

- Ministerio de Salud de Chile [MINSAL] (2013). *Programa Nacional de Prevención del suicidio Orientaciones para su Implementación*. Recuperado de http://web.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevencion.pdf
- Molina, R., George, M., González, E., Martínez, V., Molina, T., Montero, A., Salazar, D. y Sepúlveda, R. (2012). *Proyecto Domeyko. Universidad de Chile. Estudio Nacional de Calidad de Vida Relacionado con la Salud en Adolescentes Chilenos*. Santiago: Chile: Ediciones Radio Universidad de Chile.
- Moreno, A. y Del Barrio, C. (2000): *La experiencia adolescente. A la búsqueda de un lugar en el mundo*. Buenos Aires: Editorial Aique.
- Moreno, B. (2009). Calidad de vida y funcionalidad en la depresión. *SEMERGEN*, 35(1), 50-6.
- Nardi, B. (2004). La depresión adolescente. *Psicoperspectivas*, 3(95)-126.
- Nock, M. & Prinstein, M. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 140-146.
- Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.
- Oliva, A. (2011) Apego en la adolescencia. *Acción Psicológica*, 8(2), 55-65. Universidad de Sevilla.
- Organización Mundial de la Salud [OMS], (1992). *CIE- 10: Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: España: OMS.
- Organización Mundial de la Salud [OMS], (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1

- Organización Mundial de la Salud [OMS], (2017). *Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Pardo A., G; Sandoval D., A; Umbarila Z., D; (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 17-32. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401303>.
- Páramo, M. D. L. Á. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica*, 29(1), 85-95.
- Pávez, P., Santander, N., Carranza, J. y Vera, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista médica de Chile*, 137, 226-233.
- Pávez, M. (2016). *Significados acerca de la depresión adolescente y sus manifestaciones a partir de los relatos del joven y su madre: Una mirada fenomenológica (Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología)*. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Perales A, Sogi C. (2000) Conducta suicida en estudiantes de medicina. *Revista Psiquiatría Perú*, 6(1): 8-13.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 135-144.
- Pérez Barrero, S. A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general integral*, 15(2), 196-217.
- Pérez, S., y Santiago, M. (2002). *El concepto de adolescencia. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*. Recuperado de

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/manual_de_practicas_clinicas_para_la_atencion_integral_a_la_salud_de_los_adolescentes.pdf

- Pérez-González, A., y Pereda, N. (2015). Revisión sistemática de la prevalencia de ideación y conducta suicida en menores víctimas de abuso sexual. *Actas Esp Psiquiatr*, 43(4), 149-158.
- Pinto, C. & Silva, G. (2013). Prevalencia y características psicosociales del abuso sexual en Chile: un estudio retrospectivo en el norte del país. *Señales*, 6(11), 26-42.
- Quiroga, F. (2005). *Estudio de la Organización de Personalidad en Niños entre 5 y 8 años de edad, que presentan un Trastorno de Personalidad de Tipo Limítrofe, a través del Test de Rorschach, Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil*. Universidad de Chile. Santiago.
- Quinceno, J. & Vinaccia, S. (2014) Calidad de vida en adolescentes: Análisis desde las fortalezas personales y las emociones negativas. *Terapia Psicológica*, 32(3), Santiago, Chile.
Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000300002.
- Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española (2005). 1.ª edición. Madrid: Santillana. Edición en cartón.
- Restrepo-Restrepo, C., Vinaccia Alpi, S. & Quinceno, J. (2011). Resiliencia y depresión: un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia, *Suma Psicológica*, 18(1), 41-48. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134222985004>.
- Riessman, K. (2003) Narrative Analysis. En Lewis-Beck, Bryman y Liao (Eds.) *The Sage Encyclopedia of Social Science Research Methods*. Ed.Sage, Londres.

- Rodríguez, G. (1996) *Metodología de la investigación cualitativa*. Ediciones Aljibe. Málaga, España.
- Rodríguez, M. (2005). Sentido de Vida y Salud Mental, *Revista de pensamiento personalista y comunitario del Instituto Emmanuel Mounier*, 74, 47-49.
- Roizblatt, A., Thomassen, P., Pinedo, M., Román, P., Wolfenson, A. y Castillocarniglia, A. (2011). Estudio de autoagresiones en un grupo de adolescentes de la región metropolitana en Chile. *Rev GPU 2011*, 7(3), 324-329.
- Ruiz, J. & Ispizua, M. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Rutter, M. (2007). Genetic influences on risk and protection. Implications for understanding resilience. En S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 489-509).U.S.A.: University Cambridge Press.
- Sakolsky, S. & Birmaher, B. (2012). Developmentally Informed Pharmacotherapy for Child and Adolescent Depressive Disorders. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 21, 313–325.
- Salgado, A. (2007). *Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos*. Universidad de San Martín de Porres.
- Seifer, R., & Schiller, M. (1995). The role of parenting sensitivity, infant temperament, and dyadic interaction in attachment theory and assessment. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60(2-3),146-174. DOI:10.2307/1166176.
- Seligman, M. (2005). *La auténtica felicidad*. Barcelona, España: Byblos.
- Shneidman E. (1985) *Definition of suicide*. New York: John Wiley & Sons.
- Shonkoff, J. & Phillips, D. (2000). *From neurons to neighborhoods. The Science or Early Childhood Development*. Washington, D.C.: National Academic Press.

- Silva, I. (2007). *La adolescencia y su interrelación con el entorno*. Injuve. Estudios. Edición electrónica.
- Trocme, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., & Tourigny, M. (2001). *Canadian incidence study of reported child abuse and neglect: Final Report*. Canadá. Recuperado de <http://cwrp.ca/sites/default/files/publications/en/CIS-2008-rprt-eng.pdf>
- UNICEF (2017). *Salud Adolescente*. Red Argentina de Periodismo Científico. Recuperado de https://www.unicef.org/argentina/spanish/COM-7_Salud_Interior_WEB.pdf
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: síntesis s.a.
- Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., y Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista médica de Chile*, 140(4), 447-457
- Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, M., Angélica, M., Montes, C., Igor, M., y Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 38-45.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., y Moreno San Pedro, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 16, 139-146.
- Weisz, R., McCarty, C. & Valeri, S. (2006). Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Psychol Bull*, 1(132), 132-49.

Anexos

Pauta Entrevista Semiestructurada

Consigna

“Tal como le ha sido comentado con anterioridad, esta entrevista se enmarca dentro de un proyecto de investigación. Durante la conversación abordaremos distintos temas relacionados con la aparición de los síntomas depresivos en adolescentes con los que haya trabajado. Cabe mencionar que usted tiene el derecho a contestar o no, frente a cualquiera de las preguntas. Asimismo, aprovecho de pedirle que intente ser claro(a) al momento de exponer sus respuestas y para ello, puede ilustrar sus ideas, pensamientos, sensaciones, y recuerdos a través de ejemplos o de la descripción de situaciones que le hayan sucedido en su experiencia clínica. Lo principal es que se sienta libre y cómodo(a) para la conversación. Por supuesto, toda descripción, explicación o comentario que exprese, será mantenido en estricta confidencialidad y anonimato”.

Contextualización

1. ¿Cuánto tiempo tiene de experiencia clínica en el trabajo con población infanto-juvenil?
2. ¿Cómo llegó a trabajar con esta población? Si fue decisión personal trabajar con adolescentes, ¿por qué cree que prefirió dedicarse a este sector etario en particular?
3. ¿Dentro de qué contextos de atención ha desempeñado su labor como psicólogo/a infanto-juvenil?
4. Dentro de estos contextos de atención que refiere ¿Ha tenido que atender consultantes con sintomatología depresiva con intentos de suicidio y abuso sexual? ¿son casos comunes o más bien aislados?

5. Dentro de estos casos, ¿existe alguno particular que recuerdes, del cual puedas comentarnos? (Ahondar acerca de eventos de intento suicida y abuso sexual en el consultante).

Sintomatología

6. ¿Qué elementos cree que estarían presentes durante el desarrollo (el proceso vital, de la primera infancia a la adolescencia) de los/las adolescentes que podrían influir en la aparición de síntomas depresivos?
7. Además de esos, ¿existirían eventos clave en la vida de el/la adolescente que facilitarían la aparición de la depresión con intento suicida?
8. Si no nombra el abuso sexual en la pregunta 7, ¿Que los consultantes hayan vivido uno o más episodios de abuso sexual, crees que influye en la aparición de los síntomas depresivos? ¿Qué implicancias tendría el haber vivido experiencias de este tipo?
9. En general, ¿En qué momentos de la vida de los/las adolescentes, aparecen más frecuentemente los síntomas depresivos?
10. ¿Qué rol cumplirían los/las cuidadores/as respecto a la aparición de la sintomatología depresiva?

Tratamiento

11. ¿Cuáles serían posibles lineamientos de tratamientos para mejorar el pronóstico de la sintomatología depresiva en los/las adolescentes?
12. De lo observado en el proceso de desarrollo de el/la adolescente, ¿qué otros elementos serían importantes a considerar en el tratamiento de la depresión?
13. ¿Qué factores consideras podrían intervenir en el fracaso o éxito de estos procesos de tratamiento?

14. ¿Cuál es el rol que cumplen los/las cuidadores/as en dichos tratamientos?

Pregunta de cierre

15. ¿Hay algo más que quieras comentarnos o relatarnos sobre tu experiencia con adolescentes que presenten estas características?



Consentimiento informado

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado “Síntomas depresivos, intento de suicidio y abuso sexual en la adolescencia: Significados desde el relato de Psicólogos/as Infanto-Juveniles” a cargo de las investigadoras Macarena Contreras Cortes, Natalia Salazar Escobar y Francisca Vargas Iturriaga, estudiantes de pregrado de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso que se encuentran realizando su Seminario de Titulación. La docente guía de esta investigación es la psicóloga Paula Solervicens Silva. El estudio busca conocer las experiencias de psicólogos clínicos infanto-juveniles respecto a la aparición de sintomatología depresiva en adolescentes que hayan vivido un (o más) intento suicida y un (o más) episodio de abuso sexual el cual haya sido develado.

Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos cuáles serán los procedimientos involucrados en el desarrollo de esta investigación, así como en qué consistiría su colaboración si accede a participar.

Relevancia del estudio y beneficios:

La relevancia de este estudio radica en la visibilización de los significados que le son atribuidos a la depresión adolescente, en tanto, factor influyente en sus proyecciones de vida y las repercusiones que ha tenido en su entorno social y familiar.

De esta forma, se pretende dar cuenta de una realidad que vive una parte importante de la población, particularmente, el sector adolescente. La investigación, entonces, sería un mecanismo para informar e indagar acerca de esta realidad. Lo cual, en el futuro, podría abrir

puertas hacia la creación de mejoras a nivel de salud pública y que se contemplen con mayor detalle las necesidades de quienes solicitan atención.

Objetivo

El principal objetivo de la investigación consiste en identificar factores que influyen en el desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes que hayan vivido un (o más) intento de suicidio y un (o más) abuso sexual develado, de acuerdo a la experiencia clínica aportada por psicólogos/as infanto-juveniles.

En qué consiste su participación.

Su participación será de carácter voluntaria y no recibirá pago alguno por acceder a colaborar en la investigación. Su labor consistirá en participar de una entrevista, de alrededor de 45 minutos de participación, su fecha y horario sera programa de común acuerdo.

Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación

La investigación mencionada se realizará en instalaciones de conveniencia del participante o en la dependencia de la Escuela de Psicología de la Universidad Valparaíso. El tiempo que tomará para realizar esta investigación comprende desde mayo del 2017 hasta diciembre del 2017, en donde usted solo será partícipe de una entrevista.

Riesgos

La presente investigación no presenta riesgos para usted, en cuanto solamente corresponde a la descripción de su experiencia como profesional.

Costos y pagos

La presente investigación no tendrá ningún tipo de costo para el participante, ni recompensa monetaria.

Derechos del participante

Los/las participantes pueden realizar todas las preguntas que encuentren pertinentes en relación a su participación a la investigadora principal: Paula Solervicens Silva (paula.solervicens@uv.cl). Además, el/la participante puede retirarse de este estudio en cualquier momento que lo estime conveniente sin perjuicios de ningún tipo.

Reserva de la identidad del participante

Su nombre se mantendrá en estricta confidencialidad y anonimato. Las transcripciones serán ciegas a los codificadores. Además, se eliminarán nombres y lugares que permitan identificar a los terapeutas, los lugares o nombres de consultantes.

Confidencialidad de los datos

El registro de los datos será reservado. Solo tendrán acceso a ellos las investigadoras que lleven a cabo la investigación y serán guardados en un computador con clave.

Utilización y Publicación de los hallazgos

Los resultados de la investigación pueden ser utilizados en publicaciones de tipo científicas y/o académicas, o usados en otras investigaciones manteniendo el objetivo propuesto y reservando su identidad.

En caso de aceptar participar, recibirá un ejemplar de este documento.

Nombre Participante _____

Firma _____

Nombre Investigadora _____

Firma _____

Paula Solervicens Silva

Rut : 13.021.236-0

Teléfono 322508600

E - mail: paula.solervicens@uv.cl

Viña del Mar, Mayo 2017



Ficha de Consentimiento Informado

Yo, _____ Rut _____

Declaro que he sido informado/a en detalle en qué consiste la investigación “Síntomas depresivos, intento de suicidio y abuso sexual en la adolescencia: Significados desde el relato de Psicólogos/as Infanto-Juveniles” a cargo de la Psicóloga Paula Solervicens Silva y Macarena Contreras Cortes, Natalia Salazar Escobar y Francisca Vargas Iturriaga, estudiantes de pregrado de la Escuela de Psicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, ubicada en calle Brasil 2140 de la ciudad de Valparaíso. Se me han explicado cuáles serán los procedimientos a los que seré sometido y en qué consistirá mi participación de acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

El objetivo es identificar factores que influyen en el desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes que hayan vivido un (o más) intento de suicidio y un (o más) abuso sexual develado, de acuerdo a la experiencia clínica aportada por psicólogos/as infanto-juveniles.

Mi participación es totalmente voluntaria y consistirá en una entrevista de aproximadamente 45 minutos en la que se me solicitarán relatar experiencias con adolescentes que hayan padecido sintomatología depresiva un (o más) intento de suicidio y un (o más) abuso sexual develado.

La investigación no ofrece riesgo alguno para mí, si en algún momento mi participación me trae algún problema, podré comunicárselo a cualquiera de las investigadoras para ver posibles soluciones. De no ser posible esto, podré retirarme del estudio cuando lo estime conveniente sin que ello implique perjuicio alguno para mí.

Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, mi nombre no será dado a conocer ni el de personas ni lugares que pudiera señalar durante la entrevista.

Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico- científicas, resguardando mi identidad.

No recibiré remuneración alguna por participar en este estudio.

Si me sugiriera alguna duda, podre consultar con cualquiera de las investigadoras a cargo de este estudio.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, del que recibo una copia, firmo aceptando mi participación en esta investigación.

Nombre Participante _____

Rut _____

Firma _____

Paula Solervicens Silva

Psicóloga Clínica Infantojuvenil

RUT: 13.021.236-0

e-mail: paula.solervicens@uv.cl

Fono: 322508600

Compromiso de Confidencialidad y No Divulgación

Yo _____, RUT _____

Estudiante de Seminario de Titulación de la carrera de Psicología que lleva a cabo la investigación “Síntomas depresivos, intento de suicidio y abuso sexual en la adolescencia: Significados desde el relato de Psicólogos/as Infanto-Juveniles” me comprometo como transcriptor a mantener la confidencialidad de los datos obtenidos mediante la entrevista clínica con el/la participante.

1. No divulgaré ni haré uso de los datos obtenidos en ningún medio escrito, gráfico, oral y/o electrónico, así como en ninguna investigación ajena a la actual. Estos serán transcritos y resguardados en todo momento de manera digital por el/la investigador/a principal.
2. Me comprometo a resguardar la identidad de el/la participante en todo momento. Esto es, que su nombre no será revelado y se utilizará en su reemplazo un nombre ficticio para resguardar su privacidad.
3. Las transcriptoras realizarán una transcripción textual de las entrevistas y no modificarán en ningún momento el contenido de los datos.
4. La utilización y publicación de los hallazgos asociados a la investigación sólo podrán ser utilizados en publicaciones de tipo científicas y/o académicas manteniendo el objetivo propuesto.

Firma _____

Viña del Mar, _____ de 2017

Entrevista n°1

Entrevistadora: Tal y como te ha sido comentado con anterioridad esta entrevista se enmarca en un proyecto de investigación, durante la conversación abordaremos distintos temas, relacionados con la aparición de síntomas depresivos en adolescentes con los que hayas trabajado, cabe mencionar que tú tienes el derecho a contestar o no frente a cualquiera de las preguntas, así mismo aprovecho de pedirte que intentes ser lo más claro posible en el momento de exponer tus respuestas y para ello, puedes mostrar tus ideas, pensamientos, sensaciones y recuerdos a través de ejemplos o descripciones de situaciones que le hayan sucedido en su experiencia clínica.

Entrevistadora: Lo principal es que se sienta libre y cómodo para la conversación. Por supuesto, todas estas descripciones explicación o comentario que exprese será mantenido con estricta confidencialidad y anonimato.

Entrevistadora: “Contextualización” ¿cuánto tiempo tienes de experiencia clínica en el trabajo con población infanto-juvenil?

Entrevistado: Tres años

Entrevistadora: ¿Cómo llegaste a trabajar con esta población?

Entrevistado: La verdad es que desde siempre me interesó a clínica infanto-juvenil, no pensé en trabajar en adultos ni con otra población y por qué llegué ahí, bueno simplemente porque salir de la universidad y me puse a buscar trabajo y me enfoqué a buscar trabajos en lugares que tuviera atención a este tipo de población.

Entrevistadora: ¿Dentro de qué contextos de atención ha desempeñado su labor como psicólogo infanto-juvenil?

Entrevistado: ¿Así como en qué lugares?,

Entrevistadora: Si

Entrevistado: Eh bueno primero en una ONG se llama “X” que queda acá en Valparaíso, que es un centro que se dedica principalmente a atender familias y niños, ya, yo ahí tome un enfoque más bien familiar infanto-juvenil, Posteriormente instale mi consulta particular que también la he tenido durante tres años funcionamiento con pacientes infanto-juveniles y en un Hospital Público en la unidad de psicología clínica, ahí estoy a punto de cumplir dos años.

Entrevistadora: Dentro de este contexto de atención que refiere, ¿qué lugar recibe la sintomatología depresiva con intento de suicida y abuso sexual? ¿Son casos comunes o más bien aislados?

Entrevistado: A ver, acá en el hospital, en el Hospital, yo diría que no es tan aislado, si bien no hay un gran número de casos que nosotros recibamos de este estilo, porque precisamente estos casos se van a otros puntos de la red, programas de reparación, pero igual nos encontramos con la combinación obviamente aquí de trastornos alimentarios, autolesiones, cierto, todo a nivel del polo del ánimo depresivo. Lo que es propiamente tal, como vulneración de derechos se escapa de nuestra atención por el enfoque que tiene la unidad. Y en la consulta particular, si me atrevería decir que he visto mucha depresión infanto-juvenil, y más bien juvenil, con ideación suicida, con autolesiones, con intento suicida. Hospital y mundo privado hartos

Entrevistadora: Dentro de estos contextos que me refieres, ¿existe algún caso particular que recuerde, el cual puedas comentarme?

Entrevistado: Eh sí, estoy atendiendo actualmente un adolescente, que, si bien no está confirmada la sospecha de algún abuso o algún tipo de vulneración de derecho en el área como sexual, pero si esta con ideación suicida, con depresión, con medicamento, con psicoterapia y es una paciente que tiene mucha sintomatología diversa, ya, no sé si la pregunta incluye algo más.

Entrevistadora: ¿Podrías comentarme un poco el contexto de esta adolescente?

Entrevistado: Esta adolescente es tercera hija, de una familia de cinco, papa, mama, tres hermanas, ella es la última, ella nace eh temporalmente al mismo tiempo que sobrino ya, de una de las hermanas, hijo de una de las hermanas, por lo tanto hay una especie de desplazamiento de estos padres a estos nietos, y ella se siente, se ha sentido todo su vida como dejada de lado, ya, y hay también asociado una historia de bullying grave, severa y muy largo en dos colegios, eh y este ánimo depresivo que es por eso que llega a consultar, y hoy se encuentra con tratamiento farmacológico y con terapia con psicólogo. Es una paciente que se corta sus piernas y brazos, siente un vacío constante en su vida y tiene muy deteriorado los lazos con los grupos de pares, producto de un bullying yo me atrevería a decir y además de esto, un trastorno alimentario.

Entrevistadora: Y esta sospecha relacionada a la esfera de los sexual, ¿a qué contexto particular refiere?

Entrevistado: Es una sospecha más bien del equipo, pero no está confirmada por su digamos, testimonio o por el de terceros. Es simplemente una observación por toda la sintomatología que tiene, ya, igual podría estar asociado a algo de abuso

Entrevistadora: ¿O sea es un abuso sexual que no ha sido develado?

Entrevistado: Se podría decir

Entrevistadora: ¿Y recuerdas algún caso de algún abuso sexual, que si haya sido develado y que haya presentado esta sintomatología depresiva?

Entrevistado: Si, otra paciente que tuvimos acá, que se mantiene todavía en control conmigo y que de hecho esta súper bien y ella en un momento develó en sesión que un pariente abusaba de ella, ya, abuso no me acuerdo qué tipo de abuso, pero era un abuso más bien, leve, o sea, como tipo tocaciones, me refiero a no leve, sino que sin penetración y tampoco fue un abuso muy crónico, sino que fue un par de eventos aislados, no recuerdo bien, ella si también en su momento se deprimió, en su momento se hizo daño, y hoy está súper bien, súper estable.

Entrevistadora: Igual mantengamos este caso como el último que refieres, como más en lo contextual

Entrevistadora: ¿Qué factores observas que estarían presentes durante el proceso de desarrollo de estos adolescentes, que conllevan a la aparición de la sintomatología?

Entrevistado: El desarrollo como de ellos...

Entrevistadora: Del desarrollo, del desarrollo de su vida

Entrevistado: La verdad es que, en este caso particular, eh no sé, no sé, no sé qué pasó ahí con esa niña, de cosas ambientales, si, quizás podría decir, porque obviamente podría haber habido una baja supervisión de los padres, quizás una baja confianza con los padres como para poder contar lo que le estaba sucediendo, eh si es que en su momento hubo, en su momento de la vulneración de derechos hubo alguna sintomatología como que alguien pudiera haber sido una especie de alerta, que se hubiera dado cuenta, la verdad es que tampoco lo recuerdo, ya

Entrevistadora: ¿Y de otros casos que recuerdes, con similares características?

Entrevistado: O sea claro, podemos sospechar por ciertos síntomas como la irritabilidad, la labilidad emocional, a veces la enuresis o encopresis, etc., o sea un montón de síntomas que uno puede revisar en las guías cierto, del Ministerio de Salud y uno puede ir chequeando, ya, pero, así como factores de ella o un caso particular que yo recuerde, no mucho, la verdad que no, entonces no sé qué podría decir.

Entrevistadora: ¿Existirían eventos claves en la vida de los adolescentes, que facilitarían la aparición de la sintomatología depresiva con intento suicidio ¿cuáles serían estos o los más frecuentes?

Entrevistado: O sea yo creo que ahí hay una combinación entre lo externo y lo interno por así decirlo, o sea eh cosas del orden de la personalidad, de la estructura de la personalidad en desarrollo del paciente o de la paciente y a la vez factores ambientales como te digo yo, quizás de negligencia, de poca supervisión, estar expuestos a factores de riesgo en general, eso.

Entrevistadora: ¿Estos factores de riesgo están asociado a una condición socioeconómica o ...no influye?

Entrevistado: No generalmente, pero si hay, hay eh como se llama factores de riesgo asociado a la falta de recursos obviamente, o sea quizás padres que tengan que trabajar y no pueden supervisar mucho a los hijos, cierto, por largas horas, por largos periodos, que a veces los niños tienen que quedarse con un tío, con un abuelo, con un primo y ahí a veces también pueden ocurrir este tipo de situaciones, eh (silencio) no sé, cerca hay factores no en la escala social, pero lo que si ojo con los tema de lo intrafamiliar, en Chile está estudiado que la mayor cantidad de abusos se da a nivel intrafamiliar, ahí también hay algo que tener en cuenta.

Entrevistadora: ¿Cómo describirías la aparición de estos síntomas, en relación a la vivencia de un abuso sexual? Esta vivencia como de la depresión

Entrevistado: Okey, a ver en cuanto al abuso sexual, así como comprobado y

Entrevistadora: Claro, develado

Entrevistado: Develado, etc., A ver eh, yo no tengo mucha experiencia en cosas como de reparación, pero, pero obviamente la sintomatología eh generalmente se asocia a lo depresivo, a la autoestima, cierto, al hecho de sentirse de sentirse como un inútil o sentirse digamos, de una autoestima negativa, inseguridad, etc. Ese estilo de cosas

Entrevistadora: ¿Qué implicancia tendría el haber sido una víctima de esta experiencia para este proceso de, como terapéutico? Preguntar aspectos de: en qué momento

Entrevistado: O sea, haber sido víctima en que puede como

Entrevistadora: Afectar la sintomatología depresiva

Entrevistado: o sea, obviamente directamente porque es reactivo a esta situación traumática que se, que se, que aparecen todos los síntomas, o sea decir hay un quiebre importante en algún

punto de la vida de ese adolescente o niño o niña y que efectivamente puede, gatilla todo lo de lo sintomatológico

Entrevistadora: ¿En qué momento de la vida del adolescente se hace más frecuente que aparezca esta sintomatología depresiva, de acuerdo a tu experiencia?

Entrevistado: Pero ¿En relación al abuso?

Entrevistadora: En relación a adolescentes que hayan, hayan tenido un abuso sexual y hayan tenido...

Entrevistado: O sea, el abuso sexual

Entrevistadora: Ideación suicida

Entrevistado: O sea, abuso sexual en la época en que sea va a empezar a tirar síntomas 'poh', obviamente, si no hay abuso sexual y son como más bien únicamente lo depresivo eso también tiene que ver con el momento que está viviendo el paciente, ya, o sea en la adolescencia generalmente hay crisis importantes, entonces ahí también hay oportunidades de desarrollo como de la depresión, ya.

Entrevistadora: ¿Hay alguna edad que sea como más frecuente que tu recibas pacientes con esta sintomatología depresiva?

Entrevistado: Si, yo te diría que en mi caso es como entre los catorce años, quince años. Yo me atrevería a decir que en un rango entre los trece y los dieciséis, es lo que por lo menos yo más he recibido

Entrevistadora: ¿Qué rol cumplirían los cuidadores respecto a la aparición de la sintomatología depresiva?

Entrevistado: Ósea, ¿el rol principal? ya, los cuidadores son los que, en este caso, o quien vive el niño, son los que tienen que estar atentos a cambios en su niño/a, ellos son los responsables de darse cuenta que los niños están empeorando o cambiando o bien hay una evolución que no les parece adecuada.

Entrevistadora: Y ¿cómo los cuidadores enfrentan este diagnóstico?

Entrevistado: O sea...

Entrevistadora: Este cuadro...

Entrevistado: ¿Cómo lo identifican? Obviamente hay cosas importantes, o sea, la baja de ánimo, cualquiera se podría dar cuenta de que hay una baja de ánimo, si el niño deja de hacer cosas que le gustaban, si se aísla de los amigos, si anda más irritable, más llorón, esas son señales

que cualquier mamá podría darse cuenta. ¿Ya? No se requieren mayores competencias respecto a eso, eh y obviamente, pedir ayuda.

Entrevistadora: Y este pedir ayuda, ¿surge más bien de los cuidadores o de otros sistemas que se dan cuenta que algo no está funcionando?

Entrevistado: Yo creo que principalmente debería ser de los padres, o de los cuidadores y/o del colegio, que son los dos lugares en donde los niños pasan alrededor del 99% del tiempo, ¿ya? Colegio y casa, ahí es donde debería estar la pesquisa de que algo no anda bien y asistir a ayuda.

Entrevistadora: Pero en el caso de estos chicos que te consultan, ¿de dónde proviene esta pesquisa en general?

Entrevistado: La mayor derivación acá en el hospital es obviamente de otros médicos que ven a esos niños, también hay demanda espontánea y en la consulta particular yo te diría que la mayoría de las veces, el colegio o los padres.

Entrevistadora: ¿Cuáles serían posibles lineamientos de tratamiento para mejorar el pronóstico de la sintomatología depresiva en los adolescentes?

Entrevistado: Yo creo que debería ser totalmente mixta, o sea, a que me refiero con esto, a tratamiento farmacológico, es decir, tener sesiones con psiquiatras e especializados en infancia y adolescencia, con una medicación adecuada y obviamente tener psicoterapia con un psicólogo. En qué corriente, es discutible, porque puede ser de varias áreas pero que esas dos cosas funcionan bien, si, está estudiado

Entrevistadora: Y tú en lo particular, que lineamientos ocupar

Entrevistado: A ver, la verdad es que, se podría decir que bastante psicoanalítica pero también incluyo elementos como lúdicos, entretenidos de repente con los adolescentes, herramientas más como dinámicas. A veces también utilizo herramientas aisladas desde los cognitivo conductual pero la forma en que yo pienso, leo mis casos y los analizo son a través del psicoanálisis.

Entrevistadora: Eh... de lo observado en el proceso de desarrollo en el adolescente, ¿qué otros elementos serían importantes a considerar en el tratamiento de la depresión?

Entrevistado: Eh... ¿así como cosas extra al niño, a la niña?

Entrevistadora: Si

Entrevistado: Em... a ver si tenemos un caso de este tipo yo que hay que preocuparse de por ejemplo el niño está rindiendo bien en el colegio, encargarse de todo a ver, sistémicamente

hablando de todos sus sistemas, ¿qué está pasando en el colegio, en su familia, en su grupo de pares y ver por donde se pueden hacer pequeñas intervenciones y apoyarlo de todas partes.

Entrevistadora: ¿Qué factores consideras, podrían interferir en el fracaso o en el éxito del tratamiento?

Entrevistado: A ver, fracaso, obviamente, baja adherencia al tratamiento, cualquiera de los dos sea, eh, familias quizás que no problematizan su situación o de repente piden ayuda muy tarde o padres negligentes también son cosas que hacen fracasar el tratamiento porque, por ejemplo, de un adolescente en riesgo de suicidio, que esta con depresión tiene que haber un adulto responsable que se encargue de sus medicamentos, de que asista a las sesiones, ¿ya? Entonces eso es responsabilidad de un adulto, si eso no está obviamente el tratamiento está en riesgo y cosas que promuevan el éxito yo diría que totalmente lo contrario, o sea, un soporte permanente desde lo familiar, vincular, amistades o sea que el paciente tenga un excelente red de apoyo, que se puedan identificar la mayor cantidad de factores protectores y también características propiamente del paciente, comprometido a mejorarse, estructura de personalidad sana y no frágil, nivel de coeficiente intelectual siempre es un buen aliado cierto? Porque a mejor coeficiente intelectual habría mayor capacidad de insight o para sobreponerse a los problemas

Entrevistadora: En general, ¿cuál es el pronóstico de estos chicos que han tenido eventos depresivos intento de suicidio y además abuso sexual?

Entrevistado: Em, en general, no manejo mucho

Entrevistadora: De acuerdo a tu experiencia

Entrevistado: Si, porque con todos esos factores mezclados no tengo mucha experiencia, pero en cuanto a lo que es depresión infanto-juvenil, sí... yo he visto que hay un buen pronóstico si es que la detección del cuadro es temprano y hay un tratamiento adecuado, lo más probable es que haya éxito.

Entrevistadora: ¿Cuál es el rol que cumplen o cumplirían los cuidadores dentro de estos tratamientos?

Entrevistado: Bueno, como te decía antes, el rol del cuidador es precisamente que el tratamiento se cumpla y que obviamente den apoyo constante al paciente que está cursando por este tipo de diagnóstico, ese sería un rol principal, de sostén

Entrevistadora: Para terminar, ¿hay algo más que quieras comentarnos relatarnos sobre tu experiencia con este tipo de adolescentes?

Entrevistado: Si, la verdad es que sí, yo he tenido experiencias bastante positivas con este tipo de casos, si se trabaja con constancia, con harta energía y con un equipo de trabajo es bastante probable que haya éxito y buen pronóstico, eso sí es un desafío a veces para los terapeutas porque hay que aguantar bastantes golpes por parte de los pacientes, porque a nivel transferencial es bastante denso el tema, entonces hay que tolerar, tolerar, tolerar, hasta que se ven los frutos.

Entrevistadora: Respecto a esto último que me comentas, ¿hay alguna significancia, o algún valor o algún aporte de la persona del terapeuta para estos tratamientos o para trabajar con este tipo de adolescentes?

Entrevistado: Si, yo creo que hay que ser muy empático y comprensivo con lo que está sufriendo el paciente porque desde ahí uno puede generar un vínculo bien consolidado, yo creo que para este tipo de pacientes yo creo lo más importante es que haya un vínculo muy firme, o sea que realmente esa niña o ese joven con depresión te vea como su puente a que las cosas van a mejorar, ¿ya? entonces eso creo que es una característica fundamental.

Entrevistadora: Muchas gracias.

Entrevista n°2

Entrevistadora: Tal como te ha sido comentado con anterioridad, esta entrevista se enmarca dentro de un proyecto de investigación. Durante la conversación abordaremos distintas temáticas relacionados con la aparición de los síntomas depresivos en adolescentes con los que tu hayas trabajado. Cabe mencionar que usted tiene el derecho a contestar o no, frente a cualquiera de las preguntas. Asimismo, aprovecho de pedirle que intente ser clara al momento de exponer sus respuestas y para ello, puede ilustrar sus ideas, pensamientos, recuerdos a través de ejemplos o de la descripción de situaciones que le hayan sucedido en su experiencia clínica. Lo principal es que se sienta libre y cómoda para la conversación. Por supuesto, toda descripción, explicación o comentario que exprese, será mantenido en estricta confidencialidad y anonimato.

Entrevistadora: ya, para partir, quisiera saber ¿Cuánto tiempo tiene de experiencia clínica en el trabajo con población infanto-juvenil?

Entrevistada: oh chuta..... cinco

Entrevistadora: mmm ya, cinco ¿Cómo llego a trabajar con esta población, fue una decisión personal?

Entrevistada: Eh recuerdo que no fue una decisión netamente personal la verdad es que me salió trabajo en infancia y a partir de eso las referencias de la universidad me llevaron a profundizar en estudiar y en potenciar un poco los conocimientos con respecto a eso, pero la verdad es que surgió espontáneamente. Uno sale de la universidad busca trabajo y sale ...

Entrevistadora: ¿Dentro de que contexto de atención ha desempeñado su labor como psicóloga infanto-juvenil?

Entrevistada: ¿En qué contexto?

Entrevistadora: mmm.

Entrevistada: Eh mira, en la primera instancia eh estuve en un programa que también atendía vulneración a de derechos a los niños y adolescentes eh dentro de un marco de eh... que estaba rigiendo en ese momento en la presidencia que es seguridad publica junto a la municipalidad que crearon un centro infanto-juvenil y a partir de eso recibíamos derivaciones del tribunal de familia que estén asociados a la vulneración de derechos propiamente tal. Ahí partió todo y ahí yo hacía atención psicológica, hacia talleres, hacia hartas actividades asociadas a la radicación de los derechos de los chicos eh ¿te cuento todas?

Entrevistadora: Si.

Entrevistada: Ya posteriormente, bueno ahí estuve hartos tiempo, posteriormente a eso partí con consulta particular, infanto-juvenil como ya tenía este marco previo entonces profundicé ahí. Ahí empecé a capacitarme, estudiar más eh de manera posterior estuve en un centro particular eh un rato pequeño después quede sin trabajo y entre a trabajar en un “X” pero ahí me salí de los infanto-juvenil ahí ya entre porque no encontraba trabajo y el primer trabajo había terminado el año de la presidencia entonces acababa el programa, acababa la licitación y en ese contexto incorpore técnicas que trabajaba con los adolescentes pero con los adultos, un trabajo bastante interesante pero fue freelance. Después entre a un PPF en Valparaíso, también trabajaba con vulneración de derechos con niños y adolescentes y los padres competencias parentales ahí estuve bastante tiempo, en paralelo siempre con consultas particular ya eh y después entre a “PRM” y aquí también atiendo en vulneración de derechos, pero ya en rangos más grandes digamos, abuso sexual y maltrato grave y también me encuentro con consulta particular en paralelo

Entrevistadora: Dentro de este contexto de atención que tu refieres ¿Qué lugar recibe la sintomatología depresiva con intento de suicidio y abuso sexual? ¿Son casos comunes o más bien aislados?

Entrevistada: Eh yo creo que, excepto en la aduana eh recibí casos así, en esas instancias teníamos que derivar al organismo pertinente. Aquí, considerablemente más, bueno porque es la especialidad, pero yo creo que los tres programas que te mencione centro infanto-juvenil, PPF, “PRM” eh hartos, hartos Ay se me olvidó otra experiencia en colegio también estuve, estuve haciendo psicodiagnóstico y ahí también recibí hartos casos que en las evaluaciones había indicadores asociados a abuso sexual, sí, eso.

Entrevistadora: ¿Dentro de estos casos existe alguno en particular que recuerde el cual pueda comentarnos?

Entrevistada: Sí, si recuerdo uno de acá.

Entrevistadora: ¿Puedes comentarnos como llegó a ti, la historia quizás de este o esta adolescente eh el pronóstico, como termino, en que termino en que esta.

Entrevistada: Bueno yo llego a cavas, es una adolescente que llevaba alrededor de 6 meses que había una baja adherencia, baja asistencia, ella tenía 13 años en ese entonces eh también estaban ingresadas 2 hermanas de ella, una de 10 y la otra de 14 eh y el motivo es, sospecha de abuso sexual de parte de la primera que te mencione ya eh, había una baja asistencia, había una

baja adherencia de parte de la familia en general, el papá porque ellos venían con el papá, habían pasado un montón de vulneraciones anteriores entonces llegan en esas condiciones acá, ya, a un instituto de realización grande sin interés de abordar la temática un poco negando lo que nos habían dicho que había pasado en el programa anterior que venían de PPF, ya, además llega con diagnóstico de depresión infanto-juvenil, infantil me acuerdo porque tenía el diagnóstico de cuanto era niña eh y esos son los antecedentes. Este caso estaba siendo atendido por otra dupla, pero yo en una oportunidad cuando yo llegue estaba aprendiendo y tuve una buena vinculación con la chica entonces con el tiempo se fue eh evaluando que a lo mejor conmigo podría resultar un trabajo terapéutico, ya, entonces yo estuve como acompañando en un principio a la dupla que estaba a cargo y en ese acompañamiento yo llegue justo cuando nosotros solicitamos, bueno ellos bueno todos solicitamos orden de internación producto de la baja asistencia y adherencia del grupo familiar, era mucho, la chica estaba con mucha sintomatología, estaba con hospitalizaciones constantes tras autolesiones de carácter grave y estaba muy desesperanzada, sin motivación, entonces tras todos esos antecedentes y viendo que no hay un adulto responsable que resguardara todo esto, se decide la internación y a mí me toco acompañar la internación, estaba la opción de que carabineros fuera a retirarla y estaba la opción de que nosotros que teníamos más vinculo fuéramos, así que fuimos nosotros y la chica sintió eso como un apoyo de parte mía que fortaleció un poquito esta decisión de yo continuar con el proceso, ya, ellos ingresaron al lugar, te estoy contando toda la historia, ingresaron al lugar y empezamos a intervenir, ya eh hubieron algunas dificultades en el hogar en torno a la convivencia, bastante, que en el fondo caían un poco en la vulneración hacía, hacia esta adolescente que además, tenía mucha sintomatología, tristeza, desanimo además estaba con autolesiones y además empezaron a surgir otros síntomas por ejemplo estaba con pseudo-alucinaciones, estaba con pensamientos intrusivos, entonces empezaba como a emerger otra, otra sintomatología más aguda digamos, ya eh con todo esto yo la fui atendiendo pero las autolesiones empezaron a acrecentar entonces el protocolo del hogar es derivar inmediatamente a urgencias en el hospital, la derivaron y eh después volvía, la derivaban y volvía al hogar, como esta en el hogar ya viene para acá a mí me comenta que está recibiendo tratamiento eh medicamento, pero estos medicamentos eran de manera intermitente hasta que llega un periodo en el que ella logra estar estable con estos medicamentos y empecé a hacer terapia y cuando le estoy haciendo terapia ella me devela la situación abusiva que había sido por parte de su hermano y además había estado expuesta a

pornografía de parte de la madre, es decir la madre se prostituía vía internet y ella de pequeña vio eso, también recibió mucho maltrato físico y psicológico de parte de la mamá, fue testigo de violencia intrafamiliar entre ambos padres y además un abuso sexual de parte del hermano y además acompañaba a la mamá, cuando la mamá se prostituía con otros hombres. Me empieza a contar todo esto eh la asistencia ya había mejorado porque era el hogar quien traía a la chica, ya llevábamos 6 meses más o sea ya llevábamos un año y ella ya me estaba contando muchas cosas eh empezamos a desarrollar estrategias de afrontamiento, tratamos de regularizar el tratamiento farmacológico con coordinaciones con el hospital eh pero seguían ocurriendo situaciones de vulneración dentro del hogar, seguía extrañando a su papá, también ella y tiene muchos elementos este caso, ella tenía un pololo por internet que le decía que se cortara para que se cortaran juntos entonces habían muchos elementos que estaban presentes y además estábamos abordando todo este tema, ya, entonces en eso que estamos abordando todo este tema y además estamos abordando la internación que también era un tema importante, ella se autolesiona y empieza con alucinaciones auditivas, visuales de manera constante, la trasladan al hospital y ella queda hospitalizada, estuvo hospitalizada alrededor de 4 horas en “Un Hospital Público”, ya, yo iba a hacerle secciones de manera semanal, iba todos los viernes me acuerdo, ella ya estaba estable entonces yo podía profundizar en los aspectos de vulneración,

Entrevistadora: ¿Estuvo 4 meses?

Entrevistada: estuvo cuatro meses o tres, emno me acuerdo el mínimo, pero sí estuvo hartito, cuando yo voy para allá empezamos a abordar los elementos de vulneración el tema de la significación y ahí ella me dice, “me siento preparada, yo le quiero contar a mi papá lo que paso”. Porque el papa no sabía, el papa tenía una leve idea de esto, pero no sabía nada, entonces yo le dije está segura, igual consideraba que faltaba un poquito más, pero como el papá recibía visitas en el hospital y yo no me había logrado coordinar con el doctor porque es muy difícil coordinarse a veces, ella le conto al papá eh esto genero cierta inestabilidad en el padre lo que dificultaba también la contención hacia la adolescente. Ya estamos como en los, en el año 4 año 5 más o menos. Ella retoma al hogar cuando ya la dan de alta, ella estaba más estable por otra parte, el papa sabia la situación abusiva, nosotros igual le habíamos informado a él pero no le dimos los detalles que le dio ella, entonces se lo tomo de una manera muy distinta, empezamos hacer un trabajo familiar importante con este papá y en ese momento se toma la decisión de apoyo para mí porque yo estaba con las 3 chicas, estaba con ella y además con las 2 hermanas

que solamente fueron testigos de la violencia intrafamiliar no presenciaron otras situaciones. Eh se incorporó otra dupla y nos dividimos entonces yo me encargue solamente de trabajar con ella, la trabajadora social trabajo con el padre, y un psicóloga y otra trabajadora social nos vinimos con los casos, ya, eh eso también me permitió descomprimir un poco los temas y enfocarme en ella eh un avance bastante importante, ella se sentía más fuerte respecto a la situación, ella logra considerar este hecho como algo aislado en su vida, no que define su identidad eh empieza a mejorar el vínculo con el papá, el tratamiento farmacológico está más estable, hay una significación respecto a la situación abusiva, eh hay más estrategias de afrontamiento pero, este caso va y viene, pero empezó a tener visitas para irse a su casa y cuando se iba a su casa la memoria traumática empezó a ser fluida, claro, porque estaba en la misma habitación donde habían ocurrido los hechos, hablaba con este pololo por internet que eventualmente le recordaba la experiencia por la que había pasado "no confíes en los psicólogos", por otra parte estaba el colegio, ella tiene una fobia social entonces a ella le cuesta relacionarse con más personas y cuando estaba presente en el colegio comenzaban a emerger los recuerdos y todo lo que le decía el pololo, es un caso súper significativo. A partir de eso yo podía avanzar mucho, pero tenía todos estos otros elementos que si bien también, si íbamos abordando el tratamiento farmacológico cambio, ya, por qué? porque en urgencias la derivaban al "Un Hospital Público", que le recetaban medicamento, pero en "El otro Hospital Público" le recetaban otros, entonces el tratamiento farmacológico iba cambiando constantemente, recibo un diagnostico que me dice que tiene trastorno psicótico, que tiene trastorno depresivo, que tiene trastorno limítrofe de personalidad, una serie de trastornos a lo que yo me enfoque que son los efectos del trauma más que el diagnostico en sí, esos también nos permitió trabajar mejor porque ella no se definía de la depresión, ella se definía desde soy esta persona, me paso esto, pero aprendí esto otro, pero igual me sigue afectando porque igual tengo cierta sintomatología, de alucinaciones, siempre aparecía una mujer que le decía haz esto, haz esto otro, matate, córtate, que, después empezamos a trabajar y ella lo asociaba a la muerte, que justamente era la que le decía acompáñame, hace esto, hace esto otro, un trabajo súper bonito, sin embargo el tratamiento farmacológico era súper inestable, las problemáticas del hogar siguieron y llega el plazo en que tenemos que egresarla. Entonces en virtud de ello y viendo que había muchos recursos, que había un trabajo, pero que estaba toda esta pista desviada en términos de salud mental, nosotros decidimos derivarla a "Un centro Diurno", la derivamos para allá, pero yo previamente hice un traspaso con las personas

que la iban a atender, me estuve contactándome constantemente, ella ya había estado hospitalizada ahí, conoce a los profesionales, entonces ahí yo hice como una re vinculación al sistema que ella ya tenía digamos y ellos en este momento están continuando con el trabajo farmacológico y con actividades protectoras para ella, ella en este momento ya no está acá, el tratamiento respecto a la situación abusiva si bien se trabajó, no se pudo consolidar por todos estos elementos y por el plazo también que nos estipula el SENAME, tenemos un plazo digamos, y eh sigue en el hogar pero tiene, esta como el cuidado compartido, tiene como un nombre, no me acuerdo como se llama, que el cuidado lo tiene el hogar y lo comparte el papá, ya, entonces ahora esta con todo esto, pero ahí emergió otra problemática con el hogar y el hospital que desconozco, lo único que sé que ella está más estable, pero que aún no está muy bien esta situación, respecto a la madre, hay una inestabilidad ahí, que no logramos, que no alcanzamos a trabajar

Entrevistadora: cuantos años tiene ella en la actualidad

Entrevistada: a ver ella 13, 14, tiene 15 o 16 ya me perdí con la edad ha pasado mucho tiempo

Entrevistadora: y ella llego acá a los 13

Entrevistada: si

Entrevistadora: ¿estuvo como dos años contigo?

Entrevistada: dos años

Entrevistadora: ¿ese es el límite que da el SENAME para?

Entrevistada: (risas) el plazo hasta cierto año acá era tres años, dos a tres años, pero después no eh subieron las vacantes, ya, antes habían 40 casos de “PRM”, ahora hay 90 entonces subieron las plazas y eso significaba que el tiempo de internación se reduce un año, entonces ella como había estado anteriormente se le dio la posibilidad de estar un año más considerando que también estaba en hogar, cuando están en hogar nos dan la posibilidad de estar un año más, pero ya pasados esos dos años no podemos, porque adema solicitamos una prorroga entre medio de todo este tiempo

Entrevistadora: Fue un poquito más de dos años

Entrevistada: Fue un poquito de más de dos años, lo que dificulto el trabajo interventivo fue la baja asistencia, fueron seis meses importantes, después fueron seis meses de estabilidad, después cuando teníamos todo cubierto empezamos a abordar, pero empezaron a ocurrir otras

vulneraciones en el hogar, más otras situaciones, más el otro trabajo familiar que había que hacer entonces, ese es el caso más significativo, tengo más, pero, muchos más (risas), pero ese es el mas

Entrevistadora: ¿Pero en general comparten lineamientos parecidos los casos?

Entrevistada: ¿con las redes?

Entrevistadora: si

Entrevistada: eh yo diría con el hospital en viña, compartimos las mismas formas de ver el caso, o sea, más que el trastorno depresivo, trastorno psicótico, acá hay efectos del trauma, podemos estar hablando de un trastorno traumático del desarrollo, podemos estar hablando de otros nombres para hablar de ellos, casi se me sale el nombre de ella, para hablar de ella, más que hablar de la depresiva, desde el rotulo de la estigmatización que eso yo también lo estoy realizando, con “X” hospital cuesta un poco más, como nosotros hacemos una mirada más desde efectos de, más que el diagnostico en sí, nos costó un poquito más y con el hogar nos costó bastante, sí, yo creo que en el último tiempo, teníamos que conciliar un poquito lo, lo, los lineamiento de ellos y los lineamientos de nosotras, porque los lineamientos de ellos son totalmente distinto a lo de nosotros, pero ellos tenían otra mirada del trauma, entonces nosotros hicimos varias sesiones de psicoeducar un poco respecto al trauma en términos en que le pasa al cerebro, que le pasa con los fármacos además que también era en algún momento apoye a la psiquiatra acá, entonces ella también le entrego algunas herramientas al hogar, pero el hogar eh tenía la mirada del hospital también por lineamientos técnicos, así que era un poco complejo, teníamos distintas miradas.

Entrevistadora: que difícil el caso

Entrevistada: el primer caso, así que aprendí mucho (risas)

Entrevistadora: si (risas), ¿Qué factores observa que estarían presente durante el proceso de desarrollo del adolescente que conllevan a la aparición de síntomas depresivos?

Entrevistada: Cuando hay experiencias de trauma, eh hay cierta interferencia a nivel cerebral que interfiere la vida cotidiana, yo creo que ese es como de los mitos fundacional, el más macro que hay. Ahora sí, influye en la aparición de esos síntomas o en la, potenciar estos síntomas, las situaciones estresantes en el colegio, violencia escolar o bullying, la negligencia de los papás, la poca problematización, el no dar credibilidad a los hechos, eso influye muchísimo, Por otra parte el sistema judicial que también hay un control constante a la familia, repercute de alguna otra

manera en los chicos, esto estoy hablando cuando hay papás que no problematizan esta situación eh. Por otra parte, a nivel contextual, a parte del colegio, cuando en el sistema de salud cuando las horas no se dan, eh con mayor constancia, cada quince días, que es una sesión un poquito más cortita, y de repente también la lista de espera grande que tenemos nosotros los PRM y también influye bastante que esta sintomatología siga estando presente eh que más, a nivel familiar, las problemáticas de violencia, las separaciones, o sea, yo creo que a nivel individual, familiar y contextual, siempre van a haber elementos que van a estresar aún más la situación de trauma por la que han pasado los chicos, no sé si te respondo la pregunta.

Entrevistadora: Si.

Entrevistada: Y también a nivel neurobiológico, o sea de repente también hay, hay antecedentes que dan cuenta, de que también vivieron eso y que también influye en los chicos. Escolar, individual, familiar, contextual, salud, neurobiológico, yo creo que todo puede acrecentar la sintomatología.

Entrevistadora: Además de esto, existirían otros eventos claves como en la vida del adolescente que facilitarían la aparición de depresión con intento de suicidio.

Entrevistada: Yo creo que en el continuo vital del adolescente o del niño van ocurriendo hechos que de alguna manera se establecen como nudos críticos, y cuando llega la situación abusiva propiamente tal eh como que se junta todo, y a eso yo me refiero más a trastorno traumático del desarrollo, ya, más que trastorno propiamente tal, yo creo que eso.

Entrevistadora: ¿Cómo describirías la aparición de los síntomas en relación a la vivencia de uno o más episodios de abuso sexual?

Entrevistada: Disculpa no te escuche.

Entrevistadora: ¿Cómo describirías la aparición de estos síntomas, los que tu mencionas, en relación a la vivencia de uno o más episodios de abuso sexual?

Entrevistada: Cómo describiría estos síntomas ... eh por ejemplo una desesperanza profunda, irritabilidad en los más chiquititos, aislamiento, tristeza, es lo que te puedo mencionar mucho, autolesiones, ideación y planificación suicida, no en la totalidad, estoy mencionando la generalidad, eh desmotivación eh, que mas, eh desinterés por las actividades diarias, soledad, eh tristeza, pena, no sé si te lo estoy repitiendo, pero yo creo que eso están en los indicadores del trastorno depresivo.

Entrevistadora: ¿En qué momento de la vida del adolescente se hace más frecuente que aparezca esta sintomatología?

Entrevistada: En qué momento de la vida, yo creo que ... se hace más presente o uno lo puede identificar mejor, en la adolescencia, pero yo creo que estos factores pueden estar de manera constante, o sea, puede estar en la niñez, pero se expresan desde la irritabilidad, la agresividad y uno después lo va identificando propiamente tal en la adolescencia cuando ya la, la tristeza, la desesperanza, se hace más, más presente, ya es casi pasando a la adultez, yo creo que ahí es... pero es un continuo.

Entrevistadora: Y en esta adolescencia que igual es un poco larga también, como ¿en qué edad es más común que aparezca?

Entrevistada: Yo por lo que he visto acá, yo creo, tengo un caso que, a los nueve años, yo ya ahora estoy viendo a los nueve años, hace tres meses, no sé si es porque los casos que estoy recibiendo me han surgido así, hace tres meses te hubiera dicho desde los once- trece, pero ahora he recibido ya de los nueve, con tristeza propiamente tal, antes era, era irritabilidad, agresividad, no ahora, ideación suicida a esa edad, a mí, en mi caso también, no sé si has escuchado.

Entrevistadora: ¿Qué rol cumplirían los cuidadores respecto a la aparición de esta sintomatología?

Entrevistada: Es que el rol de los cuidadores es fundamental, yo creo que, me he dado cuenta que estos síntomas se pueden amortiguar con el apoyo de los papás lo antes posible, eh he visto casos que hay adultos responsables que cumplen con las competencias para hacerse cargo de los chicos y los síntomas disminuyen totalmente, hay cierta otras cosas, pero ahí nos podemos enfocar más en la narrativa del abuso sexual y trabajar propiamente tal y profundizar incluso, pero cuando tenemos adultos irresponsables que no cumplen con las competencias y no problematizan y dan credibilidad como te decía al principio, la aparición de estos síntomas es notable e incluso ahí es cuando yo veo mucho intento suicida en los adolescentes.

Entrevistadora: Como unos cuidadores más descuidados...

Entrevistada: Más descuidados, más inestables, más desregulados emocionalmente, hay muchos adultos acá que vemos, que han tenido episodios o situaciones de trauma que también interfieren en poder visibilizar el trauma que están viviendo los adolescentes, entonces, hay distintos tipos de cuidadores y yo creo que la aparición de síntomas se acrecienta cuando

tenemos adultos que son pocos contenedores, que no ven las necesidades de los niños, que no sintonizan, que están en su historia, no logran ver a los chicos.

Entrevistadora: Respecto a los tratamientos, ¿cuáles serían posibles lineamientos de tratamiento para mejorar el pronóstico de la sintomatología depresiva en los adolescentes?

Entrevistada: Para mejorar el pronóstico... eh cuál sería el tratamiento...

Entrevistadora: Como que es lo que debería tener un tratamiento para que mejore el pronóstico de este chico que esta con depresión, con intento de suicidio.

Entrevistada: Yo creo que lo fundamental es un trabajo familiar, con los papás, es para mí es lo más lo importante, junto con el acompañamiento con adolescente o el niño, en paralelo, que es lo que hacemos mucho acá, también desde ahí el trabajo contextual porque uno ve al chico acá una vez a la semana, pero el chico se relaciona constantemente en el colegio o con el centro de salud, entonces, creo que también es importante estar en varias dimensiones constantes y también tener el apoyo psiquiátrico, pero, que pueda ver el trauma eh pero no desde lo patologizante, sino, que desde la mirada integral desde lo que le ocurrió a este niño, porque me ha pasado mucho que he visto a psiquiatras, sin querer desmerecer la labor que ellos tienen, que nos mencionan el diagnóstico, pero no entendemos que la sintomatología que está presentando a lo mejor puede responder a esto o esto otro, entonces la mirada integral se pierde en una mirada muy nosológica, muy etiquetante, entonces yo creo que es fundamental el apoyo psicológico, el trabajador social también que trabaje con la familia, el apoyo psiquiátrico y el apoyo contextual, yo creo que esas variables son fundamentales, y creo que estamos muy falta de, no sé si debería decir esto, pero muy falta en el sistema de salud, siento que nos falta mucho eso porque nosotros abordamos los casos pero estamos muy al debe...

Entrevistadora: claro, ¿de lo observado en el proceso de desarrollo del adolescente que otros elementos serían importante a considerar en el tratamiento de la depresión?

Entrevistada: Yo creo que considerar la etapa evolutiva en la que se encuentra, o sea esta en un etapa de muchos cambios físicos, hormonales, cerebrales también eh y también hay cambios culturales y sociales que también influyen en la construcción de identidad de un adolescente, entonces cuando estay en construcción de una identidad y tenemos todos estos cambios físicos, hormonales, en la etapa evolutiva propiamente tal, estos cambios incluso político, culturales, sociales, económicos, yo creo que influyen totalmente y hay que tener siempre en consideración.

Entrevistadora: ¿Qué factores consideras podrían intervenir en el fracaso o éxito de estos procesos de tratamiento?

Entrevistada: Que factores podrían afectar...

Entrevistadora: Positiva y negativamente.

Entrevistada: Yo creo que de negativo eh yo creo que todo eh el inestable apoyo farmacológico, o sea, eso lo pude representar en el caso que te dimensiono, yo creo que o de un psiquiatra a otro, eh porque este no atiende a esta hora, pero este otro si, entonces se produce una inestabilidad y no hay una coordinación de la salud que es lo más importante. Negativo yo creo también son las dificultades parentales que tienen los papás para abordar esta situación y para dar credibilidad a los adolescentes, o sea, cuando un papa no le cree a un adolescente es súper difícil trabajar. Otro factor negativo creo que puede ser ... eh lo que va ocurriendo en los distintos contextos, que en el fondo uno no puede trabajar porque hay otros organismo y si no se hace un coordinación, hay muchas veces que este niño se está portando así por esto, pero que le está pasando en realidad, si no se hace la coordinación es muy difícil, eh creo que también la poca sensibilización en los establecimientos educativos, es un eje en el que yo me he atrapado hartito, eh el tema cultural, el no hablar, es que esto no se dice, igual sigue estando presente, aunque se dice que ya ha pasado tiempo de eso, el tema tabú, como lo negativo eso en términos generales, eh las pocas redes, el poco apoyo para el adolescente, yo creo que eso, en términos súper generales. El tema positivo, yo creo que lo fundamental es adultos responsables que puedan apoyar el proceso en condiciones adecuadas, tener el tema proteccional asegurado que es algo que a nosotros nos falta hartito acá, o sea, sin un piso proteccional, sin adultos responsables que puedan aportar es difícil, creo que también el apoyo contextual que le brindemos a, en beneficio del adolescente, independientemente los lineamientos técnicos que tengamos cada programa, la mirada del adolescente integral, en toda su magnitud, cognitivo, social, corporal incluso, emocional, porque muchas veces se atiende el trauma pero el trauma también está muy enraizado en el cuerpo, eso yo creo que es una, bueno lo negativo, estoy como cruzando las líneas, creo que es algo que estamos al debe también y que nos va a servir mucho, eso porque la disposición del adolescente y del niño yo me he dado cuenta que esta, esta, y esta como mermada a veces por lo que le dice el papa, o por lo que se dijo acá, o por la vergüenza y la culpa, que también son, son sentimientos que siente hartito el adolescente, no hable esto antes porque mezcle todo.

Entrevistadora: Pareciera que los cuidadores entonces cumplen un rol bien importante también en el tratamiento.

Entrevistada: Es fundamental.

Entrevistadora: Para terminar, hay algo más que quieras comentarnos sobre tu experiencia con adolescentes que presenten estas características que he mencionado.

Entrevistada: Algo que quiera mencionar, hartito, yo creo que lo fundamental es creer en ellos, o sea, poder ver el dolor que ellos sienten, yo creo que lo fundamental es poder conectarse como profesionales con ellos, yo creo que esa es la labor más importante que tenemos para poder acceder a todo a lo otro, lo más importante es llegar a vincularnos, y darle confianza, seguridad, un apoyo y creer, creer yo creo que ahí podemos proporcionamos un poquito de esperanza, que la desesperanza mantiene toda esta sintomatología, es algo súper escaso, yo creo que eso es lo más importante y vocación, yo creo que también es importante de parte del profesional, eso confiar en ellos y poder traspasarle también esto a los papás, para que no sea solamente a nivel terapéutico con el profesional, sino que también con el adulto que lo acompañe, el adolescente que está teniendo esta sintomatología en el fondo está pidiendo ayuda, eso, escucharlo, es validarlo, es aceptarlo, yo creo que desde ahí tenemos el piso del adolescente, se lo traspasamos al adulto y ahí tenemos el piso más completo y lo contextual, lo cultural que también es fundamental, podemos trabajar desde ahí igual, eso.

Entrevistadora: Muchas gracias.

Entrevista n°3

Entrevistadora: Tal como le ha sido comentado con anterioridad, esta entrevista se enmarca dentro de un proyecto de investigación. Durante la conversación abordaremos distintos temas relacionados con la aparición de los síntomas depresivos en adolescentes con los que haya trabajado antes en su experiencia clínica. Cabe mencionar que usted tiene el derecho a contestar o no, frente a cualquiera de las preguntas. Asimismo, aprovecho de pedirle que intente ser claro al momento de exponer sus respuestas y para ello, puede ilustrar sus ideas, pensamientos, sensaciones, y recuerdos a través de ejemplos o de la descripción de situaciones que le hayan sucedido. Lo principal es que se sienta cómodo, libre para conversar. Por supuesto, todo el contenido que me haga ver será mantenido en estricta confidencialidad y anonimato.

Entrevistadora: ¿Cuánto tiempo tiene de experiencia clínica en el trabajo con población infanto-juvenil?

Entrevistado: A ver, del 97, mucho (risas), veinte años

Entrevistadora: veinte años mmm

Entrevistado: si veinte años, he trabajado en consultorios de atención primaria, en no solo acá, sino también en “X Ciudad”, en proyectos del SENAME, en los que ahora se llaman los PRM, y yo fui de los equipos que instalo el “X PRM” acá el 2001, y ahora llevo 11 años en la unidad de neuropsiquiatría Infanto-Juvenil de “X Hospital Público”.

Entrevistadora: ¿Y cómo fue que llegó a trabajar con este tipo de población?

Entrevistado: mira fue por un tema de me gustaba la idea de trabajar con niños en el fondo, en la universidad, pero cuando hice la práctica que la hice en “X Hospital Público” hubo un caso que nosotros tuvimos acceso, que fue un caso de una situación de maltrato, como bien heavy, con una historia de abuso sexual y junto con mi compañera de tesis eh, ella hizo la practica el primer semestre y yo el segundo, en el mismo lugar y yo hice la continuidad del caso, y ahí me enganche con el tema como del maltrato y empecé a como profundizar en esa área.

Entrevistadora: mmm ya, ya, ya. ¿Por qué cree que prefirió dedicarse a este sector en particular?

Entrevistado: no me he preguntado eso, yo supongo que tiene que ver con historias personales, yo creo que tiene que ver con (silencio) con eh con la idea de que los chicos no tienen mucha voz, ya, y y la idea de que como sociedad tenemos una tremenda deuda con la población de infancia, que están muy solos, que están desprotegidos en términos sociales, eh que

los papás estamos como igual trabajando mucho y los sistemas escolares se termina haciendo cargo de cosas de crianza, creo que tenemos un nivel de maltrato y abuso sexual en nuestro país que son espantosos, entonces me parece que hay una necesidad ahí y una responsabilidad como ética de desempeñarse en esta área.

Entrevistadora: ya, en bueno me comento que estaba en el sector público trabajando y también.

Entrevistado: y privado también.

Entrevistadora: y privado también... Dentro de estos contextos de atención que refiere ¿ha tenido que atender consultantes con sintomatología depresiva con intentos de suicidio y abuso sexual?

Entrevistado: si en el... especialmente en el hospital, yo trabajo en un equipo que eh reciben los intentos de suicidios, que están hospitalizados y yo específicamente trabajo en la población adolescente entre 15 y 18, veo de todo, pero con esa población en general yo soy como el psicólogo que toma esa parte. Y en la consulta particular lo mismo, el tema suicidal está como muy muy aumentado en los últimos años, ya no, es un tema yo no sé si es porque yo trabajo en eso, que tal vez me derivan eso, pero cada vez atiando más niños chicos con historia de suicidio y respecto con el tema de abuso sexual eh, yo creo que es una realidad sobre todo en mujeres, eh, como transversal a la infancia, yo creo que lamentablemente como país, tenemos muchos con historias de abusos.

Entrevistadora: ¿Desde cuándo que ha notado estos aumentos en cuanto a intentos de suicidio y abuso sexual?

Entrevistado: Mira el tema suicidad eh yo creo que, en los últimos cinco años, yo creo que en los últimos cinco años ha vivido un peak, seguro esto empezó antes, pero mi sensación es que hace cinco años se hizo común el tema de los cortes y la idea de muerte como una solución, como una solución posible, como una solución válida entre los chicos, entre los adolescentes.

Entrevistadora: Entonces, ¿diría que son casos más comunes o aislados?

Entrevistado: Yo creo que es bastante común hoy día, eh y lo que pasa es que hay dos cosas ahí, la idea de la muerte es una idea normal en el desarrollo adolescente, es una idea esperable, los chicos piensan en el sentido de la vida y piensan en la posibilidad de la muerte, o esta cosa de trágame tierra o párenme el mundo que me quiero bajar porque estoy muy angustiado o porque tengo muchas cosas, yo creo que la idea de la muerte, el desaparecer están ahí, pero me parece

que con este aumento de las autolesiones, de las conductas autolesivas como una manera de lidiar angustia rápida, de una descarga emocional rápida, se trasgreden ciertos límites que hacen más posible, más probable o más cercano el morir, eso.

Entrevistadora: Dentro de estos casos que me comenta, ¿existe alguno particular que recuerde el cual pueda comentarme?

Entrevistado: Si, si hay una chica que atendí en el hospital, lo que pasa es que, yo creo que hablar de síntomas depresivos es bien, es como, como un poco ambiguo, un poco ambiguo, yo ya te explicaría dos casos, ambos que por sintomatología que según por clasificación podría caer en la categoría de depresión o trastorno de ánimo, distimia o alguno de los trastornos como afectivos, hay uno que son ehestá depresión que uno podría llamar como húmeda, de con mucho llanto, con mucha emocionalidad, muy muy agudo los síntomas muy intensos y que comúnmente uno asocia a trastorno de personalidad, ya, es decir, que hay un trastorno de personalidad a la base, pero que por sobre el trastorno de personalidad en relación a los quiebres consecutivos, ya sea como antecedente o como consecuente en los vínculos de estas niñas y de estos chicos, mas niñas que chicos, eh han constituido síntomas depresivos y existe otro perfil que es como el... lo que antes se llamaba la melancolía, cierto, este perfil melancólico, que ahí prima más la desesperanza que la emocionalidad intensa cierto, eh ahora lo que si uno puede encontrar en ambas poblaciones son historias de victimización no solo sexual, pero en general historias de victimización eh y respecto del caso, claro, me acuerdo de esta chica, que es una chica que viene de una familia familiar, una familia que tiene muchos rasgos evitativos en varios miembros, son bien ansiosos, tienen poco contacto con sus pares, eh tanto ella como su hermana como su papa tienden a evitar la confrontación o el contacto interpersonal le incomoda mucho, muy vergonzosos, y esta chica en este contexto em hace un eh... sufre de una situación de abuso en contexto escolar, por parte de otros compañeros ya, y ella como tiene esta cosa, este perfil bien evitativo se congela y no puede pedir ayuda y a partir de eso hace un proceso donde lo depresivo se suma a esta cosa ansiosa basal que tenía ella y es un depresión como la medula, es una depresión mayor propiamente tal, con desesperanza, con desánimo y eh donde en esto evitativo que ella tiene, las crisis angustiosas generan ideas de muerte que se encarnan en ella, ella está constantemente con la idea de morir, ella se autolesiona en estas crisis angustiosas y eh y en algunos... son los brazos llenos de queloides, llenos de queloides y lo particular de esta chica porque me acuerdo tanto de ella, porque la llegue a estimar harto, es que todo el proceso de

develación se da en el contexto de una ... de la hospitalización, lo que es bastante común en esta chica y se inicia el proceso como terapéutico propiamente tal después de esta develación, así que estuvo varios meses, después estuvo en el salvador, ósea, un caso bien grave, hoy día está bastante mejor.

Entrevistadora: eh bueno, ¿y ella por cuanto tiempo sufrió de estas situaciones de abuso?

Entrevistado: Según su relato fue una situación única, ya, pero mientras uno más entrevista a estos chicos, uno tiende a ser más, uno tiende a pensar que hay más situaciones siempre, que son muy pocos los casos con situaciones únicas, uno podría hipotetizar que hay otra historia que o ella no conto o que ella no develo lisillanamente.

Entrevistadora: ¿Qué elementos cree que estarían presentes durante el desarrollo de los/las adolescentes que podrían influir en la aparición de estos síntomas?

Entrevistado: eh pucha yo estoy re pegado en el último tiempo con una terapeuta familiar norteamericana que vino hace poco que es “ X Autora” ella plantea el desarrollo traumático de la personalidad y si yo tuviera que pensar que cosas tienen en común estos chicos, creo que el 90% tiene historia de invisibilización de necesidades, historias de abandono, historia de violencia, historias de victimización eh pero en múltiples áreas, como el tema de la victimización sexual pero también del maltrato físico, también del abandono, de la sobre exigencia, de la parentalización, o sea la idea de en el fondo contextos que exigen de ellos, más de los que ellos pueden dar, contextos de sobre exigencia, donde son chicos que pueden desarrollar respuestas que le permitan sobrevivir a estos contextos pero que queda un daño ahí y un daño que uno puede yo creo que arrastrar incluso a lo neurológico y desde ahí eh se generan como círculos viciosos, en el fondo estos chicos, generan patrones vinculares que son poco favorecedores de relaciones nutritivas con el medio, entonces uno puede ver que además paralelo a esta historia de victimización que uno lo puede identificar ya sea en lo sexual o maltrato, genera un desarrollo de relaciones con fracaso, de alta intensidad emocional o de sensación de abandono en el polo de estas chicas que son más explosivas o más expresivas y en el otro polo, el polo más depresivo-melancólico eh historias de aislamiento, de chicos que en el fondo van resolviendo la vida bien lejos de los otros, de las otras personas.

Entrevistadora: además de esos ¿Existirían eventos clave en la vida de el/la adolescente que facilitarían la aparición de la depresión con intento suicida?

Entrevistado: difícil esa pregunta, yo creo que uno puede identificar eh los eventos propiamente tal de intentos, uno es los gatillantes, es decir, cuando hay un intento suicido siempre hay gatillante, es una pregunta que yo hago siempre, eh cuando incluso cuando los pacientes consultes y es como por qué ahora, por qué usted consulta ahora, por qué no hace tres meses, por qué no hace, por qué no en tres meses más, por qué no en un año antes, ya, y esa pregunta también uno se la puede hacer respecto del intento de suicidio propiamente tal, por qué, y ese porque, si bien siempre uno puede encontrar un gatillante que puede ser pequeño, que puede ser una pelea, que puede ser una terminar una relación con una pareja o una entrega de nota baja, o una situación de vulnerabilidad de escolar, puedes encontrar como gatillantes y que son relevantes para entender la dinámica, al mismo tiempo en términos de significados esos gatillantes están asociados a otros eventos y es lo que algunos podrían llamar lo de la retramautización, es decir, hay una serie de experiencias repetitivas que hacen que la pérdida afectiva o la sensación de no ser suficientemente bueno o suficientemente valido o suficientemente querido eh, es especialmente sensible en términos de estos chicos y dentro de esos eventos, claro, uno puede buscar hitos ya, pero me parece más que relevar el hito en si, del maltrato, del abuso o la situación puntual, son los significados que están y creo que uno de los significados es la invisibilización frente a los adultos, ya, en esta chica que yo te contaba, claro, es súper claro, ella dice, un ejemplo para entender, yo estoy acá, estoy en clase, está pasando esto, yo no puedo pedir ayuda, pero por que estos adultos que están al lado no me ven, ya, es una manera bien concreta y o cuando el pololo termina con la chica, entonces la chica es lo mismo, el tema de la pérdida del otro que no está, ya, yo tengo la sensación de que estos eventos que pueden uno que uno podría llamar eventos traumáticos, tienen la relevancia de instalar la cronicidad de lo traumático y lo traumático entendido como aquel momento de necesidad que tiene el chico, la chica y que el adulto que está a cargo no puede responder o no sabe responder o no quiere responder.

Entrevistadora: En general ¿en qué momento de la vida de los/las adolescentes aparecen más frecuentemente los síntomas depresivos?

Entrevistado: em, yo creo que ahí hay que hacer una salvedad por qué porque los síntomas depresivos propiamente tal como lo entendemos en los adultos, claro, en la adolescencia comienzo de las relaciones de pareja, eh la transición de la autonomía, de desde el adolescente hacia un padre, desde sus padres a el adolescente, y comienzan otras exigencias sociales fuera

del colegio, el pololeo, la relaciones de pares, yo creo que es un momento donde más claramente aparecen los síntomas depresivos, yo incluso te podría aclarar yo creo que entre los 15 y los 16 años, o sea los 14 y los 16 años, es como el momento donde más claramente aparecen los síntomas depresivos, pero cuando uno rastrea hacia atrás, uno se da cuenta que estos síntomas han estado ahí mucho rato pero aparecen de otras maneras ya, y tienen que ver con en los niños los síntomas depresivos pueden aparecer muy camuflados o de manera muy específica, un niño que está muy irritable durante todo su desarrollo pudo estar deprimido o una chica que tenía una alteración de sueño o que bajo su rendimiento, o que andaba disfónica, pudo haber sido la génesis del proceso depresivo, pero los síntomas propiamente tal yo creo que a los 14 años, es como el momento clave, que yo creo que además se condiciona con que a los 14 años hay un desarrollo cognitivo que permite a estos chicos eh pensar en sí mismo, ya, y eso puede ser muy doloroso con respecto de, y aparte de pensar en sí mismo, comparar sus historias con las historias de los otros, ahí yo creo que en ese proceso aparece la depresión más violentamente.

Entrevistadora: Que los consultantes hay vivido uno o más abuso sexual ¿cree que influye en la aparición de síntomas depresivos?

Entrevistado: em, bueno si, a partir de, em hay dos cosas ahí, un evento traumático único em un abuso sexual único eh, yo esperarí que generara síntomas más en la línea ansiosa, me parece que la segunda parte de la pregunta es importante, uno o más yo creo que cuando tú, cuando hay un chico que tiene más de un evento abusivo, claro que es un chico que donde los adultos no están disponibles, yo no lo digo con un juicio moral respecto a esos adultos, yo creo que hay muchas razones por la cual el adulto puede no estar disponible, pero algo pasa que si un chico, porque cuando un niño es abusado se nota, se nota en la cara, se nota, el día que esto le sucede al chiquillo tú lo miras, lo miras de verdad, te 'day' cuenta que algo pasa, si tu 'tení' una construcción medianamente sana que te permita distinguir lo que le pasa te 'vay' a dar cuenta y por qué es relevante porque entonces cuando hay una situación única no es fácil, pero es más fácil repararlo, ya, y prevenir entonces un desarrollo de personalidad dañado, cierto, no estoy pesando en otros trastornos, sino en un desarrollo que sea integral, pero cuando hay más de una situación abusiva esta lo traumático que se instala ahí como una cronicidad cierto, esta cosa de que yo me veo expuesta a una situación y la desesperanza de que nadie me puede ayudar o el daño de la autoestima o de por qué no lo puedo yo enfrentar, o la vergüenza, o la ambivalencia de querer al agresor o la agresora por ejemplo que son experiencias bien dolorosas en el

desarrollo eh y si esto se repite entonces nadie me contiene en esto, y ahí claro, la posibilidad de hacer proceso depresivo es altísima.

Entrevistadora: Alguna otra implicancia que podría tener esto en el adolescente, el haber vivido experiencias de este tipo.

Entrevistado: Yo creo que el tema de la relación con el cuerpo es bien peculiar, fíjate que hay unos estudios, que uno de los diagnósticos que uno más dice que tiene estos pacientes estos pacientes suicidas, que no sé si sea el lenguaje adecuado, pero uno habla mucho del trastorno limítrofe de la personalidad, que hoy día yo veo cada nota margen, yo veo cada vez más trastorno de desarrollo traumático de la personalidad, que es un trastorno limítrofe, acuérdate que esta cosa limítrofe tiene que ver más con lo traumático, y hay un estudio de trastorno limítrofe de la personalidad donde se habla de que el 70% de las mujeres con trastorno limítrofe de la personalidad, han vivido situaciones de abuso sexual, entonces claro, yo creo que hay un tema con el cuerpo entorno al abuso, aparte de todo lo otro que hemos hablado, una relación con el afecto y con el cuerpo, que no está mediada por los adultos, que muchas veces no tiene una mediación cognitiva, y de ahí la, el corte, el autodaño, el daño autoinflingido, con o sin finalidad de muerte em yo creo que tiene que ver con esa experiencia de disociación de esto que no quedo en el lenguaje, que no quedo en el discurso, que no quedo narrado, que quedo en una narración interna, cierto, que no está socializada, y de ahí pensar en eso es muy difícil, ahí el reeditar esto es muy difícil, entonces el corte aparece como una posibilidad de aliviar una angustia o de aliviar una culpa o de castigarse por estas temáticas que no están puestas en la relación sino en la relación del adolescente con el propio cuerpo, y estos son chicos que tienen relaciones eh particulares con su propio cuerpo y la llegada de la adolescencia se vuelve critica ahí porque aparece el deseo, porque aparece la sexualidad, cierto, porque tienen experiencias que les hacen reeditar lo traumático eh o pensar en lo que paso, muchas veces a los doce año se dan cuenta recién de que esto que les pasaba no estaba bien y es un efecto de hipnosis atrás, y que ellos sabían que no estaba bien pero esa lectura de su cuerpo, no hubo un contexto que la validara de ahí yo creo que otra cosa que queda bien importante ahí es la relación con el cuerpo y agregaría la impulsividad, y la impulsividad tendría como en esta historia traumática, donde hay abuso, donde hay otras experiencias de maltrato, donde hay invisibilización, eh el sistema nervioso queda en estado de defensa y eso se activa en otras, todas las relaciones interpersonales, hace poco llega una chica a la consulta, que yo creo que tiene una historia de abuso pero no develada,

cierto, y ella es linda, guapa, una adolescente grande y siempre llega como bien arreglada, pero esta vez llevo, llevo con una polera muy cortita, con unos short bien cortitos y con una panti como de malla, de verdad como heavy, como súper seductora y ella no tiene seductora, todo lo contrario ella es muy angustiosa y llega como con esta pinta, raro, y ella esta grande tiene como 16 o 17 años y yo pienso la mire, yo la atiendo hace dos meses más o menos, yo la miro y pienso acá hay abuso, acá hay abuso y algo paso que ella de alguna manera erotiza el espacio terapéutico, y no lo estoy pensando desde lo psicoanalítico, sino de lo concreto, o sea yo me pasaba el rollo, que pensara la mama de que entre yo a una oficina con la puerta cerrada con su hija adolescente vestida de esa manera, eh y claro, yo pienso que hay abuso, aquí hay abuso y esta cosa angustiosa que ella tiene, porque ella es muy angustiosa, entonces llega se sienta, empieza así, a mover las piernas, a mover las piernas, a mover las piernas así heavy, muy rápido, muy angustiada y yo la escucho y le pregunto si está molesta porque parecía media enojada, no me dijo no estoy molesta, no quería venir no más y empieza con una reacción muy ambivalente donde provoca, provoca de muchas manera, y yo la escucho, la escucho, la escucho, después de un rato ella baja, entonces le digo parece que dejaste de moverla las piernas, parece que estay más tranquila, y ahí ella empieza a conversar, ahí empezamos a conversar, después de un rato conversando ella, yo le muestro lo que pasa, le muestro esta cosa de que cuando ella está muy angustiosa se pone como acorazada y se pone hostil y tiene que ver con esta activación del sistema nervioso de mover tu estrés, y en ese momento ella diríamos en términos clínicos eslimítrofe, entonces viene sube la angustia y se desconecta, desconecta el lóbulo frontal y se vuelve hostil, se vuelve ambivalente, se vuelve muy inadecuada en términos vinculares, pero cuando baja se calma y es una chica de lo más dulce y ya no hay seducción, ya no hay agresión, ya no hay, ah entonces conversamos y yo le pregunto si su mama sabía que a ella le pasaba eso, entonces dice no se no creo, le pregunto si ella cree que sería bueno para ella si su mama supiera, y ahí como ya estaba con lóbulo frontal activado dice yo creo que sería muy bueno, sería muy bueno porque además así ella me podría contener, entonces hacemos pasar a la mama, y hacemos el mismo trabajo porque yo suponía que la mama tenía un modo de funcionamiento similar, y claro entra la mañana y cuenta que ella hace lo mismo, y que ella entiende, lo que me queda en el subtítulo es que probablemente las dos tienen historia de abuso.

Entrevistadora: Seria algo transgeneracional entonces.

Entrevistado: ¿el abuso?

Entrevistadora: o más frecuente.

Entrevistado: si, pero yo creo que ahí, ahí faltan datos, faltan datos porque eh porque en este país hay demasiados abusos y ha habido demasiado abuso, entonces hay que tener ojo ahí, porque una cosa es lo terapéutico yo entender la transgeneracionalidad de un evento cierto, y otra cosa es pensar en lo mecánico, ya que si hacemos una encuesta de victimización y nos damos cuenta que el 30, 40 50% de las mujeres de nuestro país ha sido abusada, entonces lo más probable es que haya un fenómeno transgeneracional por un tema de numero cachay, no necesariamente porque la transgeneracionalidad está generando o facilitando ya, yo creo que si hay un tema relevante es entender que somos un país deprimido, pero que también somos un país abusador, y esa conexión sí que no es casual, entonces yo creo que la transgeneracionalidad es importante para entender ciertos fenómenos de vinculación y de vinculación frente a ciertas temáticas de riesgo ya, y de cómo estos padres hay tienen zonas ciegas que no pueden ver y ahí uní puede pensar que se replica la situación de abuso y otra cosa es reconocer que estamos en un contexto que socialmente valida el abuso de la mujer, lo digo con vergüenza de género, porque yo pienso en las mujeres que yo tengo cerca han sido abusada o han sufrido victimizaciones, chuta, la cosa se vuelve seria porque son muchas, entonces yo creo que hay que tener ojo con las ideas transgeneracional ahí para no eliminar este factor que no tiene con esa línea de familia, desarrollo, si con un país que funciona de manera muy loca.

Entrevistadora: Me quede pensando en algo que dijo en relación a como la consultante muestra estos síntomas, luego de haber sido abusada, como que se hacen presente en la terapia, cuando ella llega y usted lo puede notar al momento de verla, eso suele pasar con los consultantes habitualmente que fueron abusados durante el proceso terapéutico, luego usted ve un cambio en ellos que se nota a simple vista.

Entrevistado: mira, no, yo creo que hay que tener ojo ahí porque aquellos que tenemos experiencia en abuso, trabajar en reparación en abuso, vemos, vemos cosas, que quizás otros clínicos que quizás otros clínicos que no hay trabajado en esa área.

Entrevistadora: pero en su experiencia...

Entrevistado: entonces lo que sucede es que yo también soy el que distingo y de nuevo viene, viene un poco lo mismo, ya, cuántos de estos, o sea, si este, si este, si la experiencia de abuso es tan común en nuestra población, entonces no es que yo este, este vea, viendo algo particular, ya, entonces ahí yo creo que hay que tener ojo porque no me queda claro si la victimización sexual

en sí, es el único antecedente, yo hoy día tiendo a pensar que es la experiencia traumática repetida, que en nuestro país muchas veces es sexual, ya, eh ahora esto de los síntomas en sesión tienen que ver más que uno ahí también puede ir a los números, cierto, porque el 80% de las situaciones de abuso son de carácter intrafamiliar, o no, son por parte de un conocido eso, de ese 80%, el 80% es la figura paterna ya, eso genera una marca en la manera en que se comete el delito, es decir, si este 80 del 80 % es intrafamiliar , entonces vamos a pensar que la fuerza no es el medio más común de comisión del delito, sino la seducción, ya es una tremenda vuelta, pero, pero tiene que ver con lo que tu preguntas, si la seducción con las distintas maneras que podemos encontrar, es la vía entonces uno va a pensar que los síntomas se instalan en la vinculación, ya, entonces cuando llega un chiquillo o una chiquilla y se vincula con un terapeuta en un espacio cercano es esperable que aparezca esta manera de vincularse que tiene que ver con la dinámica abusiva o la dinámica traumática, y eso es lo que uno puede ver. Ocurre un segundo tema ahí que o creo que tienen que ver con los estilos terapéuticos, yo soy un terapeuta que trabaja mucho con la emoción y que me vinculo muy cercanamente con mis pacientes, a mí me, me duele, me pasan cosas, cachay, y pero bien, es manejable, como uno trabaja y eso licita en la situación terapéutica que aparezca síntomas vinculares porque tú te instalas dentro de un espacio más íntimo, ya, y son chicos que no están acostumbrados a ser reconocidos sin riesgo entonces cuando tu estay con la chiquilla y yo le cuento esto es muy probable que, entonces aparezcan estos síntomas que tienen que ver con la dinámica vincular cercana y que esta mediada por la situación de abuso o de maltrato o de abandono.

Entrevistadora: ¿Qué rol cumplirían los/las cuidadores/as respecto a la aparición de esta sintomatología depresiva?

Entrevistado: yo creo, bueno, yo creo que te he estado hablando de eso.

Entrevistadora: sí.

Entrevistado: yo creo que eso es lo central.

Entrevistadora: entonces sí, claro.

En el fondo en la, la situación traumática o la situación abusiva y yo creo que esto te lo podría, te lo podría confirmar las personas que han trabajado en delitos sexuales y que hemos salido bien parado en jaja, eh fíjate que la gente dice que uno, uno va a quedar como con susto, y a mí me pasa que no, me pasa que uno, sé, sé que es una situación controlable, sé que cuando no es controlable es reparable, sé que se puede, asa con certeza, pero los adultos tienen que estar

ahí, los cuidadores tenemos que estar, y ahí es donde se pone complicado, se pone complicada porque, por él, nuestro sistema social actual eh los adultos no están, los papás no están, los profes no están, entonces, es muy fácil ser invisible siendo niño y si un niño esta invisibilizado les van a pasar cosas malas y no va a haber quien los contenga, y si no va a haber nadie que los contenga va a aparecer la depresión u otros síntomas.

Entrevistadora: ¿Cuáles serían posibles lineamientos de tratamientos para mejorar el pronóstico de la sintomatología depresiva en los/las adolescentes?

Entrevistado: ya ahí yo tengo que reconocer una distorsión porque yo estoy terminando mi formación como terapeuta familiar, entonces.

Entrevistadora: a ya.

Entrevistado: eh a ver, yo creo que lo primero en el área nuestra, en el área de lo psicológico es relevar la importancia de los tratamientos médicos porque es entender que este proceso que uno, que uno lo puede transgeneracionalidad, cierto, desde la falla en el cuidado, desde el ser no visto, tiene una repercusión en el aparato neurológico del niño, una repercusión concreta, o sea, mientras nosotros estamos hablando, están ocurriendo cambios bioquímicos en ambos, en ambos, cuando un chico es traumatizado a repetición, entonces no reconocido, por lo tanto, se repite, cierto, no contenido se repite, eh sus sistema nervioso cambia, cambia concretamente, cierto, los chicos los chicos limítrofes se activan o esta chica que yo te contaba que se activa en sesión, es su sistema nervioso que está funcionando de manera distinta, por lo tanto, lo primero es, es la necesidad de tratamiento medicamentoso, se sabe que los procesos depresivos sin tratamiento medicamentosos solo con psicoterapia no funcionan, porque tú ‘tení’ una depresión de verdad, ya, y, de ahí uno tiene que reconocer la importancia de lo terapéutico pero también eh la necesidad de validar y lo digo porque muchos de nuestros colegas tienen todo un cuento con la psiquiatría, que yo creo que es bien egoísta, es bien egoísta porque cuando uno ha visto un chico con depresión y donde los medicamentos hacen efectos así de verdad heavy como aparece el recurso, ya, porque cuando tu estas deprimido no importa los recursos que ‘tení’ están bloqueados, ya, los medicamentos movilizan recursos que tú puedes usar después en psicoterapia, eso es lo primero, lo segundo es la inclusión de los cuidadores en como la, como en la reestructuración de los vínculos, esta idea de que, de lo que necesita un niño no es un terapeuta que sea súper amoroso y que, y que haga los que los papás no hicieron, ya, porque, porque los niños tienen sus familia, ya, y por lo tanto, habilitar un espacio familiar donde las necesidades de

los chicos puedan ser reconocidas, es súper potente y súper peludo, súper difícil, porque no eres tú la estrella ahí como terapeuta, la estrella y los tratantes y los principales terapeutas son los papás, los papás, los profesos, los compañeros, a quienes hayan que ese proceso, ya, y yo creo que entender la naturaleza relación histórica vincular de lo depresivo, es re importante porque si no podemos caer en un reduccionismo de que, de que un organismo esta depresivo aislado, yo creo que eso lo sabes, y lo de cero, eh, es primero lo individual creo yo y después en lo vincular, eh, poner, poner, palabras de aquellas palabras que pueden ser ambivalentes, sobre todo la ambivalencia, de las vergüenzas, cierto, que muchas veces no tienen espacio para aparecer, ni en psiquis como individual del niño ni en sus espacios familiares, estoy pensando por ejemplo, en, en la Fiona True, que también es una terapeuta de la Ackerman, a ella la vi hace muchos, muchos años atrás, siempre decía lo mismo cuando viene eh hablaba por ejemplo que ella hacia trabajo grupal con niños que eran víctimas y agarraba cebollas y se ponía a picar las cebollas, entonces le preguntaba a los niños ¿cómo estoy? ¡Y los niños le preguntaba bien! ¡Feliz! Ella se preocupaba de ser muy histriónica y mientras picaba la cebolla se ponía a llorar, entonces como estoy ahora, estoy feliz, pero estoy llorando y ahí se empezaba a hablar de cómo el organismo puede tener respuestas, cierto, y eso pensando, por ejemplo, en que sabemos que muchas de estas situaciones están mediadas por el afecto, por la seducción, por la ... entonces es muy probable que estos chicos que han sido victima eh tengan también sensaciones placenteras asociadas a la transgresión física, ya, y ahí hay que tener ojo con este discurso traumático y entender que cuando hablamos de trauma complex o de complejo traumático o del desarrollo de la personalidad traumática, no estamos hablando de estrés post traumático esa es otra historia, comúnmente de hecho el estrés post traumático no va a aparecer en estas situaciones que son las más comunes, son los síntomas que uno esperaría, em y mmm lo último es entender que, que tenemos que estar en el desarrollo como tratante, es decir, que estoy chicos es muy probable que antes en las crisis vitales, nombramos las de los 12, 13, 14 que es como la más común, pero va a pasar probablemente a los 18, va a pasar probablemente eh cuando empiezan las relaciones más serias, cuando las chicas o chicos piensen en casarse o no, o cuando 'vay' a tener hijos o no o ante la muerte de alguno de los padres o, o sea en estas crisis es muy probable que se requiera una nueva intervención, ya, entender que esto no es algo que uno sabe, sino que se pueda erradicar y que es necesario ir revisándolo en el desarrollo, entonces es como tratar de instalar este concepto de desarrollo, de que seamos nosotros, no me refiero al tratante en sí, sino al que

representa, aquel que interviene tiene que estar ahí y tenemos que tener un sistema que esté atento y tenemos que advertir a las familias que esto puede volver a aparecer, cierto, en términos de síntomas me refiero.

Entrevistadora: Ya, De lo observado en el proceso de desarrollo de el/la adolescente, ¿qué otros elementos serían importantes a considerar en el tratamiento de la depresión además de que los ya menciono?

Entrevistado: (silencio) ah, yo creo que hay dos cosas, no si, yo creo que hay dos cosas más que se podrían nombrar, lo primero es el tema de la sexualidad, ya, eh pero explícita, o sea, hay que hablar de sexo, es como, hay cosas que hay que preguntarle a los niños, parte de la indagación eh ineludible de la evaluación de un adolescente es la sexualidad, la autonomía, la relación con los papás, la relación con los pares, la relación con el cuerpo, ya, con la masturbación, son cosas que uno tiene que preguntar, pero sobre todo cuando hay proceso depresivos, y lo, la pregunta sobre la ideación de muerte, la pregunta sobre la intención de muerte o la pregunta sobre si has pensado o has intentado suicidarte y como, hacer la pregunta directo, y lo mismo de la historia abusiva, ahí uno puede preguntar, de acuerdo, a gravedad, preguntar de manera distinta, pero son temáticas que hay que indagar, eh y lo otro, que era lo que estaba pensando yo, em (silencio) no, no pero si me acuerdo te voy a contar.

Entrevistadora: ¿Qué factores consideras podrían intervenir en el fracaso o éxito de estos procesos de tratamiento?

Entrevistado: en el fracaso la falta de trabajo interdisciplinario, es como, como esencial, eh, sobretodo en casos graves yo creo que, se necesita gente con experiencia, de verdad está muy difícil, o sea, nosotros en la unidad tenemos hartos terapeutas bien experimentados, con, con, con harta cancha, con harta calle, como se dice y la cosa esta bien difícil para nosotros, es muy difícil, es muy difícil para nosotros, eh yo creo que la falta de supervisión, es un elemento clave, ir a entender, yo creo que controlar la omnipotencia, de que nosotros no estamos para salvar a nadie, es un elemento clave y actores para el éxito, trabajo en equipo, humildad y contención, es decir, la idea de, la necesidad de contención del terapeuta, yo te decía que yo trabajo mucho con las emociones, pero tengo un equipo con harta mujeres, entonces a mí me pasa que de repente termino algunas sesiones y, y, y me rajo llorando, así pero, cierro la puerta y me pongo a llorar ya y eso es parte, cuando tu tení' un equipo que te contiene eso no importa, no, no es dañino, cachay, es un espacio sano de expresión emocional, de humanidad, eso y la eeh y quizás un

detalle más, yo creo que siempre hay que incluir a la familia pero hay que ser explícito que cuando hablamos de familia hablamos de papa y mama al menos, es decir, sea cual sea la situación y cuando digo sea cual sea, es sea cual sea, estos chicos tienen un papá y una mamá y si están hay que incluirlos, ya, y en los servicios públicos suelen suceder que como van las puras mamas, uno excluye tácitamente la participación de los papás, la mama dice no él tiene que trabajar no va a venir y resulta que después lo 'llamai' por teléfono tú y el caballero es el tremendo aporte y viene al tiro y se hace el tiempo, entonces la inclusión de la familia que cumpla al menos con los cuidados directos del niños

Entrevistadora: em, ¿hay algo más que quisiera agregar o comentar sobre su experiencia?

Entrevistado: no, que es una buena experiencia, que, que, que se puede y que a pesar de que la cosa esta grave, em a mí me llena de esperanza el trabajo que hacemos, yo siento que, que hay muchos chicos que, que sale adelante, ya, y, y la visión siempre desde el recurso, o sea para que quejarse de lo mal que esta cosa, esta todo el mundo, nosotros tenemos que buscar recursos, ser agentes de recurso, eso.

Entrevistadora: Muchas gracias por contestar.

Entrevista n°4

Entrevistadora: Tal como le ha sido comentado con anterioridad, esta entrevista se enmarca dentro de un proyecto de investigación. Durante la conversación abordaremos distintos temas relacionados con la aparición de los síntomas depresivos en adolescentes con los que haya trabajado. Cabe mencionar que usted tiene el derecho a contestar o no, frente a cualquiera de las preguntas. Asimismo, aprovecho de pedirle que intente ser clara al momento de exponer sus respuestas y para ello, puede ilustrar sus ideas, pensamientos, sensaciones, y recuerdos a través de ejemplos o de la descripción de situaciones que le hayan sucedido en su experiencia clínica. Lo principal es que se sienta libre y cómoda para la conversación. Por supuesto, toda descripción, explicación o comentario que exprese, será mantenido en estricta confidencialidad y anonimato.

Entrevistadora: Vamos con la primera pregunta, ¿cuánto tiempo tienes de experiencia clínica en el trabajo con población infanto-juvenil?

Entrevistada: mmm... 14 años.

Entrevistadora: ¿Cómo llego a trabajar con esta población?, ¿Fue decisión personal?

Entrevistada: Si, la verdad es que yo creo que desde que entré a estudiar psicología siempre me sentí atraída por ese grupo digamos, por los niños, me encantan los niños me encanta trabajar con ellos y en la medida que fui avanzando en la carrera cuando tuvimos que escoger los ramos de psicoterapia me fui al lado Infanto-Juvenil.

Entrevistadora: Dentro de estos 14 años que mencionas de experiencia ¿dentro de que contextos de atención ha desarrollado su labor como psicóloga Infanto-Juvenil?

Entrevistada: He trabajado en la consulta, he trabajado en colegios, he trabajado en los PI que antes se llamaban centros Infanto-Juvenil y en otros proyectos sociales ajenos a la pega digamos.

Entrevistadora: Dentro de estos contextos de atención que refiere, ¿Qué lugar recibe la sintomatología depresiva con intentos de suicidio y abuso sexual? ¿Son casos comunes o más bien escasos dentro de todos estos contextos?

Entrevistada: No, lamentablemente cada vez con más frecuencia.

Entrevistadora: Dentro de estos casos, ¿existe alguno en particular que recuerde del cual nos puedas comentar?

Entrevistada: Varios, podría partir por el más extremo que fue una chica que efectivamente hizo un intento y le resultó... murió... mmm... si tengo varios, de hecho, en el verano, este

verano una chica termino hospitalizada con un lavado de estómago porque tomo todas las pastillas que encontró el botiquín de su casa, otra chica que estuvo internada en Santiago por lo mismo... intento de suicidio, pero con cortes.

Entrevistadora: ¿Qué factores observa estarían presentes durante el proceso de desarrollo de los/las adolescentes que conlleva a la aparición de síntomas depresivos?

Entrevistada: Mmm... yo creo que uno de los factores más importantes tiene que ver con su autoestima, la visión que ellos van desarrollando de sí mismo y lamentablemente que no hay figuras significativas que los vayan reforzando, potenciando, sino que al contrario, yo creo que los chiquillos en esa época se sienten muy solos, se sienten poco escuchados, poco contenidos y frecuentemente los papás en sus intentos de conectarse con ellos generan lo contrario... hay mayor distanciamiento y como además están en su búsqueda de identidad y no tienen referentes que sean consistentes hay una sensación de estar perdidos, de no tener ningún camino trazado, de no saber quiénes son... que quieren hacer con su vida y otros factores como de contexto familiar, de repente mucho hijo de papa separado o papás que trabajan mucho que están poco presentes, conflictos con sus pares, cosas así.

Entrevistadora: ¿Existirían eventos claves en la vida del adolescente que facilitarían la aparición de la depresión con intentos de suicidio?

Entrevistada: Yo creo que uno bien importante es la comunicación al interior de la familia y también con las demostraciones de afecto, es súper interesante porque cuando yo le pregunto a los papás de estos chicos como es la relación, si hay contacto físico si los tocan los abrazan... la respuesta frecuente es no porque no me deja, y de alguna manera como que los papás se conforman con eso y siento que a veces hay como poco esfuerzo de parte de los papás por traspasar esas barreras... reconectarse con los chicos... ya, entonces yo diría sí que el tema de la comunicación, también suele a coincidir que la etapa de la adolescencia con crisis que los papás están viviendo o los cuidadores de los chicos, entonces están muy centrados en sí mismo, en sus dramas en sus conflictos, no se... problemas laborales, el dinero que siempre es un tema, y por otro lado estos chiquillos que quieren salir y probar de todo experimentar y papás que sienten que no tienen como regularlos.

Entrevistadora: Dentro de esto que me comenta... esta falta de comunicación y otros ¿Cómo describiría la aparición de estos síntomas en relación a la vivencia de uno o más episodios de abuso sexual?, ¿Qué implicancias tendría para la vida, haber vivido experiencia de este tipo?

Entrevistada: Bueno de partida el tema del abuso es un daño terrible al autoestima de la persona, también hay muchas dificultades justamente con el tema del contacto físico... con dejar que un otro me toque... de sentirme muy constantemente vulnerable frente a los demás, el tema de los límites también... porque de alguna manera un abuso es un traspaso de todos tus límites personales, físicos, psicológicos... entonces a los chiquillos después les cuesta mucho discriminar donde termino yo y donde empieza el otro o que cosas están permitidas y que cosas no... como que todos esos parámetros están mucho más difusos y por eso también parecen las conductas de riesgo.

Entrevistadora: ¿En qué momento de la vida del adolescente se hace más frecuente que aparezca la depresión y esta sintomatología asociada?

Entrevistada: Mmm... por lo que yo he observado este último tiempo podría decirte entre segundo y cuarto medio, como que esa etapa ha sido bastante intensa y también cuando salen del colegio... primer año de universidad... es bastante crítico en algunos chicos.

Entrevistadora: ¿Cómo esta adolescencia tardía?

Entrevistada: Exactamente

Entrevistadora: ¿Qué rol cumplirían los cuidadores respecto a la aparición de esta sintomatología?

Entrevistada: Yo creo que el rol de los cuidadores debería ser un rol de observador, deberían estar pendiente de los chicos, deberían observar, deberían saber un poco que esperar de esta etapa para poder discriminar que lo que están viendo en ellos es normal o si ya se está saliendo como de lo esperado... deberían reforzar insisto en el tema de la comunicación... que para mí es clave, estar pendiente de comportamientos que sean extraños... un chiquillo que se va demasiado para adentro o que pasa mucho rato encerrado en el baño, no se hay montones de señales que quizás uno por estar afuera la ve más claramente y ellos por estar en el sistema no se fijan. Entonces creo que parte del trabajo de nosotros es explicitar estas cosas y de alguna manera ayudar a los cuidadores a abrir los ojos y decir bueno en realidad hace tiempo que está comiendo poco o está haciendo demasiado deporte o que se yo... supervisar el tema de las redes sociales que publican, que comentarios ponen eso también te habla mucho del estado emocional del chiquillo.

Entrevistadora: ¿Hay algún evento clave dentro de este proceso que sea como un llamado de alerta para los cuidadores?

Entrevistada: mmm... por ejemplo que lleguen curados a la casa, no respeten los horarios, cuando están demasiado alterados, por ejemplo, agresiones o cuando rompen cosas que se da más en los varones que en las niñas... ese tipo de cosas, señales como que hace mucho calor y las chiquillas andan con polera manga larga, ¿te fijas? “A ver porque, muéstrame tus brazos” ... y claro como ellos se refugian en su pieza todo el día, pero hay yo creo es donde los cuidadores no deben ser perseguidores, pero si estar más pendientes... y hay estrategias para hacerlo también si uno puede hacerlo sutilmente.

Entrevistadora: Respecto a los tratamientos, ¿Cuáles serían posibles lineamientos de tratamientos para mejorar el pronóstico de la sintomatología depresiva en los adolescentes?

Entrevistada: Yo generalmente trabajo en dos ámbitos en paralelo, con los chicos a nivel personal donde trabajamos mucho el fortalecimiento de su autoestima, definir tu identidad, quien soy, que quiero, proyecto de vida... eso por un lado... se trabaja mucho lo cognitivo conductual... mmm... con tareas, tareas para la casa, ya vas a reflexionar de esto en la semana o te voy a mandar un video... yo trato que la comunicación con ellos no sea solo cuando vengan en la semana a la sesión... generalmente les dejo mi correo o yo les mando un correo con “oye encontré esto... porque no lo lees” ¿me entiendes? . Y el otro ámbito es el familiar necesariamente hay que involucrar a la familia, ya porque también pasa mucho que te traen al chico y es como “arréglame al niño” “mejórame a la niña” y el discurso acá es no... esto es un tema que está afectando a toda la familia y tenemos que trabajar en equipo y todos tenemos que hacer cambios y también a los papás les voy dando pequeñas tareas de comunicación, de estrategias, de reconectarse físicamente con los chiquillos... trato de hacer un trabajo en paralelo en los dos ámbitos.

Entrevistadora: De lo observado en el proceso de desarrollo del adolescente ¿Qué otros elementos serian importantes a considerar en el tratamiento de la depresión?

Entrevistada: Bueno el tratamiento farmacológico también que es un temazo porque a veces las sobredosis son del mismo medicamento que están tomando entonces hay también es otra opción u otra oportunidad de involucrar a los papás “usted supervise, usted acompañe mientras se está tomando la pastilla... Convérsele”... la psicoeducación es clave porque también ellos están en esta etapa donde se creen invencibles “no me va a pasar nada, no si ya me siento bien... no necesito más pastillas” y la dejan y a los dos días están descompensados y hay que explicarles que si no se la toman hay que partir todo de nuevo... hay que tener una repetición constante.

Entrevistadora: En general, ¿cuál es el pronóstico de estos chicos que han vivido depresión, intentos de suicidio y abuso sexual dentro de una misma experiencia vital?

Entrevistada: Bueno, es caso a caso, pero yo diría que en general es bastante favorable, yo podría decirte que los chiquillos que yo he recibido estando en el colegio después cuando ya entran a la universidad... de alguna manera la madures también influye evidentemente, pero... hay como un cambio de switch en ellos y empiezan a descubrir que las cosas la están haciendo para ellos... para ellos tener un sentido un proyecto y ahí se genera un cambio especial. Creo que obviamente es más manejable una depresión con intento de suicidio que un abuso sexual, ya que eso conlleva un trabajo mucho más profundo, hay que reparar muchos ámbitos más, pero el tema de depresión con intentos de suicidio yo diría que tiene un pronóstico optimista.

Entrevistadora: ¿Qué factores considera podrían intervenir en el fracaso o éxito de estos procesos de tratamiento con estos adolescentes?

Entrevistada: A ver... en el fracaso la poca consistencia... no venir a las sesiones, la no participación de la familia, muchas veces pasa que los chiquillos vienen y hablamos de cómo están las cosas en la casa “y no, todo está igual” y eso sigue reforzando este círculo vicioso, te fijas... la familia tiene que tener un rol activo, esa es una de las exigencias digamos para que el tratamiento pueda funcionar. El vínculo con el terapeuta también, ósea si el chiquillo viene y no se siente cómodo, escuchado o acogido no vamos a llegar a ninguna parte, eso también es súper importante... el conectarse con ellos desde sus propios intereses, yo creo que es súper importante ser receptivo, ser curioso, preguntar por la música que les gusta, que serie están viendo, que libro están leyendo y buscar formas de comunicarse con ellos desde lo que a ellos les gusta, porque generalmente no les gusta mucho hablar... es extraño encontrarse con un adolescente que quiera contarte sus cosas entonces si tu descubres que a él o a ella le gusta escribir... entonces no sé yo les traigo un cuaderno “este va a ser tu cuaderno, aquí puedes escribir tus cosas” y después me trae el cuaderno y hablamos del cuaderno... a partir de eso vamos abriendo los espacios, creo que eso es súper importante y no existe un recetario... porque uno como terapeuta tiene que adecuarse al paciente necesariamente.

Entrevistadora: ¿Y qué elementos de la persona del terapeuta estarían involucrados en esta relación o proceso?

Entrevistada: Flexibilidad primero que todo jajaja, hay que ser súper flexible, hay que ser curioso, hay que estar súper actualizado ósea a mí a veces me dicen “¿usted conoce Instagram?”

y yo les digo “sí, sí lo conozco” o “¿usted tiene Facebook? Sí, sí tengo Facebook” entonces tratar de hablar un poco en su idioma... y las cosas que yo no conozco les digo “explícame, cuéntame” ... a veces vemos cosas juntos y eso a ellos también los empodera porque ellos manejan mucha información que nosotros no tenemos... entonces validarlos, validarlos en eso, que el lenguaje que nosotros usamos con ellos sea positivo de reafirmación... creo que es clave y estar disponible para ellos.

Entrevistadora: Bueno a propósito de esto último que mencionas el “estar disponible” en el caso de los cuidadores ¿Qué rol cumplen ellos en este proceso reparatorio de tratamiento...?

Entrevistada: A ver los cuidadores son claves porque al final del día son ellos los que están interactuando con los chiquillos... yo siempre les digo “ustedes son expertos en sus hijos” porque ellos los ven todos los días y están con ellos siempre, entonces en el fondo también es hacerlos ver que gran parte de la recuperación de su hijo o hija tiene que ver con ellos... con que tan disponibles están, que tanto tiempo invierten en su hijo, a veces tú le preguntas a los papás “¿Qué serie está viendo tu hijo? No se unos monos japoneses. Ya, pero ¿de qué se trata? Te has sentado a mirarlos con él” o “¿qué música está escuchando? o ¿cómo le va en el colegio?” ... cosas así me entiendes... que suenan tan básicas pero que son vitales, porque lo que los chicos necesitan es sentirse visibles “que me ven, que saben que estoy aquí y que me están pasando cosas, que quizás no lo estoy pasando tan bien en el colegio” por ejemplo.

Entrevistadora: Y además de los cuidadores ¿Hay otras personas en el núcleo o en el sistema en general que logren ver que algo está pasando con estos adolescentes?

Entrevistada: Sí, yo he tenido casos donde por ejemplo las abuelas han sido claves, de hecho a veces son ellas las que logran captar los cambios antes que los papás y ellas dan la señal de alerta “Este niño está muy cambiado, parece que le está pasando algo”, también familiares cercanos... si yo diría los abuelos, a veces los tíos también porque además como la dinámica social se ha dado últimamente los abuelos son los que cuidan o que casi han criado a estos chicos entonces los conocen muy bien.

Entrevistadora: Para terminar, me gustaría saber si hay algo más que quieras comentarnos sobre tu experiencia con adolescentes que presenten estas características, quizás alguna idea que quieras reforzar o algo que te gustaría comentar respecto a la conversación que hemos tenido.

Entrevistada: jajajaja, mmm a ver mira yo voy a ser bien honesta contigo... cuando yo empecé a trabajar en la clínica pensaba que el grupo de los adolescentes era súper complicado y

muchas veces como que evitaba involucrarme en esos casos y ahora me doy cuenta de que es un grupo que necesita tanta atención y tanto cariño que bueno se me ha ido haciendo cada vez más fácil y yo siento que ojala hubieran más personas dispuestas a escucharlos a mirarlos porque realmente somos pocos los clínicos infanto-juveniles y hay muchísima necesidad, muchísima...muchísima, el tiempo que yo trabaje en un colegio también, llegaban a veces espontáneamente así como “tía puedo hablar con usted” y yo “si dale pasa” y a veces te contaban unas historias terribles o “sabe que nunca le había contado esto a alguien” entonces ellos quieren... quieren abrirse, quieren hablar pero no encuentran donde y yo creo que es un desafío para nosotros que ellos vean que hay alguien que está disponible... que realmente te interesas y que no estás aquí solo por hacer la pega si no porque realmente tú quieres que él o ella este bien... eso.

Entrevistadora: Muchas gracias por esta entrevista.

Entrevistada: De nada.

Entrevista n°5

Entrevistadora: Tal como le ha sido comentado con anterioridad, esta entrevista se enmarca dentro de un proyecto de investigación. Durante la conversación abordaremos distintos temas relacionados con la aparición de los síntomas depresivos en adolescentes con los que haya trabajado antes en su experiencia clínica. Cabe mencionar que usted tiene el derecho a contestar o no, frente a cualquiera de las preguntas. Asimismo, aprovecho de pedirle que intente ser claro al momento de exponer sus respuestas y para ello, puede ilustrar sus ideas, pensamientos, sensaciones, y recuerdos a través de ejemplos o de la descripción de situaciones que le hayan sucedido. Lo principal es que se sienta cómodo, libre para conversar. Por supuesto, todo el contenido que me haga ver será mantenido en estricta confidencialidad y anonimato.

Entrevistadora: Bueno para partir quisiera saber ¿cuánto tiempo tiene de experiencia clínica con población infanto-juvenil?

Entrevistado: 10 años trabajando

Entrevistadora: ¿Cómo llegó a trabajar con esta población, fue una orientación personal o más bien externa

Entrevistado: Eh fue como desde que empecé a trabajar, mi primer trabajo fue con universitarios y ahí estuve como en tres, cuatro trabajo con los jóvenes después de eso ingrese a conocer a muchos estudiantes de pregrado, o sea de postgrado, recién titulados a trabajar en un programa de SENAME donde estuve trabajando con niños, hasta los 10 años y por ahí como que partí con esto, adquiriendo experiencia y en ese momento tuve el interés de hacer un posgrado y ahí tuve otras experiencias, hice un magíster en psicoterapia con adolescentes ahí tuve un espacio de aprendizaje para la intervención con adolescentes específicamente y como ir de a poco en realidad, me fueron llegando pacientes a la consulta, fueron pasando el dato de que yo trabajaba con niños y adolescentes y después empecé a tener trabajos que tenían que ver lo infanto-juvenil. Trabajé en un hospital, donde trabajé en varios programas en realidad, en la parte de salud en donde yo veía Psicología de la salud y específicamente trabajan a con niños y adolescentes y después de eso trabaje en un programa de Drogas especializado, también con población adolescente y eso hasta ahora, porque yo he buscado trabajar con ese grupo, porque me he ido especializando en esa área y porque se han pasado el dato y me han llegado a la consulta

Entrevistadora: Dentro de estos contextos de atención que refiere, ¿qué lugar recibe la sintomatología depresiva con intentos de suicidio y abuso sexual? ¿Son casos comunes o más bien aislados?

Entrevistado: Aislados, si...si porque dentro de la experiencia que tengo no he trabajado en programas de pacientes de depresión de pacientes severos a menos, ni tampoco programas que trabajen reparación en el abuso yo creo que son temas que el programa los separa entonces tú tienes acceso a todo este grupo en la medida en que trabajas más especializado. Por lo tanto, cuando yo he recibido casos de este tipo ha sido a propósito de otros temas y han sido pocos porque en los programas que he trabajado no es lo habitual a menos que, como te decía, que estemos trabajando en programas más específicos por ejemplo estoy pensando en programas de salud de atención más secundaria

Entrevistadora: ¿Sin embargo usted ha tenido la oportunidad de trabajar con adolescentes que tengan o que hayan presentado estas condiciones?

Entrevistado: Claro, pero no es lo usual

Entrevistadora: ¿Ya, bueno dentro de estos casos que no son usuales, existe alguno particular, que recuerde, el cual pueda comentarme?

Entrevistado: Si, cuando me comentaron del estudio estuve tratando de indagar sobre estos casos que he tenido que cumplan con estas características, entonces tengo algunas ideas en mente. ¿Qué específicamente te gustaría que te contara?

Entrevistadora: Un caso que haya presentado, bueno además de sintomatología depresiva, un abuso sexual develado y un intento de suicidio.

Entrevistado: ¿O sea te describo el caso...?

Entrevistadora: Claro como la historia vital quizás de este adolescente y su trayectoria como por ejemplo la sintomatología...

Entrevistado: Ya, mira tengo un caso, de un chico de 16-17 años no estoy seguro de la edad, que yo atendí en el contexto de este programa de intervención en drogas ¿ya? Eh... Una de los temas que yo me di cuenta trabajando en drogas es que la problemática de drogas, es que no necesariamente la persona tenía un elemento biológico que lo hacía acercarse a las drogas, sino sobre todo porque la persona vivía en un contexto donde se normalizaba el consumo y por supuesto asociado a esto viene la multiproblematicidad. Cuando tú te encontrabas en el trabajo con drogas no intervenías en drogas, en realidad intervenías en todas estas múltiples problemas

que aparecían y por supuesto que el tema no lo llamaría como frecuente el tema del abuso sexual pero si ... o sea frecuente en términos de que ocurría mucho, no, habían ciertos casos en donde si habían algunos elementos de abuso sexual y otros donde la sintomatología depresiva era lo que aparecía con más frecuencia, con eso te quiero decir que cuando uno intervenía en drogas en realidad uno no está interviniendo en drogas, uno está interviniendo sobre una historia familiar muchas veces, muy compleja y sobre cierta sintomatología que hoy en día se agudiza y que se expresa por ejemplo a través del consumo y que la cronifica. Eh este chico tenía, yo creo que lo recordé porque a diferencia de otros más, una de las cosas que yo vi mucho era que en el relato de los pacientes aparecía mucha evitación de contacto con los profesionales, algunos porque estaban bien institucionalizados entonces ya como que se sabían de memoria el recorrido que se hacía evaluación y todo entonces cuando llegaba la psicóloga era como “ya ...más de lo mismo” y en otros casos porque tengo la sensación de que no había mucho que contar como cuando te preguntaban ¿qué pasa? .. “nada, todo bien” Siempre se ha hablado de que existe asociación entre el apego evitativo con consumo de drogas, entonces uno de los elementos más usuales que yo me encontraba eran adolescentes que si bien podían participar no se motivaban mucho por la terapia psicológica y tenían que recurrir a otras técnicas que tampoco los motivaban, las encontraban generalmente infantilizadas, te estoy hablando de chicos que ya vienen de vuelta y donde no tienen mucho tema el jugar, a menos que sea fútbol.

Entrevistadora: Claro...

Entrevistado: Bueno, y este chico era distinto, por eso me acorde, porque él yo sentía que tenía un tema con el papá y él había vivido un abuso por parte de su papá cuando era chico, a propósito de eso comienza su inclusión por SENAME, aparece la denuncia por abuso sexual, que se devela tempranamente, te estoy hablando cuando él tenía... unos cinco años, me parece, unos cinco o seis años, y rápidamente, me refiero cuando ocurrió esto, rápidamente esto se supo y se develo y se hizo denuncia. Él vive ... y el papá por supuesto no recuerdo bien que pasó con el papá, si una condena ... no estoy tan seguro de eso, lo que, si se es que él no podía acercarse al papá, ¿sí? Y con el pasar de los años él empezó a robar y se metió al consumo de drogas cuando llego ya a la adolescencia y se empezó a juntar con amigos que robaban, se juntaban a robar, eh porque te cuento esta historia del papá también, porque yo me sentí especialmente vinculado con él a propósito del sexo, yo soy hombre y yo tenía la sensación de él se vinculada conmigo por lo que yo creí, sin saber que él tenía una historia con el papá y cuando me dijeron que él tenía algo

con el papá, mi hipótesis fue ah claro, está buscando un papá y algo de eso había pero no era el foco del problema. Este chico cuando empezó la terapia como te decía me entregaba mucha información y me transmitía mucho sufrimiento mucha eh... muchas acciones con mucha culpa que él tenía, cuando robaba, por ejemplo, estaba pololeando y la polola también lo criticaba y él se lo vivía con mucha culpa y le prometía que no lo volvería a hacer y cuando subía mucho la angustia él consumía. Este cabro era muy bueno para la pelota además, jugaba en un club y una de las cosas que él alegaba era que, él vivía con su mamá y decía que su ella no lo quería, que ella nunca lo fue a ver jugar a la pelota, yo me quedé con las ganas, fijate... de ir a verlo jugar a la pelota, nunca fui, yo siempre lo motive harto al tema de la pelota, uno de los temas vinculares era el tema del futbol, hablábamos del partido, de qué jugaba él y hacíamos muchas metáforas con el futbol y veíamos... uno de los temas que siempre trabajábamos uno que tenía que ver con el tema del consumo y la incompatibilidad con su estilo de vida y veíamos hasta qué punto el consumo de marihuana afectaba a como él jugaba y en realidad me decía que él jugaba mejor futbol porque se concentraba más con el consumo de marihuana. Yo consideraba que este chico era muy vulnerable se veía muy afectado por dificultades con la pareja, lo dejaban muy mal, cuando eso pasaba, él se lanzaba y tenía carretes muy tóxicos, donde desaparecía de su casa por varios días me acuerdo, y en esos tipos de situaciones, en esos contextos en que él hacía toda esta jugada en que se peleaba con la polola o tenía problemas con la mamá, porque la mamá no lo trataba muy bien según él, la mamá era muy agresiva con él. Bueno y en estos contextos es que se armaba un ciclo en donde él iniciaba la conducta suicida a propósito del consumo si bien no buscaba matarse era un acto que yo lo leí como muy agresivo hacia él, yo en general el consumo lo veía como un intento de auto agredirse. Había como un patrón donde él realizaba acciones que lo dañaban, ¿cierto? Y él se dañaba a si mismo bueno y en ese contexto él tuvo, me comento algunas situaciones de ideación suicida, se angustiaba mucho, y él quería desaparecer, faltaba a entrenar y lo retaban, él sabía que, si faltaba a entrenar, la persona que lo entrenaba, que era muy importante para él y entonces perdía el vínculo que tenía con este profe, a quien tanto quería y valoraba. Em... él tuvo un, él había tenido antes intentos de suicidio en general, lo que recuerdo es que habían sido con consumo de pastillas y además él tenía una pistola, de repente portaba armas y me contaba que había pensado matarse con esta arma, pegarse un tiro, pero el tema del suicidio generalmente tenía que ver con conductas no tan violentas sino por ejemplo, con el consumo de algo, siempre estaba la expectativa de desaparecer. Una vez tuvo consumo de estas

pastillas y por alguna razón él fue a dar a emergencias y después se fue para la casa y el lunes lo estábamos atendiendo, este fue uno de los intentos que yo vi y que fue parte de toda esta seguidilla de acciones que se iniciaban con el rechazo con el desacuerdo o el no ser una persona de valor, eh en esta historia reemerge el papá porque el después de todos estos años reconoce que él quería reestablecer vínculos con el papa y buscarlo pero por otro lado tenía esta idea de que .. y que había sido trabajado en terapia incluso, del daño que el papa que le había hecho, y para él era súper complejo poder incorporar estas dos figuras, la necesidad del papa, de saber dónde vivía, de buscarlo y era a mi juicio, otra forma de hacerse daño, porque el papá, todos estos años en que no estuvo con él, el papá no quería saber nada de él, y él lo llamaba, el papá lo rechazaba, y cuando el papá lo rechazaba este chico se deprimía, y cuando se deprimía, ahí empezaba el ciclo. El proceso no fue muy exitoso, yo creo que el objetivo de nosotros ahí tenía que ver con el consumo, el consumo no lo disminuí y eventualmente tenía estas situaciones de desregulación en donde se lanzaba finalmente, las tuvo muchas veces y yo creo que me costaba mucho poder entrar en eso, profundizar en eso, era una necesidad de él de buscarte, pero te buscaba y te costaba encontrarlo, esa era mi sensación y yo siento que insistía en buscar, buscaba, era un buen paciente en términos de asistir, me contaba detalles bien personales pero también le contaba a otras personas, él siempre andaba buscando, mi hipótesis al final siempre fue que él estaba buscando a su papá, al final después de todo eso, como que se le perdió el papá en algún lugar y lo buscaba en todos lados, tenía un tema relacional, temprano que fue importante, que no resolvió, y que se reactivaba y el tenía este tipo de conductas que lo deprimían en un principio y cuando no las controlaba terminaba pensando en desaparecer o incluso teniendo intenciones de hacerlo.. eso no sé si te contesté.

Entrevistadora: Si no, muy bien.

Entrevistadora: ¿Qué factores observa que estarían presentes durante el proceso de desarrollo de los adolescentes que conlleva a la aparición de sintomatología depresiva?

Entrevistado: Si, eh... yo estoy convencido, porque también he estado metiéndome en el tema entonces tengo que sumarle a esto no lo que yo he hecho como clínico sino lo que yo he leído y me ha hecho sentido para lo que yo hago como clínico, para mí las experiencias de pérdida tempranas, especialmente yo lo veo en la depresión como un problema de los vínculos, te hace muy vulnerable desde muy temprano, como en el caso que te mencione, antes de que tu logres entender de que se tratan estos vínculos, que comienzas a vivir en la adolescencia o en la adultez,

sin saber lo complejos que son , tienes que haber vivido temas de perdida, de dolor finalmente que no sepas que hacer con ese dolor, y más adelante esa sensación de dolor se reactiva cuando hay situaciones parecidas, eso por un lado, como el inicio de, entonces claramente cuando uno de los elementos que son dañinos tiene que ver con el abuso, que es el tema que me habías consultado antes, definitivamente no porque es abuso sexual solamente sino porque hay un ataque severo al como nosotros nos vinculamos, el vínculo que nosotros encontramos como sano, no obligado no forzoso y corresponde a las necesidades tuyas y a lo que puedes entregar en este momento, aquí en este caso, falto eso, eso falla, eh y, por otro lado, no todos se deprimen o sea no todos quienes han tenido esa cosas se han deprimido, puede que la genética ahí este jugando un factor en algunos casos y por otro lado el cambio brusco que se puede vivir al entrar en la adolescencia como una etapa que es distinta que te exige mucho y si tu entras como niño a la adolescencia la exigencia de los pares te va a hacer verte lejano distante, y si eso afecta a tu autoestima por ejemplo, tanto en lo físico como en lo psicológico y sentirse niño por ejemplo y no entrar como en la lógica de conversar de las cosas que están conversando los pares, como en el caso de verse niño, como cuando los hombres comienzan a cambiar la voz por ejemplo, eso como la complejidad para el cambio al entrar en la adolescencia.

Entrevistadora: Además de estos eventos clave que refiere, ¿existirían otros eventos en la vida del adolescente que facilitarían la aparición de la depresión con intentos de suicidio?

Entrevistado: Si, haría una distinción ahí, porque no toda depresión lleva a un intento de suicidio, por alguna razón tu intentas morir no, entonces ahí hay una división, entre estar triste y querer morir.

Entrevistadora: Pero en el caso de estos adolescentes que además de la tristeza y de una desarmonía, también tienen una perdida de la motivación vital, que eventos clave.

Entrevistado: A nivel familiar, primer elemento que distingo, historias, pensando en antecedentes eh ¿actuales o hacia atrás?

Entrevistadora: De todo, cualquier momento... Adolescencia, infancia...

Entrevistado: Ya, de partida a nivel familiar, el rechazo, eh... familiar que no te han acompañado, negligencia parental pensando en niños que llegan cochinos al jardín donde la tía es la figura que se da cuenta de que estas básicas necesidades no estaban cubiertas. Eh que recuerde... me es difícil salirme de los libros para entrar a la experiencia, que es de lo que yo te quiero hablar, sino te podría empezar a combinar estos factores que uno se sabe de memoria,pero

voy a tratar de hablar de lo que yo visto. Eh... como un elemento más característico de personalidad pero que interactúa con el modo de regularlo, chicos que tienen el temperamento muy difícil en la infancia y que reconocen que son por ejemplo muy impulsivos y te das cuenta de lo que yo recuerdo del caso, ha tenido impacto el tema relacional porque finalmente tienen mala relación. Ahora me acuerdo del caso de una chica que tenía mala onda con todo el mundo, las niñas le tenían un poco de susto, sus amigas, le exigía que fueran sus amigas y sus amigas le decían por qué no querían serlo, eh y ahí hay otro tema creo yo que estos factores nunca están aislados siempre están en interacción, porque en este caso por ejemplo, si bien estaba este elemento temprano no habían historias de cuidadores que lo regularan, entonces no estaba el acompañamiento de la mamá, los profesores tampoco, los profesores le caían muy mal, o una amiga, entonces es el recuerdo de una infancia bien solitaria y con poca gente que regulara esto que fue denominado como mal comportamiento en la infancia y entonces la escalada frente al intento o hacia la ideación suicida era rapidísima, o sea yo me desregulo y me quiero morir, eh autolesión rasgos, estos pensando en alguno también que me haya parecido relevante, si y de experiencias escolares adversas que van como en la misma línea si te das cuenta, eh bullying,

Entrevistadora: ¿Acoso?

Entrevistado: Si también puedes ser. Tengo un caso de bullying, una chica que se corta y si hay experiencias que ... de maltrato hacia ella y de vivirse muy solitaria la infancia donde las niñas no querían jugar con ella, ella tenía un tema de que fue desde muy chiquitita obesa, y lo mantiene hasta el día de hoy, eh la rechazaban cuando era chiquitita sin entender, ahí hay otro factor que también me ha llamado la atención y que yo pensé que era un factor protector pero parece que no era tanto y tiene que ver con esto de ser altamente reflexivo muy mentalizador, ¿no? Y tenía el caso de una persona que era bien sobre adaptado el problema es que con esto siempre se daba cuenta de todo y él siempre estaba como al servicio de otros chicos, estaba como al servicio de todos, él vivía con los abuelitos, estaba al servicio de los abuelitos y hoy en día, eso le servía, se sentía muy crítico no sé si crítico necesariamente, si capaz de darse cuenta de cosas pero hoy día cuando se deprimía era súper difícil tratarlo porque tenía mucho discurso, muy intelectualizado, de por qué las cosas ocurren y conectarlo con los afectos que era la parte que duele de todo esto era muy difícil era muy difícil el trabajo, entonces ese hoy día se transformaba en un factor de riesgo porque se metía en un tema y era muy difícil sacarlo, acompañarlo siquiera, porque tampoco tenía muchas ganas de que lo acompañen, tenía una

discurso asociado a que la gente no iba a lograr sacarlo de ahí, algo que me parecía un recurso no era tan recurso o habría que ver como en psicoterapia lo transformas en recurso para salir de cuando está deprimido, sin depresión, espectacular pero con depresión se hacía mucho más complejo.

Entrevistadora: Como que esos pensamientos igual fueron bien auto flagelantes como para estos chicos, el pensar una y otra vez...

Entrevistado: Mucha culpa y responsabilidad, “esto yo lo hice y por eso me tengo que hacer cargo, me tengo que hacer responsable... entonces auto flagelante porque me castigo, por temas como, temas tan sencillos como exigirse aún más, así a un nivel impensable y tener bajo rendimiento a propósito de que esta reventado tratando de hacer algo que no podía hacer y hacerse cargo de todo, de la abuela, “es mi responsabilidad” y el cargar con ese peso de alguna forma termina aplastándote. Déjame pensarlo a ver, ahí hay otros elementos bien narciso también “solo yo” “estoy en esto y solo yo lo resuelvo” y solo de él depende eso.

Entrevistadora: Dentro de esto que me comentas como describirías la aparición de estos síntomas en relación a la vivencia de un abuso sexual.

Entrevistado: Repítemela por favor.

Entrevistadora: ¿Cómo describiría la aparición de estos síntomas que menciono anteriormente en relación a la vivencia de una o más experiencias de abuso sexual que implicancias tendría el haber vivido experiencias de este tipo?

Entrevistado: Eeh, discúlpame, la pregunta es, de qué manera el abuso sexual influye sobre que aparezcan situaciones de esta...

Entrevistadora: Sí.

Entrevistado: Ahí estoy pensando en algunas, por ejemplo, la situación en que el abuso sexual no tiene una intervención no hay una intervención de por medio. Estoy pensando en dos casos específicamente, el caso de una chica a la que no le creen, la situación de abuso... y cuando le creen la culpan, cuando era chica y de ese tema no se vuelve a hablar por lo tanto queda complejo eso porque de muy muy chica, este caso que te estoy contando, ella sabe que no se puede hablar, y del sufrimiento que está asociado a eso no se puede hablar, y en segundo lugar, que cuando ella lo paso muy mal, las personas que más la quieren, en quienes que confió en ese momento, no estuvieron para protegerla. Lo que hoy día se transforma en un factor de vulnerabilidad en ese caso específicamente, en términos de que cuando hay situaciones en que se

ve vulnerada, o agredida por parte de terceros no reconoce la situación de vulneración, no estoy hablando de abuso ahora, estoy hablando de que cualquier situaciones en que los pares la agrede, le dicen cosas pesadas y no sabe qué hacer cuando le pasan esas cosas y no las ve, pero las cuenta, pero no las describe, no les pone él pone, las cuenta como “ah si no es ‘pa’ tanto” eh sin embargo reconoce que todas estas las hacen sentir poco querida, la hacen sentir tonta porque cuando a veces se empieza a dar cuenta, cuando lo empezamos a conversar, se da cuenta de que la estaban atacando y efectivamente no se dio cuenta, y el reconocer por qué no se dio cuenta, le cuesta mucho reconocer, “¿por qué es tan tonta?” se describe como tonta, esa es como al descripción y por otro lado, estaba pensando en situaciones en que el hecho del abuso sexual que si ha tenido cierto reconocimiento e intervención aun así se transforma y deja una so que suerte de huella en el desarrollo pareciera ser que no basta con la intervención en los niños, en la infancia, en este caso se queda en alguna parte esta sensación de que soy vulnerable a que me pasen cosas. Estoy pensando en una persona que hoy día vive con mucho temor, si te das cuenta siempre termino hablando de las relaciones, lo vinculo mucho al tema relaciona finalmente, eh, que se vive con mucho temor las relaciones, el establecer relaciones, por ejemplo tener una mejor amiga, le genera como temor, no, temor es una palabra mía jaja, le genera una sensación que es muy extraña, estoy de “tener una mejor amiga”, se siente que la están como hostigando, con esto de que esa niña le escribía y no sé qué hacen con eso, cuando está la posibilidad de gustarle a una persona, y es compleja esa situación, como va a ser que le esté gustando a esta persona, se alteran tanto el vínculo como la atracción física, que no me atrevería a decir que esa en el plano de la sexualidad, es como el ser importante para otro. Y hoy día cuando esa persona está deprimida una de las primeras cosas que sabe es que no tiene a nadie, porque a la amiga no la va a gustar, al que le gusta no lo va a buscar, entonces el deprimirse es un recuerdo de que “estoy sola”.

Entrevistadora: Si bien tú recibes bastantes chicos ya como en la adolescencia, ¿En qué momento de la vida de los adolescentes es más frecuente que aparezca esta sintomatología

Entrevistado: No en la adolescencia temprana, en las adolescencia media, 8vo básico, en la enseñanza media, ahí empiezan a aparecer lo síntomas, siempre he tenido caso de niñas, especialmente no hombres, niñas, que se deprimen más temprano, por ejemplo, tengo el caso de una niña que fue niña harto rato, como lo que te comentaba hace un rato, que entro a la enseñanza media y se iba de la mano con el papa, la iba a dejar de la mano al colegio y en

primero medio ya no la iban a dejar de la mano al colegio, ella no cuestionaba mucho eso, ella vivía con la mamá, sus papás eran separados y cuando ingresa a primero medio, se empieza a preocupar por las notas porque ahora las notas sí valen es como que la vida se hace de verdad “cuando el juego se hace verdadero” como dice la canción, así que hay que tener buena nota además de eso empieza a ver que sus amigas a juntarse en otros lugares, ya no era el pijama party, y no la invitan, empiezan a hacer grupitos donde hablan de cosas que no está entendiendo, no le gustaba mucho la música, no sabía mucho con quien hablar. Lo empieza a pasar mal y a los profesores le llama la atención que era tan niñita, para la edad que estaba teniendo, y una de las primeras cosas que paso con esta lolita fue que se, prontamente, empieza a sentirse distinta a todo el resto, como que interactuó con este recuerdo que tenía de haber visto violencia por parte de los papás, en que cuando los papás se agredían ella se metía debajo de la cama y trataba de no sentir, su tema era no sentir, hasta el día de hoy, era no sentir, entonces cuando le preguntaban ¿qué te pasa?, no sentía, no sé qué me pasa y yo pensaba que era como opositorista y en realidad era que no sabía, y cuando empiezan estos síntomas y tu estas con una niña, que no sabe lo que le pasa y que nadie sabe lo que le pasa y que solamente llora y se deprime y lo está pasando muy mal y se empieza a hacer heridas en las manos que es lo que llama más la atención y esto de no querer ir más al colegio, entonces se mezclan un montón de cosas, deja de ir al colegio, tiene un psiquiatra y sin conversarlo conmigo en todo caso, le da un certificado para que corte el año escolar y que salga de ahí porque tiene fobia escolar, y peor todavía, se quedó más sola todavía en la casa, no tenía nada que hacer, repitió el año a todo esto y bueno lo que te quería contar es que ese ingresar a la enseñanza media en este caso, fue súper complejo en términos de quedarse atrás con un montón de tareas del desarrollo, como que se articulaba con cosas que le habían pasado atrás, que insisto, esa articulación con cosas que le habían pasado atrás, eran de muchos años, porque en ese momento, no había forma de acceder a que le estaba pasando, pienso que tal vez por eso que el psiquiatra se angustia, le da muchos medicamentos porque la ve muy deprimida y toma acciones severas respecto de esta conducta de evitación que estaba teniendo, después nos dio tiempo como para pensar en muchas otras cosas, mucho tiempo después de todo esto.

Entrevistadora: Dentro de estas historias que me comenta, ¿qué rol cumplirían los cuidadores respecto de la aparición de la sintomatología?

Entrevistado: Los cuidadores pueden ser, parte de la historia de la causa, como te decía antes, pueden ser como, pueden acompañar, pueden ser quienes inician esto, pueden ser quienes no están presentes en el momento en que es importante hacer algo al respecto, y también pueden no estar presentes en el momento en que ya se está intentando hacer algo, me parece que es doblemente doloroso, para las personas cuando lo entienden, cuando lo reconocen como tal. Por otro lado también pienso que esto no solo pasa una vez, esto ha pasado muchas veces en la historia de las familias por lo tanto de alguna forma son cuidadores que no han salido de un ciclo y vuelve a pasar una y otra vez, como esta chica que te conté, que tenía este tema con el colegio y que había vivenciado violencia y tenía padres que se separaron después, que habían vivido situaciones de violencia, habían visto, habían igualmente presenciado situaciones de violencia y había sido muy infantilizados respecto a eso, infantilizado en términos de no reconocer que por ser niños podían vivir violencia, entonces cuando vivieron violencia, los cuidadores no los cuidaron de la violencia que estaban viviendo “porque a los niños no les pasa nada con la violencia”, por lo tanto yo creo que de alguna forma ellos fueron indicadores previos de lo que esta chica vivió eventualmente, cuando ellos lo volvieron a replicar y hoy día lo que hemos hecho, que ha sido fundamental, cuando tú me hablas de el/la adolescente estoy pensando en todas las familias con las que uno trabaja, lo importante que ha sido pensando, reconocer ese tipo de historia que hay para atrás, anclarlas, el ver que eso paso, en un momento, que volvió a pasar y hacer algo, entonces estos papás hoy día pueden tomar esa experiencia y hacer con ella algo distinto. Sacarse todas estas culpas que quedan dando vueltas, de porque no lo hice mejor. En general, la relación con los cuidadores es uno de los conductores a mi juicio que son más importantes en la génesis de estas depresiones que tú me estas contando, a propósito de haber vivido estas situaciones, el aprendizaje que hay detrás de eso y el aprendizaje no tiene que ver solo con lo que ocurrió en ese momento, sino que el aprendizaje que se siguió haciendo y se hace hasta el día de hoy, no fue una acción aislada.

Entrevistadora: Respecto al trabajo terapéutico, ¿cuáles serían posibles lineamientos de tratamiento para mejorar el pronóstico de la sintomatología depresiva en los adolescentes?

Entrevistado: ¿Repítemela de nuevo?

Entrevistadora: Respecto al trabajo terapéutico, ¿cuáles serían posibles lineamientos de tratamiento para mejorar el pronóstico de la sintomatología depresiva en los adolescentes?

Entrevistado: Ya, ¿aquí te tengo que hablar en general, o con los casos que estábamos viendo recién?

Entrevistadora: Como tú prefieras.

Entrevistado: En general, eh... la detección temprana principal es principal y la prevención. Eh...pero esa no es la pregunta.

Entrevistadora: Pero lineamientos de tratamiento a todo orden que tu consideres que hayas visto.

Entrevistado: Lo principal, yo estoy convencido de que la depresión se da a propósito de la interacción entre elementos que son biológicos, personales que son característico y la vida que te está tocando llevar con ello, no es ni lo uno lo otro, sino que son lo uno y lo otro. Entonces hay dos líneas, por eso te estoy hablando de lo preventivo como poder identificar elementos que son individuales y por otro lado el sensibilizar a la gente sobre yo creo que la depresión al menos en los adolescentes, en la adolescencia si es un problema, no es una descripción del estar pasándolo mal, yo lo podría describir como una enfermedad y eso le da el poder, el peso de esto es urgente y necesario lo digo porque se presenta un patrón que es súper identificable que distorsiona la forma en que tú tienes para ver la vida mucho más de lo que lo estás viviendo en ese momento, que no permite regular tu ánimo, que para el ánimo es una suerte de motor para seguir avanzando, te corta ese motor, que muchas veces es el consumo de drogas y que además termina teniendo efectos a nivel conductual que te borra la posibilidad de echar a andar el motor y como no sabes echar a andar el motor tratas de hacerlo andar de otra forma en que no anda y finalmente terminas haciendo daño tu o finalmente te terminas cansando de este dolor, que también insisto el sentirse de esa manera, el dolor se siente ahí mismo donde se siente la sintomatología depresiva por lo tanto nosotros podríamos hablar de dolor psicológico y cuando no sabes qué hacer con este dolor, piensas que tuvieras dolor de verdad, dolor crónico, y tratas de hacer 'pa' que esto se pasa y cuando duele demasiado te empieza a atrapar. Bueno entendiéndolo como una enfermedad, que tiene todos estos síntomas tan adversos, específicamente en la adolescencia, entonces lo que necesitas hoy día es un plan de salud que intervenga cuando la depresión se inicia, específico para los adolescente que estoy convencido de que es una etapa muy distinta a la adultez y que comienza desde antes porque las depresiones no parten a los 15 años, parten frecuentemente a los 15 años, pero parten mucho antes, pero eso lo vemos menos y lo reconocemos menos y eso implica otra cosa, formar terapeutas que trabajen

específicamente con este tipo de personas que manifiestan las depresiones de otras formas y que requieren otro tipo de acciones para intervenir es un mito que toman los psicólogos de que en la adolescencia explota el pensamiento abstracto eso no es verdad, los adolescentes comienzan a ser más abstractos pero en realidad son muy concretos, no son tan abstractos entonces la creencia de que tú puedas ahondar es difícil con ellos, tienen menos experiencias vividas por lo tanto necesitas adecuarte a lo que han vivido los adolescentes. Yo me he dado cuenta de que en la intervención con adolescentes es importante que se sepan algunas cosas, por ejemplo que ciertas dinámicas familiares complejas que se viven y que son causa de esto, no necesariamente son posibles de simbolizar para estos adolescentes y lo que finalmente termina pasando es que estos adultos odian más a los adolescentes contrayéndole temas de los cuales no sabe que hacer o que pensar por que te digo eso, lo estoy vinculando con un tema de formas profesionales que sean especialistas en el trabajo con adolescentes, generar planes de salud que sean específicos y a la medida de los adolescentes, hoy el AUGE parte de que tú tienes 15 hasta que tú tienes todos los años que tú quieras tener, que puedas... no pero no considera que ahí estas metiendo en una bolsa que además estas suponiendo que con el tipo de fármacos, y el tipo de elección el tipo de intervención clínica de elección también, ahí también se hacen sugerencias de modelos de intervención también que tu podrías intervenir con ellos, porque te lo digo, porque yo estoy hoy día estoy viendo terapias de adolescentes que tienen depresión y me doy cuenta de que las terapias fallan en lo más básico en que no entregan lo que el adolescente necesita por la edad que tiene, tienen que adaptarse a intervenciones y falta mucho todavía en formación de terapeutas en adolescentes y también a base de investigación en psicofármacos que son consistentes con todos estos cambios constantes que están viviendo en la adolescencia y lo último que iba a decir es el diagnóstico, tener herramientas diagnósticas que sean más prontas, que puedan hacer distinciones entre estar pasándolo mal y estar deprimido y generar información y alarma en los colegios, a veces los colegios no tienen protocolo para reaccionar, tenemos que informar a los colegios, educar a los profesores y entender que si no intervenimos a tiempo en la adolescencia en depresión esto puede desencadenar en los intentos de suicida y que los chilenos somos campeones en los intentos de suicidio en adolescentes en el mundo, entonces estas cosas hay que hacerlas y en especial tenemos que hacerlas en Chile, me parece que en general nosotros funcionamos de una manera que lleva a que nos deprimamos harto y que nuestros adolescentes se terminen matando.

Entrevistadora: En general, ¿cuál es el pronóstico de estos adolescentes?

Entrevistado: ¿de cuáles?

Entrevistadora: De aquellos que han tenido depresión, intento suicida y abuso sexual dentro de una misma experiencia vital en que hayan sido sometidos a un tratamiento terapéutico

Entrevistado: Ahí tengo no se bien lo que propone la evidencia, no sé hasta qué punto están tan bien vinculado si bien se sabe

Entrevistadora: Pero en tu experiencia

Entrevistado: Desde mi experiencia, he tenido buenos resultados con terapia largas, cuando te digo terapias largas, trabajando un año, con el adolescente con la familia y apoyo psiquiátrico, no son diez sesiones. Y buenos resultados en que se tratan temas familiares que deben ser abordados, se trata de manera abierta y las familias están dispuestas a cambiar. Y aun así eso se traduce en cohesión familiar, parece que es el primero, pero también en la posibilidad de acercarse en estos pares, en reconocer las señales de la depresión para pedir ayuda y aun así, estos pensando en un caso que tengo ahora mismo, aun así esto puede ser un patrón que vuelve a reemerger estas situaciones porque yo no sé hasta qué punto durante la adolescencia tu llegas a un tema de cambio, a establecer un patrón de regulación del ánimo, lo que tú haces es desarrollar ciertas estrategias favorecer todos estos factores resilientes, que son familiares de contexto etc., pero tu mantiene un sujeto que además está reflexionando sobre estos factores, está reconociendo alertas, etc.. Pero sigue vulnerable frente a esto, no creo que se le pase no he tenido experiencias que yo te diga se le paso, se sano, así como se acabó, y yo me quedo con la sensación de que eso podría reaparecer y te cuento ahora que me acuerdo, que yo creo que nos falta saber mucho más, pacientes que, es uno especial que estoy pensando que tenía todo pésimo y un día cambio, como quien deja de fumar de un día 'pa' otro, y a la semana estaba bien, te prometo que a la semana estaba bien, la familia alarmada, si hubo un factor fundamental detrás de eso, se cambió de colegio, en la mitad del semestre, le gusto el colegio y cambio, tú crees que eso fue apoyo terapéutico no, y todos y estos factores de vulnerabilidad se le paso, todo eso chao, se conectó con su colegio lo empezó a pasar y bien y chao.

Entrevistadora: De acuerdo a esto que me comentas parece que los cuidadores influyen en la aparición de la sintomatología, pero también en el tratamiento, en el pronóstico, ¿puedes contarme un poco acerca de esto, el rol de los cuidadores?

Entrevistado: Si, yo creo que los cuidadores son fundamentales durante todo el desarrollo temprano y es necesario que estén presentes, no concibo intervenciones sin cuidador presente... yo creo que esta figura de un papa, una mama, la abuelita, estos sujetos, ofrecen condiciones para que tú te sientas contento, aproveches los recursos que tiene alrededor, esto es medio teórico lo que te voy a decir, yo creo que somos seres que tenemos como un switch que evolutivamente, que necesita conectarse con otros switch mas para que funcione, y el otro switch son los cuidadores como que hay una programación para eso somos físicamente sociales intersubjetivos, etc. Y buscamos eso entonces la falta de eso no solo humana o moralmente es que nosotros necesitamos de ese otro, que nos acompañe, nos cuide, podamos decirle lo que nos pasa, y que ese otro nos esté sirviendo para las experiencias que estamos viviendo estoy pensando en una figura adulta y no solamente en un padre

Entrevistadora: Además de estos que me comentas, ¿qué otros factores podrían intervenir en el fracaso o éxito de un proceso terapéutico?

Entrevistado: Lo primero que se me ocurre, es la falta de motivación por parte de las familias, familias que no creen en el psicólogo, aquellas que piensan que son puras leseras, a propósito de esto yo te acabo de mencionar un caso que duro más de un año, tú necesitas plata para eso, cuando lo haces de manera particular incluso cuando no, porque a veces tienes que estar dispuesto a faltar de trabajar, pero necesitas gastar tiempo, esfuerzo, recursos para mantenerte en eso y también tienes que creer en lo que estás haciendo eso es lo primero. Hay familias que hablan mal de la terapia o el terapeuta, que les cayó mal y luego el adolescente no le tienen mucha confianza en su terapeuta porque saben que ciertas cosas no hay que hablarlas allá o que se triangulan al adolescente entre el terapeuta y la familia y el terapeuta también tiene sus batallas contra la familia a través del adolescente. Entonces ahí un tema, con las familias, a veces te pueden terminar con la terapia, y segundo los adolescentes mismos que nunca tienen motivación, lo primero que hay que trabajar no es que el adolescente ese deprimido, he aprendido que los terapeutas que trabajan con adolescentes con depresión no es aconsejable creo yo que se mantengan en los síntomas y hablar de cómo de bajan los síntomas sino hablar de la vida del adolescente, y como este síntoma tiene efectos sobre la vida, finalmente tú necesitas vincularte con el cabro y entender lo que realmente le está pasando, y entender que lo que hoy en día no es que lo que le está pasando son altos y bajos sino que lo está pasando pésimo en el colegio y se va todos los días llorando para su casa y no quiere que pase mas eso y no sabe muy

bien que es lo que pasa y le afecta, le duele y se va llorando, y eso es el tema de eso hablando a hablar y cuando empezamos a hablar de bueno, okey, muy bien cuéntame cómo te has sentido hoy, entramos en esa lógica y ahí pasa que el adolescente no cacha y engancha contigo, entonces ahí vemos que el tema pasa el vínculo, la motivación al tratamiento pero también por estas estrategias del mismo terapeuta que a veces están muy conectados con el trabajo con adolescentes entonces que no engancha y finalmente no continua el tratamiento. Otra factor que puede hacer que no ande bien esto puede tener que ver con el encuadre que se establece con el adolescente en estos casos, en que podría ser medio difuso, y él puede creer que tú eres su amigo que frente a situaciones como la ideación suicida o los cortes tu no vas a hacer nada, te vas a quedar callado y yo si tengo la experiencia de terapeutas que conozco que han establecido encuadres de este tipo en donde todo es secreto y no saben qué hacer frente a estas situaciones y tienen que develar estas situaciones y cuando lo hacen el adolescente pierde la confianza en la primera o única persona que confía entonces no hay más y se acabó, el otro problema es que cuando tú tienes una mala experiencia terapéutica empiezas mal en la siguiente también entonces de ahí también le cortas la posibilidad de que sigan en el circuito del creer en la intervención y lo otro que yo también creo que puede pasar son adolescentes donde es muy difícil entender lo que le está pasando y que es muy grave, en términos de que esto no se le pasa y que los terapeutas se empiezan a frustrar con esto no se logran coordinar con los psiquiatras y se pierden un poco en el trabajo y a veces empiezan a presionar al adolescente a que cambie o a teorizar el tratamiento, empiezan a contar de que se trata la depresión o no sé si será bueno que le cuenten al adolescente de que se trata la depresión, o sea es bueno que sepan de eso pero que el foco sea ese no estoy tan seguro y algunos datos que se me quedaron, los papás, cuando te exigen cambios, rápido, que lo demuestre, “ hemos venido para acá y no ha pasado nada”.

Entrevistadora: Y llevan tres semanas...

Entrevistado: Jajaja claro, o a veces más incluso. A veces tienen que entender que estamos trabajando en una situación que es complicada y que tiene que pasar tiempo, hay veces en que el adolescente. Te voy a contar un caso, un chico que no hablaba y se sentía obligado y no iba, ose a iba y no hablaba, estaba ahí y no hablaba, y la primera sesión fue muy desagradable porque no dijo nada y la mama lo reto y no hablo, se fueron y la mama con mucha vergüenza me decía que le daba mucha vergüenza porque no hablo, y a la próxima semana volvió, y me di cuenta de que lo habían retado y menos hablo y la mama ya desesperada no sabía qué hacer, eso le había

pasado hartito, la habían derivado, y yo le dije a la mamá que yo iba a atender a este chico y seguramente él no me iba a hablar durante mucho tiempo y para mí lo principal es que él me diga algo, hasta que un día hable y ahí empezamos a trabajar y ella estuvo de acuerdo con eso, en que él no iba a hablar. Y bueno hablo mucho antes de lo esperado... tenía que ver con lo que estábamos hablando recién

Entrevistadora: Respecto de lo observado en el proceso de desarrollo del adolescente, ¿qué otros elementos serían importantes a considerar en el tratamiento?

Entrevistado: Estoy pensando como en el desarrollo evolutivo, los cambios de ánimo que tienen los adolescentes que pueden llevar a que tu no entiendas bien la relación que tu estás teniendo con el adolescente, una vez que tienes un vínculo armado con él, el adolescente una cosa que estoy convencido es que el vínculo con un adolescente nunca se establece, solo se desarrollase da, pero no se establece, no es algo que tu des por sentado, eso no pasa nunca con el adolescente entonces cuando tú crees que eso está tú te arriesgas a hacer intervenciones que pasan esa zona que el adolescente está dispuesto a aceptar y te puede mandar de vuelta, puede no querer venir más, te puede tirar una pachotada en la sesión, creo que de partida reconocer el cómo se relacionan o se vinculan a veces son vínculos más superficiales que no son los vínculos que uno establece como adulto, otro elemento, dentro de los mismo cambios de ánimo, tu puedes creer que el adolescente está súper bien y en realidad tienen una pésima relación y el adolescente llega cansado con sueño y no quiere participar y hay que reconocer que esas cosas tienen que ver con el adolescente, no necesariamente tiene que ver contigo, a veces tiene que ver que tienen un vínculo, que el adolescente te puede decir estas cosas y tú puedes entender que necesita tiempo, que esta semana no va a ser una buena semana para atenderlo y ya, evolutivamente los pares son muy importantes, por lo tanto las parejas, tercero y cuarto medio es donde hay más de eso, considerarlos a ellos, dentro de las historias que te cuentan y reconocer el valor que tienen en la vida de los adolescentes porque son muchas veces en los que se reactiva la depresión o aquellos que te permiten salir de eso, eh la doble moral que tienen los adolescentes, no todo lo que te dice el adolescente realmente lo piensa y lo piensa para siempre y es estable, hay momento en que tiene ciertos valores que los puede cambiar, y uno puede empezar a cuestionar al adolescente y hay que reconocer que es un cabro que está conociendo el mundo, está viendo cuáles son cosas que para él son buenas y malas, y algún otro que sea como importante... un recurso, que es la motivación que tienen ellos con la vida, la muerte, las cosas como que todo pudiera ser muy

importante y vigente y si no ocurre ahora no ocurre nunca, porque también el chico que se motiva con algo se puede motivar fuertemente con esa área y yo creo que eso es bueno tomarlo en consideración cuando le gusta algo, no solo le gusta, a veces le hace sentir cosas que no sabe cómo explicar, cuando le gusta la *U* o el *Colo-Colo* ese es un sentimiento, el amor por la camiseta, pucha lo sienten con pasión y tienen que entender que él está diciendo que es el centro de su mundo el día de hoy o cuando le gusta una persona y uno dice bueno es un pololeo, no es lo más importante y yo estoy dispuesto a morir si no estoy con esa persona, con quien no tengo ningún futuro y con quien incluso no he hablado nunca en persona eso es lo último que te podría decir, los adolescentes se comunican por otros medios, cuando te dice hable con.. no hablo realmente en vivo o mantienen relaciones que son totalmente por *whatsapp* a veces los terapeutas que son más marcadores de límites, tienen que saber también que los adolescentes a veces se mueren por escribirte cosas o traspasarte información, mandarte cosas que encontró en internet, compartir su experiencia finalmente, en el momento en que quiere compartirlas, y tienen que estar dispuestos a tomar eso terapéuticamente, más que tomarlo como una falta de respeto, ver cómo le saco partido a eso.

Entrevistadora: Para terminar ¿hay algo más que quieras comentarme, sobre tu experiencia con adolescentes que tengan estas características?

Entrevistado: No, yo creo que ya te conté hartas cosas, sino se nos puede alargar mucho la entrevista. Gracias por la entrevista.

Entrevistadora: Gracias también a ti.

Entrevistado: Fue entretenido acordarme de cosas.

Entrevista n°6

Entrevistadora: Tal como le ha sido comentado con anterioridad, esta entrevista se enmarca dentro de un proyecto de investigación. Durante la conversación abordaremos distintos temas relacionados con la aparición de los síntomas depresivos en adolescentes con los que haya trabajado. Cabe mencionar que usted tiene el derecho a contestar o no, frente a cualquiera de las preguntas. Asimismo, aprovecho de pedirle que intente ser claro al momento de exponer sus respuestas y para ello, puede ilustrar sus ideas, pensamientos, sensaciones, y recuerdos a través de ejemplos o de la descripción de situaciones que le hayan sucedido en su experiencia clínica. Lo principal es que se sienta libre y cómodo para la conversación. Por supuesto, toda descripción, explicación o comentario que exprese, será mantenido en estricta confidencialidad y anonimato.

Entrevistadora: Para partir me gustaría saber ¿cuánto tiempo tienes de experiencia clínica en el trabajo con población infanto-juvenil?

Entrevistado: Desde que egrese... ocho años.

Entrevistadora: ¿Cómo llegó a trabajar con esta población? ¿Fue decisión personal?

Entrevistador: Sí, sí... yo me interese en trabajar con niños y adolescentes y después mi experiencia fue como en el área de vulneración de derechos, maltrato grave y abuso sexual.

Entrevistadora: ¿Dentro de qué contextos de atención ha desempeñado su labor como Psicólogo Infanto-Juvenil?

Entrevistado: He trabajado en programas de SENAME en temas de vulneración de derechos, programas con niños y adolescentes que agreden sexualmente, después trabaje también en Salud Mental en la unidad de Neuropsiquiatría del Hospital Público "X" y después trabaje en programas de reparación temáticas de maltrato grave y abuso sexual y en eso estoy actualmente.

Entrevistadora: Dentro de estos contextos que refieres me imagino que deben ser comunes los casos que estamos revisando de adolescentes que depresión, intentos de suicidio y abuso sexual.

Entrevistado: Sí, aparecen situaciones no en todos los casos, pero por ejemplo es más común en adolescentes mujeres que presenten como toda es triada o esas características.

Entrevistadora: Dentro de estos casos, ¿existe alguno particular que recuerdes, del cual puedas comentarme?

Entrevistado: Sí, sí, tengo un caso en mente...

Entrevistadora: Podrías comentármelo, como el desarrollo de cómo lo conociste como llego a ti el caso...

Entrevistado: Le voy a poner un nombre ficticio como para poder hablar del caso... este es el caso de Paula era una adolescente que llega derivada desde tribunales por haber vivido una situación de abuso sexual, ella tiene casi 16 años cuando ella llega al programa, su situación de abuso había sido a sus 12 años así que ya había transcurrido un tiempo. Ya haber como la conocí ella llegar derivada de tribunales porque esta situación se devela en un PIE al que ella no asistía si no que su hermana asistía a otro programa... la hermana cuenta una situación que había ocurrido en la familia donde una persona había intentado abusar de su hermana una ex pareja de la mama, pero que la hermana sabía que la hermana había sido en reiteradas veces abusada. Entonces se moviliza una medida de protección que hace que la joven sea derivada al programa con 16 años... había transcurrido un tiempo.

Entrevistadora: Podemos guardar el caso, lo puedes seguir utilizando para ejemplificar o puedes usar otro.

Entrevistadora: ¿Qué elementos cree que estarían presentes durante el desarrollo el proceso vital, de la primera infancia a la adolescencia de los/las adolescentes que podrían influir en la aparición de síntomas depresivos?

Entrevistado: ¿De los adolescentes en general?

Entrevistadora: Sí.

Entrevistado: A ver yo creo que hay elementos como... ¿A ver esto es como de la teoría? ¿De lo que yo manejo?

Entrevistadora: Desde tu experiencia... desde la teoría o lo que tú conoces.

Entrevistado: Ya perfecto, yo creo por un lado elementos neuromaduracionales que tienen que ver con la regulación emocional, con la conexión que hay del lóbulo frontal con el sistema límbico, que hay un proceso de poda como de reacomodación de esas conexiones que hace más propenso o difícil regular ciertas emociones. También hay como un proceso de duelo más psicológico de la de la niñez un proceso de transición hacia la adultez, hay muchos procesos de duelo durante la adolescencia, el duelo por el cuerpo del niño, el duelo por ciertos intereses, el duelo por una figura idealizada de los padres... muchas transiciones también, procesos de acomodación a contextos nuevos y más exigentes... en el sentido que se espera que el adolescente sea más independiente, se espera que el adolescente tenga más claridad de sus temas,

existen muchos elementos de exigencia social hacia los adolescentes... creo también que a ratos hay menos tolerancia hacia ciertas conductas porque “ahora eres grande, ya no puedes hacer eso” esa menor tolerancia hace que las respuestas de los adultos sean más punitivas... creo que a ratos hay ciertas posturas parentales con ciertas actitudes de algunos padres de creer que el adolescente ya no lo necesita o no saber lidiar con ciertas conductas o comentarios del adolescente... no se ‘poh’ de repente son más explosivos y los papás entienden eso como una actitud de desaprobación o rechazo del adolescente que justifica que el ya no quiera relacionarse con su hijo, entonces hay temas como de reacciones de los adultos que no comprenden a los adolescentes que hacen que el adolescente quede como más aislado, como una sensación como de no encontrar quien lo contenga.

Entrevistadora: Además de esos estos hechos que me comentas, ¿existirían eventos clave en la vida de el/la adolescente que facilitarían la aparición de la depresión con intento suicida?

Entrevistado: Hay ciertos temas más normativos que tienen que ver con la adolescencia como procesos de transición, como procesos de duelo, procesos de cambio, procesos de acomodación, procesos de descubrir su identidad... esos son procesos como normativos y cuando estos procesos normativos van como de la mano de ciertas crisis o ciertos eventos no normativos es más probable o existen más posibilidades que se dé una depresión en adolescente, antecedentes genéticos también, familiares, hereditarios, cuando hay vulneraciones previas, cuando la relación con los adultos es más conflictiva, cuando hay eventos de maltrato, de abuso sexual, etc. Cuando hay temas de bullying o ciertos temas de diversidad sexual, ciertas situaciones que han puesto al adolescente en una situación de vulnerabilidad... que hace que todos estos cambios de la adolescencia que ya son difíciles no encuentren un colchoncito que los aguante o cuando el adolescente tiene que descubrir cosas que él anticipa que van a generar rechazo o cuando el adolescente comienza a descubrir y mirar eventos que ya han pasado que fueron dolorosos... como secretos familiares, temas sobre su origen o puede mirar eventos de negligencia parental o la ausencia de una figura parental, temas de abandono, cuando se han vivido estas situaciones como que el adolescente necesita mirar o se las pregunta de otras maneras... yo creo que puede facilitar la aparición de depresión.

Entrevistadora: En general, ¿En qué momentos de la vida de los/las adolescentes, aparecen más frecuentemente los síntomas depresivos?

Entrevistado: mmm a mí me costaría pensar, yo creo que hay adolescentes que llegan a una depresión que arrastran de la niñez solo que se expresa distinto generalmente más irritabilidad como que adquieren este carácter un poco más prototípico de la depresión y si pienso en los casos donde la depresión ha emergido en la adolescencia yo pienso que tal vez entorno a los trece años, como una edad crítica tal vez como de la transición, también la transición de terminar la básica y empezar la básica también puede ser como un momento de inflexión.

Entrevistada: ¿Quizás el término de la adolescencia temprana hacia la adolescencia tardía?

Entrevistado: sí, sí, como esos procesos de transición, cambios de la básica a la media... si yo creo como esos periodos de transición. También coincide con procesos biológicos que ocurren en esa edad.

Entrevistadora: ¿Qué rol cumplirían los/las cuidadores/as respecto a la aparición de la sintomatología depresiva?

Entrevistado: Yo creo que un rol súper relevante, el rol de sensibilidad del cuidador y después captar esas señales “el darse cuenta” por un lado como el “mirar” que está pasando con el hijo adolescente, el verlo, lo segundo es poder comprenderlo, poder imaginar con que tiene que ver eso... ¿tiene que ver con esas que le están pasando o que le pasaron?... el poder imaginarse y también el rol de poder validar como las emociones de su hijo, como sin minimizarlo o reprocharlo y poder contenerlo y acompañar, también activar redes de apoyo, ese es como el tema... “lo puede ver”, lo ve y lo puede validar que es posible que es legítimo que se sienta así, una vez que lo puede validar lo puede comprender como “me imagino que esto tiene que ver con ciertas cosas” y lo puede acompañar lo puede contener y está disponible para esas situaciones lo puede supervisar en situaciones cuando son más críticas puede ser más atento cuando el adolescente lo necesite y como involucrarse y junto con el involucramiento activar las redes de apoyo que van a necesitar o que puede necesitar ese adolescentes.

Entrevistadora: Y en general los cuidadores respecto a los casos que tu haz tenido ¿Cuál ha sido su comportamiento?

Entrevistado: En los casos de abuso sexual generalmente yo he visto que la sintomatología aparece mucho más en situaciones en que el cuidador no le dio credibilidad o su contención fue mínima fue más que nada como una actitud de minimizar la experiencia en algunos casos la sintomatología aparece y se acrecienta... estoy pensando en una ideación, autolesión... cuando la reacción de los adultos frente a la situación abusiva fue de no creerle y mantener la relación...

generalmente esto se da en dinámicas donde hay un padrastro, la pareja de la mamá... entonces ella no le cree a la hija y mantiene esa relación y finaliza tiempo después por otras razones y no por el abuso... en esos contextos la sintomatología aparece más intensa. Y la otra situación es que el adulto le creyó como una acción pero igual quedó la experiencia minimizada así como que la sensación del adulto fue como “yo ya me separe de él... córtala... ya término” en esos casos cuando el adolescente o el niño siente que el adulto no lo contiene o no lo ayuda a entender la experiencia queda más vulnerable o expuesto a generar una depresión... que aparezcan sintomatologías y también cuando empiezan a aparecer otras dificultades... cuando acompañado a la experiencia de haber vivido abuso sexual y la depresión aparecen recuerdos intrusivos como temas más traumáticos cuando el adolescente recuerda así como flashback de la experiencia... cuando va acompañado de temas previos con la ansiedad... cuando hay más comorbilidad también como que la sintomatología se intensifica... como que suma.

Entrevistadora: Respecto a los tratamientos o lineamientos de trabajo ¿Cuáles serían posibles lineamientos de tratamientos para mejorar el pronóstico de la sintomatología depresiva en los adolescentes?

Entrevistado: No creo que sean lineamientos... es un trabajo multidisciplinario, la evaluación de posible necesidad farmacológica, el trabajo parental yo creo que es súper importante con los adultos, la terapia individual con el adolescente orientada más que nada como a validar sus estados emocionales... como a aceptar y validar esas emociones, también a fortalecer recursos, yo creo que la intervención grupal también como que el adolescente participe con otros adolescentes... aquí tenemos talleres grupales que ha funcionado muy bien y los adolescentes es como gratificante encontrarse con otros adolescentes que también han vivido experiencias similares, que se contienen que se aconsejan, que se ríen como fortalecimiento del trabajo con pares también es una línea súper importante de intervención... el trabajo con los profesores la contención que se puede brindar en los colegios... el trabajo con salud mental, con profesores, el trabajo parental y el trabajo con adolescentes sobre todo en temas grupales pero también en la terapia individual como para temas más focalizados a revisar ciertas cosas, la terapia individual viene a ser la punta de la pirámide sobre todo lo anterior.

Entrevistadora: Y de lo observado en el proceso de desarrollo del adolescente, ¿qué otros elementos serían importantes a considerar en el tratamiento de la depresión? Además de estos que me mencionas.

Entrevistado: ¿Pensando en el desarrollo?

Entrevistadora: Claro.

Entrevistado: Yo creo que principalmente como el fortalecimiento de la parentalidad de los padres de los cuidadores de ese adolescente pero como la acomodación a la nueva parentalidad... la parentalidad de un adolescente no la parentalidad de un niño, que a veces los papás no entienden esa diferencia y tienen ciertas reacciones que son invasivas hacia los adolescentes o que son demandad de poca negociación como “hazlo porque soy tu papá” con los adolescentes eso hay que modificarlo... como que esa línea también es súper importante para el trabajo. ¿Cuál era la pregunta? ¿Cuál es la otra línea de intervención?

Entrevistadora: Respecto al desarrollo otros elementos que sean importante a considerar.

Entrevistado: Yo pienso que también el tema del fortalecimiento de los vínculos del adolescente con otros adolescentes, con su red de amigos cuando los adolescentes traen a sus amigos a sesión, no es raro que lleguen acompañados a terapia por el pololos, la polola, la mejor amiga y lo traen así como “solo viene a esperarme” pero uno les dice “ya pero los podríamos invitar” e inmediatamente atinan a decir “Ya” y como que quieren que entre a la sesión... uno les pregunta obviamente primero... hay que estar bien atento ¿Por qué lo trae justo este día? Yo pienso que los adolescentes formas redes de apoyo entre ellos, eso es importante entender que en los vínculos descansa la terapia más que la terapia individual, tu puedes ver al adolescente una vez a la semana, pero sus amigos del colegio lo ven todos los días, los papás también por lo en el trabajo como de prevenir otros episodios depresivos... en el trabajo de estar atento a las señalas el contexto el ambiente es más significativo que lo que uno puede hacer.

Entrevistadora: Respecto al tema de los cuidadores que mencionabas ¿Cuál es el rol que cumplen ellos en los tratamientos?

Entrevistado: ¿En los tratamientos con estas características?

Entrevistadora: Si.

Entrevistado: ¿en las situaciones de abuso sexual... en la depresión o cuando hay esta concurrencia?

Entrevistadora: La tríada.

Entrevistado: En general los cuidadores cumplen un rol súper importante, ese rol tiene que ver en primera medida con dar credibilidad a lo que ha vivido el adolescente... como credibilidad sin minimizar es decir “lo creo y creo que fue grave”, en aceptar las consecuencias del abuso como

algo que puede ocurrir como validar las emociones del adolescente que vivió en una situación de abuso... contenerlo en situaciones como los flashback, preguntas e inquietudes como “¿por qué a mí? ¿por qué no me defendí? No solo contenerlo ante las emociones... contenerlos ante los recuerdos intrusivos que podrían estar viviendo y también contenerlo frente a ciertas preguntas que son relevantes un proceso como identitario que hace que frente al abuso se pregunten ¿por qué me paso a mí, por qué no hice nada? Y el adulto tiene un rol de contener hay, ayudar a regular sus emociones pero también tiene la tarea de acompañarle y mostrarle que su vida es más que eso... como ayudar al adolescente a ampliar ese abanico de vida como que hay intereses como sus amigos... que su vida no está definida solo por esa situación y apoyarlos a superar las secuelas que pueden dejar el abuso, el otorgarle seguridad el reparar cuando sus respuestas no fueron contenedoras o de credibilidad, el adolescente necesita escuchar de su papá “me equivoque” “no hice lo que tuve que haber hecho” “es completamente aceptable que este enojado conmigo” es importante que el adulto acepte su responsabilidad, y mantener el compromiso con otros programas como te dije en equipo multidisciplinario porque el adolescente puede decir “ay estoy casado” o “ay es que me da lata ir al psiquiatra” hay necesitan un empujoncito del adulto... que el adulto este ahí le recuerde, lo lleve, le pregunten... eso y que los supervisen también si hay presencia de ideación, autolesión que estén disponibles.

Entrevistadora: Además de esto que me mencionas, ¿Qué factores consideras podrían intervenir en el fracaso o éxito de estos procesos de tratamiento con estos adolescentes?

Entrevistado: Yo creo que un factor que puede afectar el fracaso tiene que ver con el focalizar la intervención solo en el adolescente en el imaginar que en la terapia individual en el que traer al adolescente a la sala, al box y el creer que verlo a el solo es la clave yo creo que eso es un fracaso, incluso puede traer una sensación de ilusorio éxito como “ay esta mejor, ay está más contento”, pero hay cosas que el adolescente no te va a contar eso es muy común, de repente llegan con el pololo acá o el amigo y empieza “no es que el otro día se enojó y yo te digo que cuando tú te enojas no tienes que hacerte daño” y uno les preguntas “¿a qué te refieres con eso?” y te cuentan que el ultimo día estuvo golpeando las paredes... esas cosas no te las cuenta por mucho vinculo que tenga contigo, eso no te lo va a contar porque paso hace dos o tres días y tal vez para el adolescente hoy no es tan importante pero los amigos lo ponen sobre la mesa por eso es importante ampliar quienes vienen a sesión... el fracaso viene acompañado de reducir la intervención solo al plano individual eso por un lado, otra cosa que puede influenciar en el

fracaso es no asegurar un piso proteccional... si existió abuso sexual asegurarnos que eso no está pasando otra cosa que puede dificultar o llevar a un fracaso es no mirar que este problema pudo evolucionar hacia un problema más grande por ejemplo que esta situación de abuso hoy en día pueda estar convirtiéndose en una explotación sexual o que el contexto del adolescente deriva en una situación de explotación... o a veces no valorar la posibilidad de un tratamiento farmacológico de los médicos y creo que así como puede ser tan grave el focalizar el proceso en lo individual creo que puede ser igual de llevadero al fracaso el no tener al menos ciertos espacios de individualidad, no sé por ejemplo en un consultorio uno puede estar trabajando en un taller con adolescentes pero ojala haya un momento en que se dé un espacio para hablar con los adolescentes por separado y de revisar temas que puedan emerger de ahí... porque a veces en lo grupal quedan unos temas a flote pero hay que tomarlos... entonces hay que ir haciendo una mezcla ir moviéndose entre lo individual, lo grupal, lo vincular. También el no reconocer la necesidad de apoyo de otros profesionales, el no coordinarse con la escuela y los contextos cotidianos... el no trabajar con las personas el asumir que la terapia la hace uno... cuando a veces lo terapéutico no es uno... lo terapéutico son los papás, los amigos, los profesores porque ellos están con el adolescente todo el tiempo y eso es poner mucho peso en la mochila del terapeuta es ilusorio también los papás van a estar toda la vida y algunos amigos también.

Entrevistadora: ¿Y para el éxito?

Entrevistado: en el éxito el incluir a las figuras significativas, el considerar un trabajo multidisciplinario... y como darse tiempo para conocer al adolescente como a su propio ritmo porque van a ver adolescentes que se van a demorar hartos en contar el tema de abuso aunque lo hayan develado... necesitan poner primero algunos temas de sus intereses de sus otras necesidades... en la medida que ellos ven que este espacio también los contiene en eso ellos llegan a poner esos otros temas sobre la mesa... eso creo que es importante respetar sus tiempos. Y plantearle muchas estrategias de trabajo no solo una como ser flexible eso es importante para el éxito no sé si al adolescente le gusta el anime esa puede ser una forma de trabajar, si le gusta la música la música, si le gusta el deporte el deporte, como encontrarle los intereses a los adolescentes como las formas de explorar de conversar ciertos temas.

Entrevistadora: Para cerrar ¿Hay algo más que quieras comentar o relatar sobre tu experiencia con adolescentes que presenten estas características?

Entrevistado: Si, yo pienso que cuando hay sintomatología depresiva eso puede ser en general pero cuando hay intentos de suicidio junto a estas depresiones en adolescentes que han vivido historias de abuso sexual me ha pasado mucho sobre todo en el hospital que los adolescentes develaban el abuso a propósito del intento de suicidio... entonces yo creo que ese es un buen momento para los profesionales para pesquisar, cuando un adolescente tiene un intento de suicidio acompañado de autolesiones y empieza a hacer algo en las sesiones que nosotros llamamos las “develaciones ambiguas” así como “es que yo hice esto porque yo tengo un secreto” “es que usted no sabe” nosotros llamaos a esto enlace que era cuando subíamos a ver a los adolescentes hospitalizados... entonces los adolescentes te decían “es que yo tengo un secreto” “es que usted no sabe por las cosas que he pasado yo” y como que te empiezan a poner temas sobre la mesa pero no te los revelan todavía y hay uno tiene que validad eso “ haz pasado cosas que son difíciles de imaginar... talvez en algún momento tú quieras compartir eso... yo voy a estar ahí si tú lo quieres hablar” los adolescentes siempre caen en esos juegos y si tú les preguntas ¿Qué te paso? Ellos responden “no quiero hablar de eso”, cuando tú le das el tiempo al adolescente para hablar sorprendentemente te comienzan a contar “no es que lo que a mí me paso” y te comienzan a contar un poco del abuso que habían vivido antes, sobre todo en estas situaciones de intentos de suicidio donde los entendíamos en el momento. En las situaciones de intento de suicidio el rol de los adultos con respecto a la contención a la supervisión a generar un ambiente protector, en el alejar posibles recuerdos o situaciones del ambiente que puedan ser conflictivas, entonces el adulto tiene el rol del mirar el ambiente del niño y generar un ambiente protector, no solo en la supervisión sino también en el sacar cosas del ambiente y generar un ambiente como más limpio y también alejar los posibles medios del intento de suicidio y cuidar eso... cuidar las pastillas que están en la casa, si hay armas en la casa, donde están los cuchillos... el estar atenta a eso, el tener una psicoeducación respecto al suicidio con muchos mitos los padres o los adultos como que si el adolescente dice que se va a matar es para llamar la atención, en que si el adolescente dice que se quiere suicidar es más probable que no lo haga, cuando por el contrario cuanto más lo verbalice es más probable que lo haga... como que los papás también necesitan elaborar los intentos de suicidio preguntarse “¿Por qué mi adolescente hace esto?” “¿No valora lo que yo he hecho por el?” “¿Por qué me quiere castigar?¿Es para llamar la atención?” los padres a veces no logran comprender porque al adolescente ha intentado suicidarse y a veces a los papás también hay que acompañarlos en eso, apoyar a los papás para

que contengan las actuales sintomatologías depresivas, para que elaboren la situación abusiva pero también la familia necesita elaborar por qué el adolescente intento suicidarse... de una forma que logren imaginarse el estado del adolescente porque los papás a veces dicen “Ha pero eso paso hace tanto tiempo” “Es que aquí en la casa tiene de todo” y como que no logran imaginárselo hay que ayudarlos a empatizar con los estados emocionales y validar la emoción no la acción pero si la emoción que está detrás yo creo que eso también es importante con el trabajo con los papás... y el trabajo con las redes también el adolescente necesita figuras de apoyo en distintos ambientes, con gente que este monitoreando sus estados de ánimo, estar atento a las señales... eso como a grandes rasgos.

Entrevistadora: De acuerdo a tu experiencia ¿Cuál es el pronóstico de estos adolescentes que han vivido estos tres eventos dentro de una misma experiencia vital?

Entrevistado: He tenido experiencias que han finalizado muy bien en el sentido que el intento de suicidio permitió develar una situación de abuso sexual que paso hace mucho tiempo atrás... porque el adolescente lo guardo como un secreto porque pensó que no le iban a creer o efectivamente alguien no le creyó... pero cuando encontramos esa figura adulta contenedora que otorga credibilidad que valida y que está atenta el adolescente percibe que el mundo no era como él pensaba, que en el fondo las cosas no era como eran antes , cuando además el adolescente comienza a ver que tiene amigos o que hay figuras que están interesadas en el o los amigos empiezan a ampliar sus intereses de vida y la persona descubre que el abuso es un evento pero no es su vida... hay una vida que es mucho más grande y que hay cosas buenas... que ha tenido cosas buenas pero que hay muchas cosas buenas por vivir... en esos casos mi experiencia me dice que terminan bien. Cuando el adulto no asume ese rol de contener y de dar credibilidad... lo que el adolescente logra elaborar es el ser casi describirse como un sobreviviente, verse como una persona que tiene que ser autosuficiente... yo creo que puede finalizar bien pero igual no es tan positivo porque el adolescente está tomando una actitud como de sobreviviente como de adaptarse a esta situación... no tengo un adulto que me crea pero voy a luchar por mi... que puede ser un discurso que aparentemente es súper resiliente, pero no es bueno tampoco porque esto podría volver en el futuro ya que podría llegar a exigirse demasiado a sí mismo y no va a entender que parte de su vida es responsabilidad de otros, porque la vida uno no la puede vivir solo hay que vivirla acompañado, pero si el adolescente llega a esta idea de “voy a salir adelante pero solo” eso puede funcionarnos ahora pero en tres años más en dos años más en un años

más pueden aparecer otros problemas o puede aparecer un nuevo episodio depresivo en esos pronósticos yo creo que la depresión aparece de forma más recurrente, en algunos casos yo creo que cuando además de abuso sexual hay otras situaciones de vulneración grave y temas más recurrentes y una familia multiestresada o que viven con otros factores estresantes en esos casos es más probable que se constituya ya un problema de salud mental que tienen que ver con un trastorno de la personalidad o que la situación de abuso evolucione o que se transforme en una situación de explotación sexual nos ha pasado casos que evolucionan a eso donde finalmente los derivamos a programas de explotación o lo derivamos a la red de salud mental porque hay ciertos temas que revisar que son prioritarios esperamos que esos adolescentes finalizados esos procesos y quedando temas que elaborar puedan ingresar a otros programas cumpliendo la mayoría de edad entonces les corresponde ser derivados a programas que trabajen con adultos que han vivido experiencias de abuso en la adultez, pero yo creo que están las tres posibilidades que el adolescente no resuelva el problema completamente y que desarrolle un estilo de supervivencia que igual es complicado, la posibilidad que el adolescente resuelva esta situación siempre con ayuda de un adulto o la posibilidad que no lo resuelva y evolucione a otros problemas más graves, yo creo que son como tres pronósticos y así como porcentajes de cuanto da cada cosa yo creo que en estos programas de reparación yo creo que encontramos de todos un poco así por inventar porcentajes un 50% que lo resuelve bien un 30% que desarrolla esta lógica de autoeficiencia e independiente que es peligrosa para el futuro y que va a ser peligrosa cuando él sea papa o mama y un 20% que evolucionaron a otros problemas hacia un tema de explotación o de salud mental más grave.

Entrevistadora: Muchas gracias.

Entrevistado: No nombré muchos ejemplos, pero más que nada eso que te comenté.

Entrevistadora: No te preocupes estuvo perfecto.

Entrevistado: De nada se me hizo rápido.

Entrevista n°7

Entrevistadora: Tal como le ha sido comentado con anterioridad, esta entrevista se enmarca dentro de un proyecto de investigación. Durante la conversación abordaremos distintos temas relacionados con la aparición de los síntomas depresivos en adolescentes con los que haya trabajado antes en su experiencia clínica. Cabe mencionar que usted tiene el derecho a contestar o no, frente a cualquiera de las preguntas. Asimismo, aprovecho de pedirle que intente ser claro al momento de exponer sus respuestas y para ello, puede ilustrar sus ideas, pensamientos, sensaciones, y recuerdos a través de ejemplos o de la descripción de situaciones que le hayan sucedido. Lo principal es que se sienta cómodo, libre para conversar. Por supuesto, todo el contenido que me haga ver será mantenido en estricta confidencialidad y anonimato

Bueno para comenzar me gustaría saber ¿cuánto tiempo tienes de experiencia en el trabajo con población infanto-juvenil?

Entrevistada: ¿Exclusivamente infanto-juvenil?

Entrevistadora: Si

Entrevistada: La práctica la hice el 2011 y desde ahí que trabajo con niños, es decir 6 años

Entrevistadora: ¿Cómo llegaste a trabajar con esa población?

Entrevistada: bueno por un interés personal, motivación personal en el trabajo con niños y niñas, jóvenes, em entonces al momento de estar en quinto año y escoger esa área claro decidí donde quería hacer la practica el taller que iba a tomar, en este caso infanto-juvenil, y de ahí bueno las ofertas laborales en general están bien centradas en el área de infancia entonces eh fue difícil quedar en un trabajo pero en comparación con otro tipo de trabajo también era más fácil llegar al área infanto-juvenil. O sea, igual es una crítica que yo puedo hacer, porque en general son los programas de SENAME en donde uno trabaja entonces bueno eso... pero así llegue, como interés personal y de ahí tome como un trabajo en el área educacional y después me incorpore al “PRM” ya hace casi cinco años que trabajo ahí

Entrevistadora: ¿Y por qué crees que trabajaste ahí y dedicarte a este sector etario en particular?

Entrevistada: ¿Por qué creo? O sea es que hay explicaciones de muchos lados o sea, por un lado está la dimensión más personal, eh bueno aprovecho de contar que en la formación de terapeuta infanto-juvenil igual hay que tener cierto estudio y cierta especialización y en esos estudios tome algo relacionado a la persona del terapeuta entonces podría decirte mucho de eso

pero yo creo que tiene que ver primero con sentirme cómoda en el lugar donde trabajo con niños y niñas, sentir que tengo las competencias que puedo sintonizar con los niños y las niñas, por otro lado también tengo mucha experiencia, no soy mamá pero soy tía de muchos sobrinos y de chica he estado vinculada con niños, yo tengo muchos recuerdos de mi infancia entonces eso me favorece el trabajo con los niños y las niñas creo que simpatizamos, soy además súper empática también como todos tenemos experiencias dolorosas también asociadas a la infancia y en ese sentido eh yo creo que también entre procesos de psicoterapia y de formación he podido también hacerme una idea de lo que también es importante para los niños por estar conectada con mi propia niñez también, y además en algún momento decidí ser psicóloga infanto-juvenil porque no quería trabajar con adultos porque no me sentía preparada pero después me di cuenta que obviamente tenía que trabajar con adultos en términos más familiares como padres de estos niños entonces yo creo que va por ahí, sentirme competente pero también tomar mi propia experiencia de vida y, si tengo muchos recuerdos de infancia entonces entiendo cómo moverme en el trabajo con niños y eso es muy importante

Entrevistadora: ¿Dentro de qué contextos de atención has desempeñado tu labor como psicóloga infanto-juvenil?

Entrevistada: Bueno en la práctica en la universidad fue en el área de salud en psiquiatría infantil es una mirada mucho más biomédica si bien el paradigma ha cambiado, pero cuesta sigue siendo bien biomédico eh, ahí en el trabajo más coordinado con neurólogos, con psiquiatras eh y es una mirada mucho más clínica, orientada a la patología y etc. Después me fui a trabajar al sur en el área de educación, psicoeducativa con niños, ahí no hice procesos terapéuticos solo fue más la dimensión cognitiva y socioemocional en el caso que fuera necesario y haciendo talleres y después me metí al área psicosocial, particularmente trabajo en el área de vulneración de derechos, eh, y de ahí como lleva ya un tiempo me he ido perfilando más al área de trabajo en trauma, especializarme más en lo que significa intervenir con niños que han vivido situaciones que generan trauma, porque ahora hay un cambio también en el concepto uno piensa que es una situación traumática pero el trauma es lo que está instalado en el cerebro, entonces puede no haber trauma y puede una situación convertirse en traumática, pero no es entonces ahora me empecé a perfilar más en esa área y me he vuelto mucho más clínica en ese sentido. Y en paralelo que tengo la consulta

Entrevistadora: Ah, o sea que ha sido privado y público también

Entrevistada: Si así es

Entrevistadora: ¿Dentro de estos contextos has tenido que atender consultantes con sintomatología depresiva, con intentos de suicidio y abuso sexual? ¿Son casos comunes o más bien aislados?

Entrevistada: ¿En contextos públicos y privados, te refieres?

Entrevistadora: si, en tu experiencia

Entrevistada: en el área privada hasta el momento no, los motivos de consulta están orientados a otras situaciones ahora ultimo me han llegado más casos de adolescentes que en el proceso terapéutico me han develado situaciones de abuso y claro, vienen con sintomatología depresiva, intento de suicidio pero no hay una conciencia todavía o no hay una problematización aun de esas experiencias de abuso sexual y como podría impactar actualmente en su desarrollo, porque son experiencias de cuando eran niños, y que ahora tienen manifestaciones en la edad adulta o adultos jóvenes se puede decir, pero son los menos casos y obviamente en el programa de reparación de maltrato donde estoy está súper asociado, la sintomatología depresiva, los intentos de suicidio y las experiencias de abuso sexual. Si 'poh', me ha tocado, he recibido hartos casos con sintomatología depresiva, ahora, es interesante esto porque los niños llegan por abuso, en el sistema de salud van a llegar por un intento de suicidio o una depresión y acá llegan por abuso, nosotros abordamos el abuso y claro cuando empezamos a indagar vemos la sintomatología depresiva, no es lo que primera se pesquisa, uno centra la atención en lo otro, y lo bonito de esto es que cuando uno empieza a trabajar ese aspecto de la vida del niño o del adolescente, en este caso el adolescente, la sintomatología disminuye, pasa mucho que, me estoy acordando de un caso en particular, de una chica que claro, es derivada al Tribunal de Familia porque el Hospital abre la medida de protección porque la chica ingresa por intento de suicidio al hospital, en el hospital se pesquisa que hay una situación de abuso y entonces de ahí derivan al programa en donde estoy yo y uno recibe el caso y uno ahí dice pucha, si es un hospital en urgencias no se pudo hacer un trabajo especializado o sea nosotros que somos de otra línea es como que uno duda a veces. ¿Y claro que es lo que había pasado? La chica en el proceso terapéutico logra narrar que fue víctima no solamente de abuso por parte de su padre, sino que también por parte de la pareja de la madre, en ese momento cuando ella hace la develación, como que algo pasa internamente que ella se ordena y además sentir que esta la confianza con los profesionales, su sintomatología disminuye, incluso, maravillosamente ni siquiera estaba con medicamentos.

Entonces finalmente hay una correlación, a mi parecer, bien interesante de cuando los jóvenes no han develado, al momento de no develar es como que apareciera mucho más aguda la sintomatología y cuando develan es como que se ordena un poco más el marco y es más fácil trabajar también, eso es como otra línea de investigación

Entrevistadora: Y en este caso que me mencionas ella en que momento fue que devela el abuso en sí, en qué momento del proceso terapéutico

Entrevistada: ella primero develo cuando hizo crisis, en el hospital y ahí se inicia la medida de protección y todo pero la segunda develación que tenía que ver con lo que estaba pasando porque lo que develo anteriormente tenía que ver con algo que le había pasado de niña, esto tenía que ver con algo que estaba pasando en la actualidad, en el caso de ella fue en el proceso de evaluación, estábamos conociéndonos y esto es un criterio mío, cuando recibo un adolescente en el PRM, como yo no hago peritaje, yo le señalo que vamos a conversar de las cosas que a ellos les preocupen pero no necesariamente nos vamos a perder en la situación de abuso porque entiendo que es difícil y que en el fondo mi labor no es investigar lo que le está pasando sino un poco cuales son las consecuencias de esto en su vida, pero que si lo quieren hablar lo pueden hablar, tampoco es que yo les vaya a cerrar la puerta, y ella pese a que yo le digo eso, ella necesitaba yo creo hablarlo, entonces ese caso es muy bonito porque paso algo mágico, mira, yo le voy a hacer una visita domiciliaria porque deja de ir, yo me apasiono con los casos así que quizás se va a demorar más la entrevista jajaja, teníamos que hacer esta visita porque no había ido al centro, entonces nosotros sospechábamos que algo estaba pasando, cuando vamos era una casa que estaba ultra protegida, con rejas, tablas, muy difícil de acceder, muy cerrado y con condiciones precarias entonces yo me acuerdo que cuando voy entrando a la casa, me encuentro una llave en el piso, como estas llaves antiguas, oxidada, y era muy bonita esa llave entonces yo la tome porque me gustan esas cosas y me la llevé, entramos a la casa, hablamos con la mamá y la chica me dice puedo hablar con usted en privado? Salimos de la casa y ella me dice; quiero contarle algo que me paso, y me lleva al patio, a un rincón donde ella me dice que se juntaba con los amigos a tomar qué sé yo, y me conto un poco la importancia de ese lugar, que ella se relajaba de tranquilizaba y todo lo demás, y ahí me hace la develación del abuso sexual y me lo cuenta como con harta afectación pero también un poco desconectada, también ahí es un poco contradictorio, porque uno sabe eso que muy doloroso internamente pero no me lo va a demostrar, y yo con la llave en la mano entonces fue muy bonito ese gesto, como simbólico, y

eso fue al principio llevábamos como un mes y medio de intervención con ella y ahí se ordena todo el mapa judicial también porque ahí se decreta la salida de este sujeto de la casa, la prohibición de acercamiento a la niña, después en un momento ella pasa al cuidado de otra persona, etc.. y ya no necesito ningún medicamento, no tuvo ningún intento, no se hizo más cortes, su sintomatología cambio mucho, o sea disminuyo en realidad, considerablemente

Entrevistadora: O sea es un momento clave que ordena la situación y que quizás baja la sintomatología y un poco le da bienestar a la persona que está sufriendo en ese momento

Entrevistada: si porque además, bueno esto como aporte, que en las situaciones de abuso sexual está comprobado que el factor que, como lo que podría generar un mejor o un peor pronóstico tiene que ver con la recepción del momento en que se hace la develación entonces, generalmente lo casos que están peor en sintomatología, son cuando generalmente los padres no le creen a los niños o los escuchan, o los hacen que se retracten o el escenario familiar es muy adverso como para sostener una develación pero cuando se hace una develación con un adulto que está claro, que confía, cambia al tiro el pronóstico y yo creo que ella también logró y fue inteligente también, supo evidenciar a quien podía contarle lo que estaba pasando y ella se lo había contado a la mama pero la mama le había bajado el perfil pero al menos hubo otro, una terapeuta, en este caso yo, que tomamos en serio lo que nos estaba contando, que fue muy importante creo yo, como reacciono el entorno.

Entrevistadora: ¿Qué elementos crees que estarían presentes en el desarrollo de los adolescentes que podrían influir en la aparición de los síntomas depresivos, elementos como del desarrollo, proceso vital, primera infancia?...

Entrevistada: ¿No solo de abuso, en general?

Entrevistadora: No en general que influyan en la aparición de síntomas depresivos, solo de esos síntomas

Entrevistada: En general yo haría una mirada más ecológica de la situación, de la depresión, porque claro, tienes a un adolescente con cambios, en todas sus dimensiones desde hormonales hasta sociales emocionales y cognitivos pero además tienes a una familia que es parte de un sistema, entonces claro por un lado tienes a un adolescente que va sufriendo cambios pero también tienes a una familia que se va adaptando a esos cambios y no todas las familias tienen hijos adolescentes, a ver, no necesariamente el tener un hijo adolescente significa que esta

familia está alineada en esta etapa de la adolescencia sino que a veces pasa que hay una familia, que no son los padres que cuidan a este adolescente, sino que son los abuelos.

Entrevistadora: Los cuidadores

Entrevistada: Claro los cuidadores, y están en otra etapa del ciclo vital estas familias entonces hay ciertos desajustes también en las relaciones con los adolescentes, como primero igual considerar eso, que no es solo el adolescente, sino que si aparece un síntoma depresivo tienes que interesarte también en como el sistema se mueve o se configura en virtud de ese síntoma depresivo, porque ese síntoma depresivo viene también a mostrarte algo de esta familia, que también está queriendo decir esto chico no, en torno a las dinámicas como familiares. Entonces elementos, primero están las individuales, luego las familiares y creo que también es importante las variables contextuales, pero principalmente el contexto relacional más cercano de los jóvenes, de los adolescentes. Me ha pasado mucho bueno yo creo que tú sabes, el tema de los cortes, acá ya el corte no se hace porque quieren disminuir un dolor emocional que es una de las hipótesis que uno tiene a propósito de los cortes, sino que es porque hay una moda, entonces todos los niños de cierta edad se hacen cortes, porque de cierto modo vas a ser más popular porque te haces esto y eso me ha pasado harto, “Es que mis compañeras lo hacen y yo quería saber lo que se sentía”, ahora median otros factores porque ahí yo también puedo decidir no caer en ese juego, igual hay otros elementos que influyen propios del desarrollo de la personalidad de estos adolescentes. Está el tema de la identidad que es tema clave también, creo que también ahí influye en la aparición o no de síntomas depresivos. Está el tema del estilo de apego que tienen los adolescentes, no tengo claridad, no como respecto a estudios, pero ...

Entrevistadora: Pero en tu experiencia

Entrevistada: En mi experiencia, ha pasado mucho que los adolescentes con apego más ambivalente, que están más orientados a la espera emocional, esto de que las emociones las viven más intensamente, de ser un poco irregulares también, si podrían estar más propensos a desarrollar síntomas depresivos, también trastorno del desarrollo de la personalidad y eso si hay como una línea en eso, si ‘poh’, el estilo de apego entonces, el desarrollo de la identidad y como la familia se adapta a este proceso de desarrollo de la identidad, cuando hay familias que son aglutinadas o más rígidas, que no permiten que este adolescente se diferencie, entonces eso genera una crisis para el adolescente y eso puede desencadenar síntomas depresivos. ¿Qué más? A ver, estoy pensando en que muchas veces en terapia bueno familiar, viene el caso por una

sintomatología depresiva pero también resulta que hay conflictos en la relación conyugal que no están resueltos, entonces traspasa un poco ese conflicto al adolescente, entonces “él es el problema no somos nosotros” y el conflicto es la pareja y me ha pasado mucho temas de triangulación, cuando hay separaciones de los padres conflictiva en el sentido de que termina y continúan las discusiones o conflictivas en el sentido de que nunca terminaron entonces van y vienen y eso es súper dañino para los adolescentes y he visto harta aparición de sintomatología depresiva en ese sentido, y harto intento de suicidio también a propósito de dinámicas conflictivas entre los padres, entre la diada de padres, porque además pasa esto de que el padre le dice al adolescente de que “tu mamá me dijo tal cosa” y se empiezan a descalificar y el chico queda atrapado en una posición súper incomoda y patológica, entonces la sintomatología depresiva yo la vería más en el contexto más que de manera individual

Entrevistadora: Además de esto, ¿existirían algunos elementos clave en la vida de el/la adolescente que podrían facilitar la aparición de síntomas depresivos, algún evento clave vital

Entrevistada: Ooh, es que no sé si es tan lineal, me costaría decir que si esto genera esto

Entrevistadora: Si, no, no se refiere a causalidad, pero eventos que más repiten, por ejemplo, separación de los papás, quiebres en relaciones, cosas por el estilo.

Entrevistada: Ya mira, ahí voy a ser bien sincera en mi experiencia pública o del PRM si hay intento suicida por lo general está relacionado a lo que yo te decía o separaciones conyugales no bien desarrolladas y está el tema del abuso sexual, y es lo que más se podría ver pero es porque me muevo en ese campo y en el campo más privado, bueno no solo abuso sexual, maltrato físico también, y en el campo privado, he visto que también la depresión esta gatillada, no sé si gatillada porque no quiero que suene así como dices tú, causal, sino por ejemplo cuando hay temas transgeneracionales no resueltos en las familias de origen, como hay procesos de diferenciación de los padres, o sea de los abuelos que no fueron bien desarrollados y eso también afecta a los que vienen. Entonces si me ha pasado con jóvenes, que de un momento a otro me dicen: “no sé por qué estoy tan angustiado, no me ha pasado nada puntual, no ha habido una crisis” pero presentan sintomatología depresiva de un día para otro, entonces a veces son temas que están más desde la transgeneracionalidad de forma más bien implícita que se instaura en estos jóvenes y que lamentablemente ellos tienen que resolver eso para un poco cortar con esta cadena de situaciones y les toca pero eso... pensaba en factores más genéticos también, cuando hay historias de depresión en las familias eso también se hereda hay una explicación ahí

genética, y por ejemplo, no sé si conoces un libro que se llama “Trauma Relacional Temprano” es súper bueno porque habla de esto mismo, como experiencias pasadas impactan en el presente de estos jóvenes y habla de la presión política en Chile y de cómo, hijos de, o nietos de..

Detenidos desaparecidos, torturados que se yo, están presentando sintomatología asociada a esos eventos que ni siquiera conocieron a esas personas, pero el sistema familiar se organizó de tal manera que genero estas repercusiones en los adolescentes, entonces yo creo que el tema de depresión es súper grande, sí.

Entrevistadora: ¿Y que los consultantes por ejemplo hayan vivido uno o más episodios de abuso sexual, crees que influye en la aparición de síntomas depresivos? Me refiero como algunas veces, ya más reiterado, o que implicancia tendría el haber vivido experiencias de este tipo.

Entrevistada: es que como te decía yo creo que depende del contexto, porque depende del contexto de ocurrencia del episodio de abuso sexual y del contexto de develación, claramente es más probable que bajo un contexto donde el abuso es crónico, en una etapa del desarrollo del niño donde tiene que adquirir ciertas nociones o ciertos hitos del desarrollo que tiene que cumplir, o sea yo creo que tiene que influir todo. Es que aquí se cruza también el tema de la resiliencia, entonces, estoy pensando en una chica que claro vivió abuso sexual, violaciones desde los cinco años de forma crónica pero ella no presentaba síntomas depresivos entonces dices, ya bueno es que allí algo paso y que no es síntomas disociativos, porque claro pudo haber estado disociada pero no, en la evaluación no salía eso, ella tenía una fuerza sorprendente y mágica que se sobrepone a lo que ella vivió y también conozco experiencias donde el abuso pudo haber sido puntual, un episodio único y quizás de características como un compañero, o como con un menor de edad y ahí pudo haber tenido un impacto mucho más grave, bueno ahí o sé, esa es mi experiencia, yo sé que los estudios dicen otra cosa en torno a eso, obviamente, mayor cronicidad o mayor repercusiones y secuelas en el niño, a mí me paso yo me he sorprendido mucho con los niños, son como bien resilientes también.

Entrevistadora: Esta niña que me comentas, tuvo un contexto en el momento de la develación que la respaldara como para poder afrontarlo de esa manera

Entrevistada: Si por eso era el otro tema que hablábamos, porque ella estuvo muchos años sin poder decir nada, ese es un factor que está en contra porque generalmente ella no visualiza a nadie cercano protector y claramente eso es nefasto para un niño y después ella lo devela cuando es más grande, tiene como doce años y devela cuando estaba en el colegio y cuando estaban

hablando de sexualidad ella devela la situación de abuso sexual y ella se acerca a la profesora y ahí el padre toma conocimiento y se agencian y el padre súper movilizado y claro ahí también ayudo el género, entonces ahí hay un tema importante, para ellas es súper importante las respuesta de los hombres padres, como sentirse protegida, que la salvaron, ella no tenía contacto con su mama entonces esa era su figura de apego yo igual me pregunté por qué no le contó antes al papa, y le tuvo que contar a la profesora pero bueno no importa. Si pero eso depende de hartas variables, el impacto que va a tener en la experiencia de los niños, las variables familiares y contextuales, eso es súper importante si tú tienes un contexto seguro, protector, estable en sintonía con los niños no necesariamente un abuso sexual va a generar un trauma de hecho hay gente que sí, que obviamente hay un trauma o un tipo de secuela pero a veces no, si tú tienes una buena respuesta de un adulto que te oriente que te eduque pero que además problematice, porque tampoco la idea es naturalizarlo, no debería de ser nocivo, son los menos casos, porque pasa mucho, no es solo la experiencia de abuso sexual sino que está también la violencia intrafamiliar, los padres que están en disputa, una niña que está develando que es el papa de esta mujer, y esta mujer también sufrió abuso, en general esto es mucho más grande que la experiencia de abuso sexual. Nosotros en el PRM estamos, los niños ingresan por abuso sexual, pero nosotros terminamos ordenando el sistema familiar, en el buen sentido de la palabra, porque a veces no tienen rutinas, ni hábitos, uno es súper respetuoso en la forma de vivir, pero no podemos quedarnos pasivos ante eso y a veces pasamos el año completo ideando estrategias para que los adultos vayan al programa, para que se trabaje la temática porque no es fácil. O a veces pasa que los niños no quieren hablar de lo sucedido, a veces la dinámica familiar también influye en que los niños no quieran hablar del tema, cuando está instalado el secreto en las relaciones entonces esto se complejiza mucho, más porque tiene muchas variables que manejar, y los tiempos también, los tiempos de los niños que no son los mismos que los de nosotros.

Entrevistadora: En general en que momentos de la vida de los adolescentes aparecen más frecuentemente los síntomas depresivos

Entrevistada: Eh, es que ahí también hay de todo porque hay adolescentes que a propósito de una crisis, no esperada aparece sintomatología depresiva pero también pasa que hay un evento puntual que gatilla la sintomatología depresiva en el adolescente, pero también hay niños que han manifestado sintomatología depresiva y nunca se les ha visto y se agudiza y se expresa en una forma más magnífica cuando son adolescentes, pensando también en que es difícil identificar

en niños la sintomatología depresiva porque no necesariamente se inhiben sino que todo lo contrario, se vuelven más irritables, entonces se puede confundir con otros diagnósticos también, eh y además yo creo que en el caso del adolescente como está pasando por un periodo a nivel de pensamiento más abstractos, mas existenciales, eso también hace que puedan fácilmente, si ya tienen antecedentes de tipo depresivos, entonces no se en que momento puntual en la niñez. Yo nunca he visto un niño que no llegue hasta su adolescencia porque viene hasta un punto de su vida y los dejo de ver entonces no hay una trayectoria, pero si cuando he entrevistado a las familias de adolescentes si me han dicho que hay síntomas depresivos cuando eran más niños y no se habían dado cuenta o que en la conversación se dan cuenta.

Entrevistadora: ¿Qué rol cumplirían los cuidadores respecto de la aparición de sintomatología depresiva?

Entrevistada: O sea, es súper importante el rol porque primero obviamente la, todo parte de la relación o del tipo de apego que se haya construido con ese cuidado, si ese cuidador en el fondo ha formado un apego seguro y una relación segura con ese adolescente, y si llegara a aparecer la sintomatología, el adolescente se va a acercar y va a pedir ayuda a este cuidador, entonces ya que este cuidador este abierto y receptivo a aceptar los cambios que pueda tener este adolescente es fundamental. Y de ahí se deriva el tema de que ese cuidador, también pueda detectar que el problema no es el adolescente y su depresión, sino que eso nos da cuenta de una situación mucho más compleja a nivel familiar y contextual. Si me ha pasado mucho que los adultos tienden a externalizar las responsabilidades “es que este niño que le gusta estar metido no sé dónde” como con esta chica que tenía 12, era niña, pero parecía adolescente y tenían sintomatología bien severa y la mama me decía no es que se junta con una niña que tenía depresión entonces por eso ella tenía depresión, pero sin ver nada entonces... Ahora había explicación de por qué ella no se quería dar cuenta de lo que pasaba en la actual dinámica familiar, por eso nunca necesita tiempo para trabajar con los papás y los jóvenes. El rol también va un poco por ahí, hacerse responsable y agenciarse o sea me ha pasa mucho que los adultos le tienen mucho miedo a los fármacos, cuando sus hijos por ejemplo no quieren ni levantarse de la cama, entonces yo advierto y digo: “ojo, esto no debería de pasar, no es normal” es entendible si igual es una decisión fuerte, hay muchos mitos también en relación a la farmacología pero que pudieran empatizar con el sufrimiento, porque en la depresión se sufre, ponerse en el lugar de ellos, como fue en su adolescencia también lo que les pasó, mostrarse disponibles y eso voy también con lo del apego

seguro, hay muchos padres que se enojan cuando los adolescentes están con depresión, o se preocupan demasiado o se enojan, porque algunos se preocupan demasiado, tanto que los ponen en una situación de invalidez casi, y de victimización, entonces los propios recursos que tiene los jóvenes como que los invisibilizan, o pasa lo contrario que se enojan con el adolescente con depresión, entonces menos los escuchan, menos empatizan para favorecer la recuperación

Entrevistadora: ¿Cuáles serían posibles lineamientos de tratamiento para mejorar la sintomatología depresiva en adolescentes?

Entrevistada: A ver, primero evaluar el grado de severidad de la depresión, ver si hay un tipo de comorbilidad con un trastorno ansioso, que eso pasa mucho, y también evaluar si tiene que ver más un trastorno del desarrollo de la personalidad porque eso también está muy frecuente, cada vez aparecen más los casos derivados por trastorno de la personalidad, y se dice que tiene depresión endógena pero en verdad... primero hacer una buena evaluación, después de hacer esa evaluación, la derivación a psiquiatra si los síntomas son más severos y particularmente en el trabajo con jóvenes, incorporar a la familia, ahí si yo creo que el trabajo tiene que ser familiar. Ahora me ha pasado que los adolescentes no quieren trabajar con la familiar, ahí les damos un poco de tiempo, yo soy súper respetuosa en los tiempos de los adolescentes, ahora si es una situación grave con riesgo suicida ahí no le tengo que preguntar nada y hablar con los padres para que estén monitoreando, pero si es distinto, yo creo que hay que esperar a que el adolescente esté listo. Ahora ese cambio de mirada se hace a través de la devolución que yo le hago de porque el adolescente está deprimido, y las devoluciones están, ahí hay elementos familiares, y ahí el adolescente se quita el peso y dice ah yo tengo soy el problema, parece que mis papás también influyen en esto y yo también influyo en la relación con ellos, también me está pasando ahora que un niño tiene depresión, abrí el tema con los papás y ahora resulta que el papá se deprimió, entonces como que también ordenemos eso. Un buen tratamiento ordena los roles, las funciones al interior de la familia y al final yo creo que la depresión en la manifestación de todas estas mil hipótesis de como yo trabajo, de experiencias no elaboradas y se manifiestan en sintomatología, entonces trabajar historia de vida con ellos, con el grupo familiar, para reconstruir la historia de este niño, en cada etapa del desarrollo, visualizando los recursos que tienen, las maneras de afrontar más de lo positivo ya no tanto de lo negativo, porque se puede presentar una crisis. Entregar estrategias de afrontamiento que se acomode al adolescente y trabajo parental, del impacto que tiene para los padres tener un hijo con sintomatología

depresiva. Como te digo yo voy respondiendo porque yo en general no trabajo con categorías yo trabajo en las experiencias, entonces eso...

Entrevistadora: De lo observado en el proceso de desarrollo del adolescente ¿qué otros elementos serían importantes a considerar en el tratamiento de la depresión?

Entrevistada: Yo creo que hay dos que pueden ser muy importantes, por un lado, está el tema de como establezco relaciones a partir de una categoría que se me asigna de deprimido, eso interfiere en las relaciones con otros, tengo el caso de un adolescente que desde que se empezó a deprimir que vio que el resto lo ha ido alejando, entonces es un círculo vicioso porque está deprimido porque se siente solo, entonces es importante a trabajar eso, de cómo mejorar sus relaciones. Yo creo que el mejor antídoto es mejorar el contacto social, entonces un poco ahí, trabajar el tema de los límites. Aquí hay como una comorbilidad con abuso sexual, algo que pasa mucho, por ejemplo en niños que sufren experiencia de abuso sexual, que además hay carencias en las familias, que además están muy victimizadas, entonces tienden a confundir los límites, entonces se encariñan con mucha facilidad de un desconocido o alguien viene con un juego más de la seducción mayores de edad, entonces vuelven a ser vulneradas, y trabajar entonces el tema del cuerpo, del autoimagen en ese sentido, como no traspasar ciertos límites, cuidarse a ti mismo, en la depresión tu dejas de cuidarte.

Entrevistadora: ¿Qué factores consideras tú que podrían influir en el éxito o fracaso en los procesos de terapia?

Entrevistada: En el éxito, claramente lo que es haber formado una buena alianza con los padres y con el adolescente, y diría que pareciera que con los padres no es más importante, pero, se pueden generar estrategias para que venga el adolescente, en un caso que, por ejemplo, no quiera venir. Y en el caso del adolescente la alianza terapéutica es fundamental porque además desde mi forma de trabajo yo trabajo mucho desde la reparación de los vínculos a través del proceso de terapia entonces es bonito ver como empiezan a aparecer los apegos en las sesiones y me ha pasado como también hay adolescentes más ambivalentes que se enojan conmigo entonces ahí ojo, con yo identificar que es su estilo de apego, que él es así, y después ver como eso va cambiando en proceso es bonito, yo creo que ese el mayor éxito que uno puede tener. Entonces, una buena alianza para poder identificar el tipo de apego que tiene ese adolescente y además revisar el personal, puede ser un caso bien exitoso, también trabajar el estilo de apego que tienen los adultos. Me paso hace un tiempo atrás, que hicimos un buen trabajo con la adolescente, y la

mamá tenía un apego si más bien ambivalente, y algo le enojo de mí, entonces la chica quería venir, pero la mamá no, entonces seguimos con la chica y en un momento la mamá me escribió que la chica no iba a ir más porque no tenía plata, entonces ahí está clarísimo que hubo algo que no le gusto y que no quiso seguir viniendo. Y al año me escribe el papa para decirme que estaban muy bien, que la chica estaba bien me mando una foto incluso, entonces ahí también quizá no fue tratado muy bien el tema con la mamá. Y en el fracaso ocurre lo mismo, si no hay una buena alianza con los padres, si no empatizas con este adulto. Ahí también hay otro elemento, ¿no volverse muy “niño-centrista” ya? En términos negativos. En torno al fracaso también cuando uno hace una conclusión del motivo de consulta y no involucra... a ver por ejemplo: en torno a establecer mejores límites” pero el papa viene con otro, entonces si no se hace bien esa pega de construir un motivo más amplio que abarque ambas partes y que sea entendido, claro voy a llegar a un punto que yo siento que voy avanzando con el chico pero no así con los padres, entonces que no estemos de acuerdo en los motivos de consulta y de ahí en los objetivos del tratamiento. En mi experiencia me ha pasado que he ido al psicólogo y me asombra eso, como no construyen motivos conmigo y claro yo me siento cómoda porque puedo contar lo que me pasa y después no sé a dónde voy, entonces hacerlo más estructurado, tener un foco, con flexibilidades, pero con un foco. Claro algo que tiene que ver con eso es que, en los éxitos en proceso, donde no hay deserción tiene que ver con eso con que estructuro bien, desde el inicio hasta el final, entonces eso a los adultos les da seguridad. Es reparador para ellos también

Entrevistadora: ¿Hay algo más que quisieras comentarme relatarme sobre adolescentes que tengan estas características?

Entrevistada: Yo creo que es importante el tema de no victimizarlo, reconocer las fortalezas que han tenido a lo largo de su vida, celebrar las estrategias de afrontamiento. O sea si un adolescente está deprimido es porque tiene los recursos para sobrellevar otras cosas, celebrar que tiene recursos, es el mecanismo que un adolescente tiene para sobrellevar esto, es una opinión muy personal, prefiero un adolescente que se deprima a que se disocie y viva su vida como que nada le afecta, porque de ahí ser la baja empatía y todo eso, porque en algún momento se tiene que manifestar el dolor entonces si se tiene que expresar a través de una depresión hay que hacerlo y si hay un adulto que acompañe en eso, un papa una mamá o una terapeuta yo creo que ahí está lo maravilloso, porque también me ha pasado mucho, con otro adolescente que viene para acá, que ha pasado muchos duelos, muchos cortes y él es muy cerrado, le cuesta mucho

hablar de cómo se siente y elabora ideas, hiperracionaliza, ese es su mecanismo de defensa y en este último tiempo me dice que quiere trabajar el tema de la expresión emocional entonces trabajamos a través de la detección más básica, a través de imaginar colores en su cuerpo, entonces me dice la sesión pasada que parece que fue tanto que parece que se está deprimiendo entonces yo le decía, quizás te parece absurdo lo que te voy a decir, pero me parece bien que te deprimas, veamos como sobrellevas esto, pero al menos te estas contactando emocionalmente, pero claro tiene 22 años de historia y nunca se ha deprimido entonces que rico que lo pueda hacer ahora que está en un contexto que lo contiene, con apoyo a través del cual puede elaborar sus duelos y la depresión entonces, tiene 22 años de estrategias entonces va a encontrarlas... si yo creo eso... celebrar las estrategias que tienen los chicos para sobrellevar su vida.

Entrevistadora: Bueno eh. Hemos llegado al fin de la entrevista y quería agradecerte con contarme tu experiencia, te mantendremos en contacto también para que sepas los resultados y seas parte también de este proceso de nosotras.