

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

Creencias de los Adolescentes acerca de la Depresión en la Adolescencia

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL GRADO DE BACHILLER
EN PSICOLOGÍA**

Autor:

Esteban Antonio Arias Opazo

Asesor:

Juan Victor Nuñez del Prado Murillo

Lima, Diciembre, 2020

Agradecimientos

Agradezco a mi familia, que me brindó todo su apoyo y motivación a lo largo de mi vida universitaria.

Asimismo, agradezco a mi asesor Juan Nuñez del Prado por su gran dedicación al orientarme y aconsejarme durante el proceso de elaboración de la tesis.



Resumen

Entre las distintas problemáticas relacionadas a la salud mental, la depresión resalta como una de las más relevantes dentro de nuestro país debido a su gran prevalencia entre la población, especialmente la adolescente. Sumado a esto, los prejuicios asociados al trastorno pueden ocasionar actitudes negativas que dificulten el debido tratamiento de las personas que lo sufren. En base a lo anterior, el objetivo de esta investigación fue explorar las creencias de los adolescentes de entre 15 a 17 años acerca de la depresión en la adolescencia. Esto se llevó a cabo a través de una entrevista semi-estructurada que giró alrededor de distintos ejes utilizados anteriormente en otras investigaciones. Se encontró que los adolescentes poseen un grado de conocimiento acerca de la depresión proveniente de fuentes informales, lo cual puede causar que perpetúen ideas erróneas sobre el trastorno. Además, la mayoría de las creencias giraron alrededor de las relaciones interpersonales, las cuales son un elemento importante dentro de la etapa de desarrollo de la adolescencia. Por último, los participantes percibieron un alto nivel de prejuicios en su entorno contra las personas depresivas, lo cual según ellos dificultaría que puedan recibir ayuda.

Palabras clave: Depresión, creencias, adolescencia, prejuicios, percepción

Abstract

Among the different issues related to mental health, depression stands out as one of the most relevant in our country due to its great prevalence among the population, especially the adolescent one. In addition to this, the prejudices associated with the disorder can cause negative attitudes that hinder the due treatment of the people who suffer it. Based on the above, the goal of this investigation was to explore the beliefs of teenagers between 15 and 17 years old about depression in adolescence. This was carried out through a semi-structured interview that revolved around several focal points used in previous research. The results showed that teenagers possess a degree of knowledge about depression from informal sources, which can cause the perpetuation of misconceptions about the disorder. Moreover, most of their beliefs revolved around interpersonal relationships, an important element within the developmental stage of adolescence. Finally, the participants perceived a high level of prejudice in their environment against depressed people, which according to them would make it difficult for them to receive help.

Key words: Depression, beliefs, adolescence, prejudice, perception

Tabla de contenidos

Introducción.....	1
Método.....	8
Participantes.....	8
Método y técnicas de recopilación de información.....	8
Procedimiento.....	9
Análisis de datos.....	9
Resultados y discusión.....	11
Bibliografía.....	35
Anexos.....	39
Apéndice A: Consentimiento informado (Alumnos).....	39
Apéndice B: Consentimiento informado (Padres).....	40
Apéndice C: Ficha de Datos Sociodemográficos.....	41
Apéndice D: Guía de entrevista.....	42

Entre las distintas problemáticas relacionadas a la salud mental, la depresión resalta como una de las más relevantes dentro de nuestro país debido a su gran prevalencia entre la población. Sobre esto, el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2013) ha encontrado que los episodios depresivos eran los trastornos mentales más frecuentes tanto en las ciudades de la costa, como de la sierra y la selva (con una frecuencia de 14.1%, 37.3% y 39,3% respectivamente). De forma más específica, se encontró también que este es el trastorno más común entre los adolescentes encuestados en Lima y Callao (12 a 17 años), siendo este más frecuente entre los participantes del sexo femenino.

Sobre esto, según el Ministerio de Salud del Perú (2018; citado por Sausa, 2018) el 70% de pacientes atendidos por los servicios de salud mental son niños y jóvenes menores de 18 años, siendo la depresión y la ansiedad uno de los trastornos más frecuentes registrados para este rango de edad. El MINSA también afirma que en general, el 20% de niños y adolescentes peruanos tiene problemas de salud mental vinculados principalmente a la depresión y ansiedad.

En cuanto al trastorno depresivo, este es definido por la Organización Mundial de la Salud (2019) como un trastorno mental caracterizado por afectar de forma negativa el modo en que una persona se siente, piensa y actúa. Los síntomas que más caracterizan a este trastorno según el DSM-5 son sentimientos prolongados de tristeza, la pérdida de placer en actividades que la persona antes disfrutaba, sentimientos de culpa, ideación suicida, entre otros. Estos deben durar al menos dos semanas para que se le pueda diagnosticar a alguien con trastorno depresivo (Parekh, 2017). Cabe resaltar que existen investigaciones que abordan a la depresión tanto como un trastorno como su sintomatología, ya que una persona puede sufrirla directamente o como producto de otro trastorno mental como la esquizofrenia (Mulholland y Cooper, 2000).

Si bien las personas que poseen familiares que han sufrido trastornos mentales son más propensos a sufrir depresión (Steinhausen & Winkler, 2000; citado por Leyva-Jiménez, Hernández-Juárez, Nava-Jiménez y López-Gaona, 2006), las personas que no poseen dicho factor aparentemente hereditario también son capaces de sufrir este trastorno bajo condiciones específicas. Entre los principales elementos desencadenantes de la depresión se encuentran los estresores psicosociales relacionados con el duelo, tales como la muerte o separación por rompimiento de un ser querido (Quintero, García, Jiménez Y Ortiz, 2004), las situaciones traumáticas y estresantes como el maltrato físico y el abuso sexual y el consumo excesivo de alcohol y otras drogas recreativas (Mayo Clinic, 2020). En base a esto, se tendría que las causas

de la depresión incluirían tanto factores biológicos (como el descenso de la dopamina) y afectivos (como la inestabilidad emocional) (Steinhausen & Winkler, 2000; citado por Leyva-Jiménez, Hernández-Juárez, Nava-Jiménez y López-Gaona, 2006).

Otro elemento importante a considerar respecto a las manifestaciones del trastorno depresivo es la edad de los sujetos afectados, sobre esto se encuentra que existen algunos síntomas que caracterizan al trastorno depresivo en los adolescentes de forma particular en comparación con la depresión en la etapa adulta, como por ejemplo la irritabilidad y la falta de ánimo como síntomas adicionales en la depresión adolescente (Weitkamp, Klein y Midgley, 2016), así como la falta de respeto hacia la autoridad (Mental Health America, 2019). Esto puede explicarse debido al funcionamiento cognitivo y emocional característico de este grupo etario ya que los adolescentes empiezan a preocuparse por problemas más abstractos como la búsqueda de la identidad y la autonomía (Weitkamp, Klein y Midgley, 2016) Otra explicación es la planteada por Bhatia y Bhatia (2007), quienes indican que los síntomas varían entre estados del desarrollo debido a que los niños y los adolescentes suelen tener dificultades para expresar e identificar sus estados de humor.

También se encuentra que los síntomas compartidos tanto por adolescentes como adultos presentan manifestaciones vinculadas al contexto en el que se encuentran estos últimos. Por ejemplo, dentro del contexto escolar el constante humor depresivo y la fatiga lleva a los alumnos a perder el interés en las actividades escolares y reducir su desempeño académico como consecuencia (Bhatia y Bhatia, 2007). Así también, es posible que los sujetos de esta edad puedan manifestar sus ideaciones suicidas y pensamientos tristes en productos como poemas y dibujos dentro de su actividad académica cotidiana (Mental Health America, 2019).

En función a los aspectos mencionados anteriormente, la adolescencia sería una etapa de elevada vulnerabilidad ante este trastorno, esto se evidencia en el incremento de su incidencia durante esta etapa de vida (Costello, Mustillo, Erkanli, Jeeler y Angold, 2003; citado por Cairns, Yap, Rossetto, Pilkington y Jorm, 2018) con una prevalencia del 7% en comparación con la del 6,2% de los adultos (INSM, 2013). Junto a esto, la depresión en la adolescencia podría ser considerada un problema mayor si se toma en cuenta el potencial de los patrones comportamentales desarrollados en esta etapa puedan persistir durante el resto de la vida de las personas e influenciar su salud mental a largo plazo (Beardslee, Gladstone y O'Connor, 2011).

Una de las principales causas de dicha vulnerabilidad podría estar vinculada a las diferentes transiciones que los adolescentes experimentan dentro de esta etapa de sus vidas (tales como los cambios en el cuerpo, la adquisición de nuevas responsabilidades y el despertar sexual), las cuales generan niveles altos de estrés en ellos, y como consecuencia aumenta el riesgo de sufrir un trastorno depresivo e ideaciones suicidas (Kelly, 2004; Resnick et al 1997). Más aún, Steinberg y colaboradores (2006, citados por Thapar, Collishaw, Pine y Thapar, 2012) hallaron que el cerebro adolescente, que en dicho momento se encuentra inmaduro, es más susceptible a las influencias genéticas y ambientales que llevan a la depresión, en comparación con los adultos.

Además de las mencionadas anteriormente, una de las transiciones más importantes es la crisis que suelen sufrir los adolescentes dentro de su etapa de desarrollo de acuerdo a Erikson, la cual es denominada como Identidad vs Confusión de Roles. De acuerdo a esta, el adolescente debe generar un sentido de *self* íntegro relacionado a quiénes son y cuál es el lugar que quieren ocupar en la sociedad. Aquellos adolescentes que no logren adoptar una identidad consistente se sentirán confundidos respecto a lo que quieren lograr en la vida, lo cual es una gran fuente de estrés para ellos (McLeod, 2013). Junto a lo anterior, la presencia de demandas irrealistas por parte de los padres, la escuela o los amigos también son un factor de riesgo relevante que hacen que el adolescente se sienta rechazado y decepcionado consigo mismo (Mental Health America, 2019).

El trastorno depresivo sufrido por ellos, a su vez, no debe ser confundido con una etapa de duelo sano. Algunas de las principales diferencias entre ambos se centran en que en el trastorno depresivo el sentimiento de tristeza es persistente, mientras que en el duelo el dolor se presenta en forma de “oleadas”, donde hay niveles elevados de tristeza cada cierto tiempo. Además, el sentimiento predominante en el duelo sano es el vacío y el deseo de reunirse con la persona fallecida, mientras que en la depresión predomina el ánimo deprimido y la ideación suicida (Losantos, 2019).

De esta forma, se estaría observando de distintos elementos tanto ambientales como biológicos y culturales, establecerían a la adolescencia como una etapa altamente vulnerable para el desarrollo del trastorno depresivo. Afortunadamente, existen tanto tratamientos psicológicos como farmacológicos que permiten prevenir y combatir la depresión. Por un lado, los tratamientos psico farmacológicos, se valen de distintos fármacos antidepresivos los cuales pueden ser clasificados en las siguientes categorías: Inhibidores de recaptación de serotonina y

adrenalina (SNRI), Inhibidores de recaptación selectivos de serotonina (SSRI), Antidepresivos tricíclicos (TCA), Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI), y Antidepresivos noradrenérgico y serotoninérgico específicos (NASSA). Si bien todos poseen efectos secundarios sobre el paciente como, los SNRIs y los SSRIs son los antidepresivos más prescritos a las personas que sufren de depresión (Nordqvist, 2018).

Por otra parte, los tratamientos psicológicos más comunes incluyen las terapias cognitivo-conductuales, la activación conductual, la terapia interpersonal y la terapia de solución de problemas (Cuijpers et al., 2009; citado por Vindel, Salguero, Wood, Dongil & Latorre, 2012). Entre todos estos el método cognitivo-conductual ha probado ser uno de los métodos más efectivos porque ayudan al paciente a reconocer sus pensamientos desadaptativos y a cambiar su forma de afrontar los problemas y percibir la realidad (Parekh, 2017).

Si bien ambos métodos muestran resultados similares en el corto plazo, distintas investigaciones han evidenciado que los tratamientos psicológicos presentan una tasa menor de abandonos y recaídas en el largo plazo (De Maat et al., 2006; citado por Vindel, Salguero, Wood, Dongil & Latorre, 2012). Adicionalmente se encuentra que un tratamiento que incluye una combinación de ambos tipos de terapia poseen un mayor efectividad en el corto plazo que el tratamiento psicológico por si solo, pero no en el largo plazo (Cuijpers, van Straten, Warmerdam, & Andersson, 2009; citado por Vindel, Salguero, Wood, Dongil & Latorre, 2012).

Es importante considerar que el éxito de estos tratamientos dependerá de la adhesión de los pacientes a estos y por ende del abordaje y percepción que tengan de los mismos (Dell'Osso et al. 2020). En función a esto, se resalta la importancia de conocer no sólo los datos objetivos acerca de la depresión sino también las creencias y actitudes de los sujetos afectados y no afectados respecto a estos tratamientos. Ambos elementos dependerán en gran parte de la percepción del trastorno y por ende es necesario entender de qué forma se estructura dicha percepción.

Para comprender esto, es importante primero aclarar el concepto de percepción. Sobre esto, dicho concepto es entendido como el proceso cognitivo a través del cual las personas procesan información referente a contextos, otras personas, objetos, etc., y a partir de esa información se genera un juicio o valor (Pastor, 2000; citado por García del Castillo, 2012). Estos juicios vendrían a ser las anteriormente mencionadas “creencias”, las cuales generan

“actitudes” en la persona o disposiciones a actuar de ciertas maneras ante determinados estímulos (Diez, 2017).

La percepción además se caracteriza por ser subjetiva, ya que se ve configurada por diversos elementos asociados al perceptor. En primer lugar están las metas que no sólo influyen en cómo la información es percibida sino también en el tipo de información que es buscada. Estas a su vez se dividen en tres categorías: a) probar o confirmar sus propios valores, b) comprender a la otra persona y las causas de su conducta, y c) determinar si la conducta de la otra persona se ajusta a alguna regla o norma o, por el contrario, la viola. En segundo lugar están las expectativas del perceptor que están basadas en estereotipos y conocimiento previamente adquirido. Luego está la familiaridad con un estímulo específico, que dependiendo de la situación facilitará o dificultará una percepción menos superficial de una persona u objeto.

Después está el valor del estímulo, que si tiene una connotación positiva para el perceptor puede generar un efecto halo que asocia más rasgos positivos a una persona, y el significado emotivo del estímulo, el cual depende del poder de este para proporcionarnos consecuencias positivas o negativas. El último aspecto que configura el proceso de la percepción es la experiencia, en el sentido que aquellos perceptores que poseen más experiencia con ciertos rasgos de las personas suelen realizar percepciones más acertadas (Morales, Moya, Pérez, Fernández, Fernández Dols, Huici, Páez & Marques, 1999).

Debido a que este proceso implica clasificar lo que percibimos por categorías y asignarles significado a dichas percepciones (Morales, et al. 1999), las creencias que uno puede tener acerca de una o más personas pueden generar actitudes negativas hacia ellas, especialmente si se cree que ellas poseen un atributo que se categoriza como merecedor de descrédito. A partir de esto, surgen los estigmas como consecuencia de la facilidad que estas creencias le otorgan a los perceptores para interactuar con otras personas sin necesidad de reflexiones más complejas (Goffman, 2012).

El estigma es definido como creencias que un perceptor tiene hacia un grupo de personas con características específicas y que generan rechazo, devaluación y discriminación hacia él, evitando que esas personas sean aceptadas totalmente por la sociedad (Goffman, 1963; citado por Brown, Conner, Copeland, Grote, Beach, Battista, & Reynolds, 2010). Los estigmas a su vez pueden dividirse en dos categorías: los públicos que son estigmas sostenidos por una sociedad a nivel general, y los internalizados que son las creencias que un grupo estigmatizado tiene de ellos mismos (Brown, et al., 2010).

En la actualidad los trastornos mentales son atributos comúnmente estigmatizados, siendo algunas de las creencias más comunes el pensar que las personas que sufren de dichos trastornos son capaces de controlarlos, por lo que el hecho de no poder hacerlo causa disgusto en aquellos que poseen dicha creencia. Esto en muchos casos lleva a que se caracterice a estas personas como gente infantil, incompetente y violenta (Wahl, 1995; citado por Brown, et al., 2010). Se ha encontrado también que el nivel de estigma personal hacia otras personas era mayor entre los hombres y las personas con menor educación, mayor estrés psicológico y menor conocimiento acerca de los trastornos mentales. También se encontró que aquellos que reportan haber tenido poco contacto con gente que sufría de algún trastorno mental presentaban un mayor nivel de estigmas hacia estas. (Griffiths, Christensen & Jorm, 2008).

De forma más específica, al trastorno depresivo se le suelen atribuir estigmas como el asumir que se trata de un problema subjetivo, en el sentido que la persona misma lo está imaginando y por lo tanto es responsable de su propia recuperación. Estos estigmas a su vez crean actitudes en las personas que se manifiestan en la preferencia por tratar de lidiar o aguantar los síntomas de la depresión a su manera antes que buscar ayuda profesional (Fornos, Seguin Mika, Bayles, Serrano, Jimenez & Villarreal, 2005).

Las personas que sufren de depresión también suelen asumir que las personas que los rodean reaccionarían de forma negativa ante sus intentos de buscar ayuda (Barney, Griffiths, Jorm & Christensen, 2006), temiendo a que los etiqueten como “locos” o “retrasados mentales” o que los profesionales actúen de forma condescendiente hacia ellos y rompan la confidencialidad entre ambos (Singh, Zaki & Farid, 2019). Se ha encontrado también que la gente de bajos recursos económicos o que habita en contextos rurales no busca ayuda debido a que suelen creer que no existen servicios de salud a los que puedan asistir o que estos los tratarán de forma descortés (Gulliver, Griffiths y Christensen, 2010).

Existen además ciertos estigmas asociados al género que perjudican la búsqueda de tratamiento para la sintomatología depresiva. Las expectativas de género tradicionales de los hombres consideran a la ira, la agresividad, la hostilidad y el no llorar como expresiones masculinas normales. Esto como consecuencia ocasiona que los hombres vean la posesión de la depresión como un signo de debilidad, lo cual a menudo hace que normalicen, subestimen o nieguen los síntomas que sufren. Por el otro lado, si bien el público general tiende a ver a la depresión como una extensión de sentimientos normales en lugar de un trastorno mental, se suele creer que los síntomas depresivos son más característicos de la población femenina que la masculina (Möller-Leimkühler, 2002).

Las creencias, tanto positivas como negativas, poseen un impacto considerable sobre la forma en la que una persona afronta la problemática de la depresión, tanto por parte de los que la sufren como los que no. Por el lado de aquellos adolescentes que no sufren (o perciben que no sufren) depresión, los estigmas crean en ellos la ilusión de invulnerabilidad que ocasiona que subestimen el trastorno, el aprendizaje sobre este y desestimen a aquellos que lo sufren. El desestimar el aprendizaje acerca de la depresión tiene además como consecuencia a largo plazo que los adolescentes no sepan a quién acudir por ayuda para ellos mismos o compañeros que sufren depresión (Gulliver, Griffiths y Christensen, 2010). Volviendo a los estigmas asociados con el género, aquellas personas que posean ideas tradicionales acerca de la masculinidad desalentarán a los adolescentes hombres de buscar ayuda ya que constantemente promueven los sentimientos de tristeza como símbolo de debilidad (Möller-Leimkühler, 2002).

Por otro lado, los estigmas reducen la motivación de aquellos que sufren depresión de buscar ayuda y hacen que se sientan avergonzados por poseer dicho trastorno. Esto es debido a que lo asocian con la pérdida de control, estatus y autonomía y la incompetencia y daño de la imagen pública (Möller-Leimkühler, 2002). Esto, sumado a la anteriormente mencionada desconfianza que se le tiene a los profesionales de salud ocasiona que los adolescentes que sufren de depresión prefieran “tratarse” a sí mismos con medios como drogas, alcohol y música (Fornos, Seguin Mika, Bayles, Serrano, Jimenez & Villarreal 2005)

En base a todo lo anteriormente expuesto, se busca en esta investigación explorar las creencias de los adolescentes de entre 15 a 17 años acerca de la depresión en la adolescencia.

Método

Con el fin de alcanzar el propósito planteado se realizó una investigación de carácter cualitativo, ya que se buscó comprender la perspectiva de un grupo (los adolescentes) acerca de un fenómeno específico (la depresión) así como profundizar en dicha perspectiva subjetiva.

Participantes

La presente investigación contó con la participación de 13 adolescentes de género masculino ($n=6$) y femenino ($n=7$) y de entre 15 y 17 años ($M=15.39$; $DE=0.74$), estudiantes de un colegio privado de Lima Metropolitana. El número de participantes fue definido en base al criterio de saturación, es decir, se siguió entrevistando participantes hasta que la información obtenida empezó a ser redundante y dejó de generar nuevas categorías, aún si responde a la pregunta de investigación (Sparkes & Smith, 2013). Todos los estudiantes eran de secundaria, y ninguno ha sido diagnosticado con trastorno depresivo o cualquier otro trastorno del humor. Esto es debido a que se buscó recopilar las creencias que los adolescentes que no han sufrido de trastorno depresivo poseen acerca de dicho trastorno y de los que sí lo sufren, dentro del contexto escolar.

El contacto con los participantes se hizo a través de sus padres o guardianes por la plataforma WhatsApp, a quienes se les explicó de forma resumida en qué consistía la investigación para que después ellos mismos se lo explicaran a sus hijos. Después de que el participante se ofreciera como voluntario, se le envió por correo electrónico el Consentimiento Informado para que él/ella y sus padres conocieran más a fondo el procedimiento de la entrevista y los principios éticos que se tomaron en cuenta, así como fichas de Datos Sociodemográficos.

En cuanto a los aspectos éticos se refiere, se le entregó a los adolescentes un documento de asentimientos informados mientras que a sus padres se les entregó consentimientos informados (Ver Apéndice A y B), con el fin de no sólo informarlos acerca del proceso de investigación sino también corroborar el carácter voluntario de la misma. También a través de esta se les garantizó confidencialidad, manteniendo sus datos personales anónimos y afirmando que los datos recopilados serán usados sólo con fines académicos.

Medición y técnicas de recolección de información

La información de los participantes fue recolectada a través de una entrevista semi-estructurada (Given, 2008), basada en la guía de entrevista creada a partir de diferentes ejes que permitieron explorar las creencias acerca de la depresión en la adolescencia (Ver Apéndice D). Específicamente, estos ejes son la Definición de la Depresión (que buscó explorar la concepción personal del alumno acerca del trastorno), los Síntomas (que buscó explorar cómo

el alumno percibe a las personas que sufren de depresión), las Causas (que buscó explorar las atribuciones del alumno acerca del origen de la depresión), la Población más propensa a sufrir depresión (que buscó explorar cuáles son las personas más vulnerables ante la depresión de acuerdo a las creencias del alumno), el Tratamiento (que buscó explorar las creencias del alumno acerca de cómo y dónde se puede tratar este trastorno) y Cómo cree que reaccionan las personas ante una persona deprimida (que buscó explorar si es que el alumno considera que las personas que sufren depresión son estigmatizadas en la sociedad).

Los ejes propuestos para la entrevista estuvieron basados en investigaciones realizadas anteriormente que también buscaban explorar las creencias de los adolescentes sobre este trastorno. Se decidió explorar las definiciones personales de los participantes acerca de la depresión así como los síntomas que asociaban al trastorno y los tratamientos que creían que existían para este en base a las investigaciones de Fornos, Seguin Mika, Bayles, Serrano, Jimenez y Villarreal (2005), y Singh, Zaki y Farid (2019), y las creencias acerca de las causas y factores de riesgo del trastorno al igual que Cairns, Yap, Rossetto, Pilkington y Jorm (2018). Por iniciativa propia se decidió agregar un eje que explora el estigma percibido de los adolescentes (si es que consideran que otras personas actúan de forma estigmatizante hacia una persona con depresión), con el fin de complementar a los anteriores que se concentran en hallar el nivel de estigma personal.

Procedimiento

La entrevista se llevó a cabo primero estableciendo una cita de antemano con cada participante por separado de acuerdo a su disponibilidad. Estas fueron de una sola sesión de aproximadamente una hora de duración. Antes de esta además se les envió por correo electrónico las fichas de Consentimiento Informado y Datos Sociodemográficos para que pudieran ser devueltas con los datos y firmas correspondientes. Finalmente, se realizó la entrevista siguiendo la guía anteriormente mencionada y realizando preguntas adicionales en torno a los ejes definidos si es que la situación lo ameritaba.

Análisis de datos

El análisis de datos se realizó primeramente transcribiendo cada entrevista en un documento de Word, el cual posteriormente fue procesado a través del programa Atlas.ti. (versión 8.4.25). Luego de esto, se llevó a cabo la codificación de la información siguiendo un análisis temático (Braun & Clarke, 2006), donde se identificó en los discursos de las personas citas que reflejaban creencias acerca de la depresión en la adolescencia. Después de haber codificado todas las entrevistas, se agruparon todos los códigos en diferentes categorías según los temas que compartan en común, los cuales fueron: definición, causas, tipo de síntomas,

variación por edad, factores de riesgo, tipos de tratamiento, tratamiento autónomo, lugar de apoyo, facilidad de acceso, reacción de la sociedad y explicación de dichas reacciones. Por último, se analizaron dichos temas para realizar una conclusión.

Este análisis temático está basado en el marco epistemológico del socioconstruccionismo, el cual se ha decidido adoptar ya que concibe a la realidad como una construcción basada en las relaciones interpersonales, que implica la creación y reconstrucción de narrativas, ideas que concuerdan con el concepto de creencias y estigmas planteado (Willig, 2013; citado por Nóbrega, Vera, Gutiérrez & Otiniano, 2018).

Para garantizar la validez de los datos recogidos, estos fueron evaluados tanto por el investigador como un moderador aparte. Además de lo anterior, se tomaron en cuenta diferentes criterios para mantener el rigor de las conclusiones de esta investigación. El primero de estos fue el de la concordancia, que se alcanzó al mantener la correspondencia entre los resultados obtenidos por las investigaciones tomadas como antecedentes y nuestros resultados. El segundo criterio tomado en cuenta fue el de transferibilidad, que hace referencia a que el fenómeno estudiado está íntimamente relacionado a un contexto, por lo que es posible hallar elementos en común y específicos con otros estudios. Para lograr este criterio se realizó una descripción exhaustiva acerca de los participantes y el contexto al que pertenecen en función a la información recolectada mediante la ficha de datos sociodemográficos (Anexo C). Otros criterios tomados en cuenta fueron el de endurecimiento de datos, el cual se alcanzó aplicando entrevistas semi-estructuradas a los participantes, y el de saturación, a través de la recolección de una cantidad pertinente de datos similares. Por último, se garantizó el criterio de neutralidad, referido a la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes, transcribiendo fielmente las entrevistas y contrastando los resultados encontrados con la literatura existente sobre el tema y otras investigaciones (Noreña, Alcaraz-Moreno, Rojas & Rebolledo-Malpica, 2012).

Resultados y discusión

A partir de las creencias de los participantes se crearon diferentes categorías donde se agruparon sus discursos de acuerdo a los temas que compartían en común. La primera de estas categorías se basó en la definición que los participantes otorgaron a la depresión de forma general. La mayoría de ellos denominó a la depresión como una enfermedad, vinculándola a temas mentales: “Ahmmm creo que es una enfermedad mental muy seria.” (Participante 12, 15 años, Femenino).

Digo eso porque una persona con depresión no es algo fácil, ¿no? Entonces como... lo relaciono con algo fuerte, con algo difícil como... una enfermedad que no... no lo puedes llevar. Que te está llevando poco a poco al fin de tu vida. (Participante 7, 15 años, Femenino)

También se definió a la depresión como una emoción o estado emocional que sufre una persona bajo ciertas condiciones: “Es una emoción que viene de la persona que se siente un poco mal.” (Participante 6, 15 años, Masculino); “Yo creo que es estar en un estado emocional complicado, o estar triste. No sé, eso es lo que creo.” (Participante 11, 16 años, Femenino).

Por último un participante refirió a la depresión como un trastorno, aunque al mismo tiempo afirmó que se trataba también de una enfermedad: “Bueno tengo entendido que es una enfermedad y es trastorno lo cual... te puede dar por distintos motivos: por golpes duros en la vida, por profunda tristeza.” (Participante 7, 15 años, Femenino).

Se observa que muy pocos participantes ofrecen una definición de la depresión acorde a la teoría existente, que la define como un trastorno. Sin embargo, a pesar de que no haya una concepción parecida, los participantes sí creen que la depresión se trata de un fenómeno complejo relacionado al ámbito mental y emocional de una persona, y posteriormente ofrecen información más detallada sobre él. Esto indicaría que su conocimiento no provendría de fuentes formales como enciclopedias o artículos académicos sino más casuales como los medios de comunicación y la interacción con otros jóvenes. Esto como consecuencia podría ocasionar que se perpetúen prejuicios entre los jóvenes ya que a ellos no llega información relevante o totalmente certera.

Además de brindar su propia definición de la depresión, los participantes nombraron las causas que creen que originan dicho trastorno. Algunos expresaron que son los eventos

trágicos lo que la ocasionan, tales como la agresión sufrida por la persona con depresión. Estos pueden darse tanto al interior del ámbito familiar: “Pueden haber casos personales como... digamos que hay violencia en su familia.” (Participante 1, 15 años, Masculino); así como fuera de ella: “Yo creo que es por las experiencias de uno mismo que ha vivido. Por ejemplo un adolescente puede sufrir depresión porque ha sufrido bullying en el colegio.” (Participante 8, 16 años, Femenino)

Relacionado a lo anterior, se identifica también a los comentarios negativos hechos hacia una persona como una posible causa de la depresión, las cuales pueden ser sobre su apariencia o forma de ser: “No no no, me refiero a gente que te hace sentir triste. Que hacen comentarios a tu persona que lógicamente no te gustan. Entonces por ahí vas teniendo una autoestima muy mala.” (Participante 13, 16 años, Femenino).

En las citas anteriores se observa la creencia de los participantes sobre malestar causado por el acoso y el bullying verbal como causa de la depresión. Esto podría ser explicado en función a que la víctima interioriza dichos comentarios, sintiendo vergüenza de él/ella mismo/a o de un aspecto de él/ella, ocasionándole fuertes estados emocionales negativos (Cunha, Matos, Faria y Zagalo, 2012).

Esto no se daría solamente en relaciones cara a cara sino también en las interacciones a través de las redes sociales entre adolescentes:

A veces los comentarios de las demás personas pueden influir en eso. También en las redes sociales hay algo que se llama body shaming que ha surgido hace poco el término, que es cuando empiezan a hablar del cuerpo de las personas. Y eso también influye. (Participante 3, 15 años, Femenino)

Según los participantes, también se tiene que los conflictos interpersonales entre una persona y sus familiares o seres queridos causarían la depresión, considerando que mientras más grande es el vínculo afectivo entre dos personas más fuerte es el dolor originado por dicho conflicto: “En la familia, se supone que la familia son gente que te apoyan. Aparte del lazo sanguíneo todo es, parental, que te apoyan. Pero cuando te agreden te sientes mal.” (Participante 10, 15 años, Masculino).

A través de lo anterior, se aprecia la relevancia que los participantes le otorgan a las figuras cercanas y los vínculos relacionales con ellas, a tal punto que la calidad de dichas

interacciones repercutiría en gran manera sobre su bienestar. Esto concuerda con la teoría sobre esta etapa de desarrollo, donde se valora tanto la intimidad obtenida de los amigos como el soporte emocional brindado por los padres (Allen, Porter, McFarland, McElhaney & Marsh, 2007).

El sufrimiento originado de una pérdida irreparable también fue nombrada como una causa de la depresión, ya sea de un familiar, otro ser querido o alguna posesión material: “O que perdió a un ser querido. O sufrió un accidente que no puede ser reparado.” (Participante 1, 15 años, Masculino); “En el caso de perder a un familiar cercano, a un amigo puede ser porque sientes un apoyo donde él hacia ti, porque sientes mucho cariño de él hacia ti... más que todo por afecto, por cariño, por amor.” (Participante 7, 15 años, Femenino).

A la hora de hablar de pérdidas y procesos de duelo como causas de la depresión, los participantes hacen solamente referencia a la muerte de familiares y seres queridos. En ningún momento se menciona alguno de los procesos de duelo asociados a la adolescencia como el duelo por el cuerpo infantil, el de rol de las identidades infantiles, y la de los padres de la infancia (Aberastury & Knobel, 1984). Esto indicaría que para los participantes relacionan más a la depresión con pérdidas de personas y objetos tangibles que con elementos más abstractos relacionados a la etapa de desarrollo.

Aparte de lo anteriormente mencionado, los participantes hacen referencia a elementos intangibles que no están relacionados a un evento o persona en particular, los cuales son el cansancio y la baja autoestima: “(...) mucho cansancio yo creo.” (Participante 4, 16 años, Masculino); “Porque... la persona que tiene baja autoestima no se quieren. Y ellos piensan otras cosas como cómo deshacerse de su vida por ejemplo que unas personas quieran suicidarse, otras desaparecerse para no verlas jamás o... caerse en depresión.” (Participante 6, 15 años, Masculino).

En general, se aprecia que los participantes principalmente atribuyen el origen de la depresión a las relaciones interpersonales de carácter negativo (tales como el bullying o las discusiones) y a la muerte de un ser querido. Esto reiteraría el gran valor que las relaciones interpersonales tienen para los adolescentes. Por otro lado, no se hizo mención en ningún momento sobre el historial familiar y el consumo de sustancias psicoactivas como causantes de la depresión, lo cual indicaría además que su conocimiento en este aspecto está limitado a lo que ellos creen que ocasiona más dolor.

Los participantes no sólo mencionaron causas sino también los síntomas que asociaban a la depresión. Ellos comparten la noción de que las personas con dicho trastorno experimentan estados emocionales negativos tales como la tristeza y la ira: “Personas tristes, con bajos estados de ánimo.” (Participante 1, 15 años, Masculino).

Los mismos participantes establecen una diferencia entre la depresión y la tristeza normal, y esta se basa en factores como la intensidad de las emociones negativas, así como su larga duración en el tiempo:

Para mí es cuando una persona tiene los sentimientos como la ira, la tristeza demasiado fuerte y por demasiado tiempo. No es el simple hecho de que una persona esté triste o decepcionada, es que ya tenga esos sentimientos acumulados por mucho tiempo. (Participante 13, 16 años, Femenino)

A partir de lo anterior, queda claro que los participantes son capaces de establecer una diferencia entre el trastorno depresivo y estados afectivos elevados pero normales. Esto prevendría que ellos generen prejuicios sobre la depresión relacionados a definirlo erróneamente como una mera emoción negativa.

También se cree que hay casos donde la tristeza y la ira no se presentan de forma regular sino a través de cambios de humor repentinos: “Pero yo tengo un amigo que siempre está solo y como que tiene unos problemas de carácter super raros, o sea que cambia de humor a cada rato.” (Participante 4, 16 años, Masculino). Esto último denota que algunos participantes sienten temor de interactuar con personas depresivas, ya que creen que la percibida inconsistencia y ambivalencia de sus estados emocionales imposibilitaría la comunicación con ellos. Esta idea causaría que las personas con depresión sean excluidas de su grupo de amigos.

Algunos participantes además afirman que la persona que sufre de depresión tiende a esconder dichos sentimientos de forma activa: “(...) tratan de ocultar esa parte de su vida para que no conozcan su verdadero estado emocional.” (Participante 2, 15 años, Femenino); o son incapaces de expresar cómo se siente a los demás: “Qué tipo fácilmente no se explica tipo llorando o con una cara triste. Sino que está muy dentro de ti que sientes como un vacío. Pero no se expresa tan fácilmente.” (Participante 4, 16 años, Masculino). La regulación de las emociones está relacionada con la capacidad de poder afrontar de forma adaptativa a los problemas y comunicarse adecuadamente, por lo que la falta de desarrollo de esta cualidad en

la etapa de la adolescencia estaría ligada a la manifestación de los síntomas anteriormente mencionados (Pérez Díaz y Guerra Morales, 2014).

Los participantes han expresado además la existencia de síntomas que afectan el ámbito relacional de una persona, llevando a que se aislen de su círculo social, dejando de hablar con los demás y/o evitando estar acompañado: “No quiere hablar con la gente, no quiere tener contacto con otras personas, no quiere salir.” (Participante 3, 15 años, Femenino). Este síntoma sería especialmente perceptible si la persona depresiva solía ser muy sociable antes de sufrir el trastorno: “No hablo, si solía ser sociable dejé de comunicarme, dejé de expresar lo que siento, que opino...” (Participante 7, 15 años, comunicación personal, Femenino).

Además, según los participantes este aislamiento a su vez podría ocasionar que la gente no quiera relacionarse con las personas que sufren de depresión: “Puede ser que sí porque muchas personas con depresión no son sociables entonces otros no van a querer hablar con esa persona o cosas así.” (Participante 13, 16 años, Femenino).

Las citas anteriores evidencian la creencia de los participantes de que la depresión sería más notable en algunas personas dependiendo de su grado de extroversión y sociabilidad previo al trastorno. Además, atribuyen a la depresión la capacidad de perjudicar las relaciones amicales y, como consecuencia, ocasionar la exclusión de las personas deprimidas por parte de sus conocidos. En general, y al igual que con las creencias relacionadas a las causas, las relaciones interpersonales poseen una gran relevancia dentro de la concepción de los adolescentes sobre los síntomas del trastorno.

Diversos participantes también nombraron síntomas conductuales de la depresión, según los cuales el trastorno causaría que las personas no sean tan activas como antes tanto en sus deberes como en actividades que realizaban por disfrute: “Ves cambios en su comportamiento comparándolo con el pasado o unos meses atrás, donde los veías súper alegres, contentos, con ganas de querer hacer algo por ejemplo en algún trabajo.” (Participante 3, 15 años, Femenino); “Dejar de hacer cosas que tú solías dejar de hacer antes.” (Participante 11, 16 años, Femenino).

Dentro de los cambios comportamentales se menciona también el empeoramiento de sus hábitos alimenticios: “Tal vez a primera impresión por su físico. Ehhh como dije puede ser la falta de comer, el que ya no quieras comer porque tienes otras prioridades en la mente, ya no tienes prioridad de comer.” (Participante 7, 15 años, comunicación personal, Femenino); así como de su cuidado personal, ya que tienen otras preocupaciones en su mente: “Como te digo

no tiene cuidado personal así que se puede ver despeinado, ojeroso, y dices “ah, creo que esa persona tiene depresión” porque no se preocupa de su apariencia.” (Participante 8, 16 años, Femenino).

Además de lo anteriormente mencionado, los participantes indican que en los casos más extremos las personas con depresión recurrirían a comportamientos peligrosos tales como el consumo de sustancias psicoactivas, la autolesión y al suicidio para escapar del malestar generado por el trastorno: “Y personas que tratan de buscar su solución en pastillas, en sus casas, comiendo, yo que sé.” (Participante 2, 15 años, Femenino); “Al sentir tanto peso encima, sobre soledad, sobre tristeza, sobre carga, una de las salidas puede ser suicidarte, puede ser caer en drogas.” (Participante 7, 15 años, comunicación personal, Femenino).

Se aprecia que los participantes atribuyen a las personas con depresión la pérdida de agencia sobre su propia conducta, así como la pérdida de motivación y disfrute de actividades que realizaban de forma regular. Cabe resaltar también que, a pesar de estar hablando sobre síntomas conductuales, el ámbito afectivo continúa siendo predominante en el discurso de los participantes.

Por otro lado, los participantes también creen que hay síntomas cognitivos que afectan el contenido de los pensamientos, llevando a que las personas con depresión asuman que es imposible superar el: “Cree que es algo inevitable, que no tiene salida.” (Participante 2, 15 años, Femenino); “Porque las personas se ‘psicosean’ a sí mismas, pensando que no van a salir de esa depresión, y no pueden.” (Participante 5, 17 años, comunicación personal, Masculino).

Según los participantes, la depresión no sólo afectaría el contenido del pensamiento sino también procesos cognitivos generando falta de concentración: “Porque lo veo o la veo pensativa, o que está en otro lado, como que no está concentrado en lo que debería estar.” (Participante 11, 16 años, Femenino); “En una clase también escuché que las personas que sufren de depresión tienen dificultades para concentrarse.” (Participante 13, 16 años, Femenino).

En base a estas citas se observa que los participantes caracterizan al trastorno depresivo como un círculo vicioso que imposibilita a una persona a recuperarse de ella y buscar ayuda debido a que se genera la creencia de que no hay solución para su malestar. Esta forma en la cual la depresión afecta la disposición de una persona de tomar pasos para recuperarse generaría entre los participantes una percepción de mayor amenaza ante la posible aparición de esta.

Un último grupo de síntomas mencionados fueron los relacionados a la dimensión biológica, donde se cree que la depresión afecta el ciclo del sueño, el hambre y la caída del cabello: “Poco a poco te vas dando cuenta de un desgaste físico, como lo que dije de que se les cae el cabello.” (Participante 2, 15 años, Femenino).

Por lo que estuve leyendo más o menos es tipo ser un poco inapetente, tipo dormir mucho. (...) es uno de los síntomas pero no es como que algo tan directo. Dormir mucho y bueno eso es lo que me acuerdo ahorita. (Participante 4, 16 años, Masculino).

A partir de lo anterior se evidencia que las creencias relacionadas a los síntomas biológicos no son muy sofisticadas. Se hace solamente referencia a elementos que afectan las actividades cotidianas y no a procesos o fenómenos que ocurren en el interior del cuerpo.

En general, en lo que respecta a la sintomatología de la depresión, se aprecia una vez más la predominancia de creencias relacionadas a síntomas afectivos y relacionales entre los participantes. El hecho de que ellos pudieran establecer una distinción entre la depresión y estados emocional normales indicaría que los participantes reconocen la gravedad del trastorno y la forma en que repercute en la vida normal de una persona. Los participantes además mencionaron algunos síntomas cognitivos, conductuales y biológicos que según ellos les ayudaría a identificar personas con depresión, lo cual implicaría que el conocimiento de los síntomas de los adolescentes proviene de lo que es más fácilmente perceptible a primera vista.

Relacionado a lo anterior, se les preguntó a los participantes si creían que la sintomatología variaba según la edad de la persona con depresión. La mayoría respondió que sí, argumentando que su nivel de madurez repercutiría en el grado en el que se manifiestan los diversos síntomas: “(...) si es una persona adulta, mayor, (...) es más inteligente... bueno es más maduro y sabe controlar. Y no va a cometer ninguna locura. Pero si es alguien mucho menor supongo que no piensa bien las cosas.” (Participante 9, 14 años, Masculino).

Se manifestó además que la madurez de la gente alrededor de la persona con depresión posee también una gran influencia, ya que los consejos que brindan y su forma de actuar ante una persona con el trastorno están determinados por ella.

Creo que una persona es diferente a un adolescente con un adulto, (...) También por los amigos con los que te estás rodeando, (...) Son de edades diferentes donde te puede

aconsejar cosas diferentes y tú las puedes recibir de diferente forma (Participante 7, 15 años, Femenino).

Se observa una especie de temor entre los participantes relacionado a los efectos que podría tener la depresión sobre su conducta, ya que atribuyen a la adolescencia la impulsividad, la imprudencia y la falta de reflexión sobre los actos. Sobre esto, se tendría que la contraposición de los adultos trabajadores como seres carentes de los defectos antes mencionados indicaría que los adolescentes suelen tener a estos como un “yo ideal” que aspiran ser en el futuro (Pedreira Massa, Blanco Rubio, Pérez-Chacón y Quirós, 2014). En base a esto, se estarían considerando a ellos mismos como una población más vulnerable ante este trastorno y con menor capacidad de afrontar dicha problemática.

Por otra parte, los participantes que no creían en la variación de síntomas según la edad argumentaban que este trastorno se manifestaba de la misma forma para todo el mundo de forma indiscriminada:

Porque yo conozco a algunas personas que sufren de depresión. Por ejemplo yo tengo una amiga que es de mi edad y un amigo que tiene tipo... 20 ahorita. Y como que los conozco a los dos bien y tienen casi lo mismo y... como que coinciden en muchas cosas. Es lo único que sé. (Participante 4, 16 años, Masculino)

De esta forma se indicaría que sólo existe un “tipo” de depresión: “Porque la depresión es depresión. Digamos que sólo existe un tipo de depresión. Eso creo.” (Participante 10, 15 años, Masculino).

Vinculado a esto, un participante expresó la creencia de que no es la edad de una persona la que determina qué síntomas manifiesta, sino otras características personales y/o los eventos que originaron el trastorno en primer lugar:

Más que la edad creo que es el tipo de persona. Por ejemplo si es una persona que ha vivido (...) ha muerto un familiar, su padre. Yo creo que tal vez depende del proceso que haya pasado, los efectos pueden llegar a ser diferentes... no creo que todos se desenvuelvan de la misma manera en la depresión (Participante 2, 15 años, Femenino).

Se observa en el discurso de los participantes que sí creen en la variación por edad la idea de que los adolescentes no son capaces de manejar la depresión si es que la sufrieran y que actuarían de forma inapropiada debido a esta, a diferencia de los adultos a los que les atribuyen más madurez e inteligencia. También se observa la creencia de que es la vida sedentaria de un adolescente o adulto mayor el que lo hace más vulnerable a la depresión, y que son las responsabilidades laborales elementos la que hacen a los adultos más resilientes a esta. Esta clase de creencias como consecuencia generarían prejuicios que harían creer a los adolescentes que no poseen grado alguno de madurez o responsabilidad sobre sus actos durante esta etapa de crecimiento.

En relación con esto último, los participantes han expresado sus creencias acerca de otros posibles factores de riesgo que hacen a una persona más vulnerable hacia la depresión. Se cree por ejemplo que las personas que son más sensibles emocionalmente tienden a caer más fácilmente en el trastorno porque los eventos negativos les afectan más: “Porque como son más sentimentales sienten más sus emociones. Una tristeza por ejemplo puede ser mayor a como una persona normal sentiría.” (Participante 1, 15 años, Masculino); “Porque... bueno también depende de la persona, ¿no? Hay personas que son más sensibles, hay personas que son más fuertes en sentido de carácter. Entonces a unas personas les puede afectar más que otras.” (Participante 7, 15 años, comunicación personal, Femenino).

En las creencias anteriormente mencionadas se observa que los participantes conciben a la sensibilidad emocional como una característica negativa. A diferencia de lo encontrado en la investigación de Möller-Leimkühler (2002), esta clase de creencias no estuvieron asociadas exclusivamente a los hombres, lo que indicaría que los participantes no poseen prejuicios basados en el género. Sin embargo, estas ideas como consecuencia pueden generar prejuicios que caractericen a la expresión de las emociones es un signo de debilidad y lleven a potenciales víctimas de la depresión a ocultar su malestar.

Uno de los participantes en particular manifestó la creencia de que la sensibilidad de una persona depende también del ambiente de crianza que tuvo durante su infancia.

Ehhh las personas... hay bueno...yo creo que es depende de cómo crecen. Si a una persona, un adolescente, un adulto los trataron de niños de una forma que les daban fuerza, les daban aliento, les decían “tú puedes” crecen más fuertes. Saben que ellos pueden lograr algo. Pero si algunas personas crecen en un hogar donde los menos

despreciaban, los maltrataban, crecen con una mentalidad donde dicen “No, yo puedo hacer algo, yo no puedo hacer esto. Soy inferior a otra persona (Participante 7, 15 años, Femenino).

Por otro lado, se indicó también que una baja autoestima aumenta las probabilidades de que una persona caiga en depresión: “Hmmm creo que sí. Depende si la persona tiene autoestima alta o baja.” (Participante 10, 15 años, Masculino).

Yo creo que sí porque si hay una persona por ejemplo que deja que los comentarios de los demás le influyan mucho o que piense que o sea, las demás personas tienen derecho a opinar cómo deberían ser o todo eso va a influir más en una persona más sensible (Participante 11, 16 años, Femenino).

Los participantes en general consideran al entorno temprano como un elemento central del fortalecimiento de la persona, y por lo tanto un factor de protección o riesgo ante la depresión. Esto concuerda con investigaciones previas hechas por Brown y Right (2003), quienes afirman que los adolescentes que no han logrado desarrollar un apego seguro presentan un mayor nivel de dificultades interpersonales y síntomas psicopatológicos. Además, si bien se reconoce a la adolescencia como un etapa de desarrollo distinta a la infancia (Papalia, Martorell y Duskin, 2017) los participantes creen que las repercusiones de los eventos experimentados en esta última en una persona son muy definitorias y difíciles de alterar en el futuro.

Un participante en particular manifestó la creencia de que sufrir una enfermedad puede facilitar que la persona entre en depresión: “Como digamos que también pueden tener una enfermedad.” (Participante 1, 15 años, Masculino).

Se observan creencias relacionadas al grado de sensibilidad emocional como factor de riesgo de la depresión, elemento que además estaría determinado por el ambiente de crianza que tuvo una persona durante su infancia. Junto a lo anterior, las relaciones interpersonales aumentarían el riesgo de que una persona sufra depresión si es que los comentarios negativos de otras personas llegan a afectar a alguien con baja autoestima. Por otro lado, en ningún momento se hizo mención a factores biológicos y al historial familiar, lo cual indicaría que

los participantes creen que la depresión es un trastorno que se origina por elementos externos y no internos que ya existían dentro de una persona.

De forma aparte, los participantes expresaron cuáles creen que son los elementos que ayudarían a sobreponerse a la depresión. Se indicó por ejemplo que son las buenas relaciones interpersonales las que mejor ayudan a una persona con depresión a recuperarse.

Porque... hmmm lo digo más por las experiencias que he vivido con mis amigos. Mi amiga, la que mencioné hace rato, ella sufre de eso, pero mi otro amigo también lo mismo. Pero la diferencia es que mi amiga está acompañada y como que siempre cuando le da unos pequeños bajones como que, o sea, como que va mejorando. Ella está mejorando poco a poco. Pero yo tengo un amigo que siempre está solo y como que tiene unos problemas de carácter super raros, o sea que cambia de humor a cada rato.
(Participante 4, 16 años, Masculino)

Una vez más los participantes realzan la relevancia de las interacciones con los padres y los amigos en esta etapa de desarrollo; sobre esto, si bien el deterioro de los vínculos afectivos puede causar la depresión, las relaciones positivas pueden por otro lado hacer que una persona se recupere del trastorno. Junto a lo anterior, se afirmó que la depresión puede ser tratada a través de terapias psicológicas y que este método sería incluso más efectivo que hablar con un conocido debido al carácter profesional de la atención.

En este caso ir al psicólogo, hablando con esa persona, con un psicólogo. Porque esa persona sabe del tema y esa persona te va a poder instruir mejor más que un amigo o el internet. Porque no sabes si la información es 100% confiable (Participante 3, 15 años, Femenino).

Bueno yo creo que el mejor tratamiento para la depresión es acudir a un psicólogo o a un psiquiatra porque son expertos en el tema, y son personas las cuales te entienden y puedes conversar y ellos pueden llegar... prácticamente te entienden sin que tú les digas todo lo que sientes y pueden trabajar contigo, con tu mente, con tu autoestima, cosas así (Participante 13, 16 años, Femenino).

Por último, los participantes comentaron sobre la existencia de tratamientos farmacológicos, aunque de forma vaga o general: “Puede ser las pastillas porque escuché que hay antidepresivos.” (Participante 1, 15 años, Masculino); “Medicación. A través de pastillas, esas cosas.” (Participante 3, 15 años, Femenino).

En las citas anteriores se evidencia el valor que los participantes le otorgan a la ayuda profesional como método para tratar la depresión, basándose en los amplios conocimientos que estos tiene del tema. Lo anterior indicaría que en la actualidad hay un mayor acceso a información relacionada a las terapias psicológicas y que estas mismas además son más accesibles al público adolescente.

Cabe resaltar que un participante en particular expresó que, si bien sabe que hay medicamentos para tratar la depresión, también cree que estos terminan siendo más perjudiciales para el participante porque se “siente presionado” a sentirse bien en un corto plazo:

O sea también sé que hay tipo medicamentos y eso pero nunca le he agarrado la buena onda a eso. Porque siento que los medicamentos son algo que te presionan. Como que (...) tipo (...) sí o sí te van a poner bien, te sientes presionado a estar bien (Participante 4, 16 años, Masculino).

En la creencia anterior se aprecia que el reconocimiento de los tratamientos farmacológicos como métodos de efectivos de recuperación entra en conflicto con la valoración que se le da a la identidad y autonomía dentro de la etapa de la adolescencia: siendo la búsqueda y la consolidación de la identidad un proceso importante para los adolescentes (Papalia, Martorell y Duskin, 2017), los elementos que “forzarían” a una persona a cambiar serían vistos de forma negativa. Esta clase de ideas podría causar que los jóvenes se abstengan de buscar ayuda profesional o referir a otros a ella, así como el grado de adherencia a los tratamientos (Dell'Osso, 2020).

Cuando se les preguntó a los participantes si creían que una persona podía recuperarse de la depresión por sí sola sin necesidad de los métodos anteriormente mencionados, la mayoría respondió que no porque el estado depresivo le impediría tomar acciones beneficiosas o tener la voluntad para hacerlo: “Si estás mal así como sentimentalmente no creo que sea muy fácil tomar decisiones buenas”. (Participante 12, 15 años, Femenino).

Como ya no te dan ganas de vivir ni de ti mismo entonces no te importa si tienes depresión o no (...) Es que, no, simplemente no te dan ganas de vivir ni hacer nada por ti. Entonces salir de la depresión tampoco te ha de importar. (Participante 8, 16 años, Femenino)

Es por dicha razón que los participantes creen que la persona depresiva necesita ayuda de una fuente externa para poder recuperarse: “Creo que no porque una persona que está en depresión ya está en un foso sin... pidiendo que alguien lo ayude. Así que necesitaría ayuda externa.” (Participante 11, 16 años, Femenino).

Porque, bueno, porque una persona que sufre de depresión muchísimas veces puede llegar a un punto en donde sabes que te sientes triste, que no estás bien con tu vida. Pero siempre es bueno tener la opinión de otra persona. Porque esa otra persona ve lo que tú no ves en ti. Entonces por ejemplo un especialista puede ayudarte en mejorar algunas cosas para que ya toda la depresión que tengas salga por completo (Participante 13, 16 años, Femenino).

Presentando así un pronóstico más negativo para las personas que no cuentan con soporte: “Entonces al ver que no tienes a nadie a quien acudir y sólo te tienes a ti mismo no... no es fácil darte cuenta de lo que haces mal, de lo que haces bien.” (Participante 7, 15 años, Femenino). Sin embargo, las personas que sí creían que una persona puede superar la depresión de forma autónoma afirmaban que es un proceso difícil que requiere mucho esfuerzo y voluntad: “Sí se lo propone y se esfuerza yo creo que sí(...) En que ya no quiere estar deprimido y quiere superar esa fase.” (Participante 1, 15 años, Masculino).

Incluso en ese contexto se menciona que la tarea se vería facilitada por ayuda externa: “Mmmm si lo hace solo estaría bien difícil. Pero si tiene apoyo emocional, apoyo de amigos, familia sí lo lograría fácilmente.” (Participante 10, 15 años, Masculino). Además, se observa en los participantes la valoración que se le da a las relaciones interpersonales en la recuperación de una persona con depresión, ya sea en forma de terapias psicológicas o en el mero soporte emocional que puede brindar un amigo o un familiar. Se evidencia además no sólo el poco conocimiento relacionado a los tratamientos farmacológicos sino la poca confianza que se tiene a estos ya que creen que estos fuerzan a la persona a cambiar. En base a esto, se ve de forma

constante la creencia de que para tratar la depresión se debe cambiar el entorno de una persona y no a ella misma. Esta clase de ideas podría ocasionar que los adolescentes descarten que alguien sufre de depresión simplemente porque su entorno no es desfavorable. Por otro lado, y tal y como lo indica Dell'Osso (2020), estas percepciones negativas y positivas repercutirían sobre la adhesión que tendrían los jóvenes con estos tratamientos, y como consecuencia también en su efectividad.

En relación a lo anterior, al preguntar cuáles creen que son los lugares a los que se puede acudir por ayuda varios participantes afirmaron que las personas con depresión pueden acudir a profesionales en hospitales, centros médicos y las áreas de psicología en el colegio: “¿En un centro médico? Probablemente. Y también en el colegio podría ser en el área de psicología también.” (Participante 3, 15 años, Femenino): “Ehm... *largo silencio* En un experto que sabe de psicología para hablar sobre el tema. De lo que está pasando con la persona.” (Participante 6, 15 años, Masculino).

También se expresó que aparte de contar con atención personalizada las personas con depresión pueden acudir a terapias grupales donde interactúan con otras personas que sufren de dicho trastorno, en comunidades de ayuda similares a Alcohólicos Anónimos: “Creo que deben de haber como que asociaciones, como también hay para el alcoholismo, para las drogas. También creo que puede haber para la depresión (...) Puede haber grupos donde son grandes donde puede ser que entre ellos se ayuden.” (Participante 7, 15 años, Femenino).

En general, si bien los participantes indicaron diferentes lugares a los que una persona con depresión puede acudir por ayuda, estos no poseen una idea concreta de cuáles son los lugares específicos a los que podrían ir, indicando que no poseen conocimiento formal al respecto. En caso de que ellos mismos o alguno de sus conocidos sufrieran de depresión, tendrían dificultad en hallar un lugar a donde pudieran recibir ayuda.

Otro grupo de participantes, además de lugares formales de atención, indicaron a la familia u otros seres queridos como fuentes de ayuda: “En la familia si es que le cuentas tus problemas.” (Participante 5, 17 años, Masculino); “Hmmm una persona para que consiga ayuda... tal vez podría ir con sus amigos, amigos de confianza.” (Participante 10, 15 años, Masculino).

En relación a ello, un participante afirmó que en el caso de los niños y adolescentes el círculo familiar sería una de las pocas fuentes de ayuda disponible para ellos, por lo que si sus

padres por alguna razón no les proporcionan apoyo no existiría otro lugar al cual puedan recurrir por ayuda:

Si es que sus padres no le prestan atención realmente no sé a dónde podría recurrir.

Porque los niños y los adolescentes por ejemplo no tienden a recurrir a los profesores por miedo a que digan que está exagerando o no sé (Participante 11, 16 años, Femenino).

También se mencionaron fuentes de apoyo inmateriales y más apegadas a las creencias personales, como la fe religiosa: “Hablando así directamente un psicólogo, pero yo soy cristiana así que honestamente creo que el que puede sanar las heridas de un corazón es Dios, con honestidad.” (Participante 2, 15 años, Femenino).

Si bien los participantes mencionaron distintos lugares a los que se puede acudir por ayuda para la depresión, se aprecia una desconfianza hacia adultos que no pertenecen al ámbito familiar, ya que se afirma que para los niños y adolescentes la intimidad es un aspecto importante en la recuperación del trastorno. De esta forma, se evidencia una vez más lo importantes que son la confianza y la intimidad en las relaciones interpersonales de los adolescentes (Papalia, Martorell y Duskin, 2017).

Al consultar sobre la facilidad de acceso a dichas fuentes de apoyo en el contexto peruano, los participantes manifestaron una percepción sobre la amabilidad y empatía de las personas peruanas, afirmando que las personas con depresión serían recibidas de forma más fácil por las fuentes de ayuda cercana como los familiares y amigos.

Porque hmmm no... o sea... yo creo que sí porque acá las personas no son tan recias por decir así. Acá el peruano es bien amigable. Entonces yo siento que si una persona sufre de depresión entonces varias personas se van a preocupar por que él o ella esté mejor. Por eso creo que acá... no es que los miran y no les importa. Sino que sienten más empatía. (Participante 8, 16 años, Femenino).

Otros por el contrario creen que hay una falta de empatía en la sociedad peruana a nivel general, lo que evitaría que los niños y adolescentes con depresión reciban la atención adecuada: “Porque los niños y los adolescentes por ejemplo no tienden a recurrir a los

profesores por miedo a que digan que está exagerando o no sé. Y no sé, creo que a otros familiares también.” (Participante 11, 16 años, Femenino); “O sea sin hablar de psicólogos o psiquiatras, muchas personas no son empáticas y no tienen mucha consideración con las personas que son depresivas.” (Participante 13, 16 años, Femenino).

Se resalta en el discurso de los participantes la creencia de que la accesibilidad a la ayuda para la depresión depende no sólo de la calidad del entorno de una persona, sino de la percepción que ésta tiene sobre ella. Es decir, aún si hay gente dispuesta a ayudar, la desconfianza de la persona depresiva misma podría evitar que reciba apoyo.

Por otro lado, al abordar el ámbito profesional, los participantes indican que hay más difusión y acceso a información sobre salud mental en la actualidad comparado con años anteriores: “Porque como que hoy en día tipo... conseguir un psicólogo o unas terapias están más a la mano (...) Como que más... como que... es más fácil hallar un psicólogo y unas terapias hoy en día.” (Participante 4, 16 años, Masculino).

Sin embargo, los elevados precios que los participantes creen que cobran los profesionales por sus consultas ocasionarían que a pesar del mayor conocimiento, las personas con depresión prefieran informarse a través de internet.

Sí, y tampoco creo que hay la facilidad para ir porque muchas personas no quieren gastar el dinero para ir (...) que ella no va, no quiere tratarse, lo busca en internet, cosas así por el tema del precio. Porque sus precios son muy elevados (Participante 3, 15 años, Femenino).

Se aprecia que a pesar del mayor conocimiento y familiaridad sobre las terapias psicológicas por parte de los participantes, estas son vistas como un privilegio debido a los altos costos económicos que seguir un tratamiento implicaría, razón por la cual recurrir a fuentes en línea es visto como una alternativa preferible. Esta clase de ideas podrían estar generando prejuicios que desestiman la ayuda profesional. Por otra parte, los participantes no hicieron referencia a una población o estrato social en específico al hablar de la falta de recursos económicos, por lo que se infiere que ellos perciben a los tratamientos psicológicos como poco accesibles a nivel general.

La falta de interés del estado por promover la toma de conciencia de la depresión también dificultaría que una persona con el trastorno pueda ser derivada a ayuda profesional:

“Yo creo que ahorita ehheh este tipo de enfermedad se pasa muy desapercibido y no, no creo que es algo principal en la sociedad peruana.” (Participante 7, 15 años, Femenino); “Yo creo que no porque el Perú no da muchas charlas sobre la depresión o estos tipos de trastornos.” (Participante 11, 16 años, Femenino).

Se observa la creencia de que el Estado debe asumir la responsabilidad de informar a la población sobre la problemática de la depresión y de tomar acciones al respecto para solucionarla. En ese sentido, los participantes expresan que dentro del contexto peruano este no es el caso y que no es posible aprender sobre la depresión a través de fuentes públicas. Esto iría ligado con el hecho de que el conocimiento de los participantes proviene mayormente de lo que han ido aprendiendo poco a poco de fuentes más informales y cotidianas.

Por último, algunos participantes creen que no hay suficientes profesionales o instituciones en el Perú que puedan cubrir la demanda de atención psicológica: “Ehm... creo que no porque bueno, todos... en Perú creo que existen pocos psicólogos o psiquiatras que se especialicen en eso.” (Participante 9, 14 años, Masculino); “No creo que haya muchas personas especializadas en ese tipo de enfermedades aquí.” (Participante 12, 15 años, Femenino).

En relación a ello, en general, se ve una ambivalencia en la percepción de los participantes sobre la empatía de las personas. Por un lado, hay creencias sobre la amabilidad inherente del peruano que lo haría dispuesto a ayudar a las personas con depresión, y por el otro se cree más bien que la sociedad es indiferente hacia esta clase de problemáticas. También se cree que si bien el avance de los medios digitales de comunicación han permitido una mayor difusión de fuentes de ayuda concretas, esta también ha causado que las personas con depresión prefieran informarse a través de internet.

Profundizando en el tema de la empatía y el interés de la sociedad, se les preguntó a los participantes acerca de cómo creen que esta reacciona ante las personas deprimidas. Algunos afirmaron que la sociedad suele mantenerse indiferente hacia ellas porque creen que es un problema que le concierne sólo a dichas personas: “A veces no le importa, que no es su problema y que la persona tiene que resolverlo por sí mismo.” (Participante 1, 15 años, Masculino).

Otros creen que la sociedad es indiferente porque no son conscientes de la gravedad de la depresión y las consecuencias que pueden traer a quienes la sufren: “Ahorita principalmente el Estado no le toma importancia. Para mí sí es muy importante porque es algo que afecta

mucho a la persona, pero no le toman mucha importancia, cosa que no debería.” (Participante 7, 15 años, Femenino).

Hmmm la mayoría de las personas toma la depresión, no solamente la sociedad peruana, pero en este caso toman la depresión como algo que solamente... solamente el estar triste, ¿no? Lo toman muy a la ligera, siempre muchas personas dicen “ah como estoy triste tengo depresión”, como que no lo toman muy en serio (Participante 13, 16 años, Femenino).

La gente con depresión también sería recibida con indiferencia porque los síntomas que sufren no son muy perceptibles a primera vista: “No, no. No creo que a las personas les importe que estén deprimidas porque no lo van a notar.” (Participante 5, 17 años, Masculino).

A la hora de expresar el estigma percibido en la sociedad, se observa una contraposición entre esta y las creencias propias de los participantes: mientras la sociedad subestima el trastorno depresivo y cree que es un problema que le concierne sólo a las personas que lo sufren, los participantes reconocen las graves repercusiones que la depresión tiene sobre uno mismo y creen que es un problema que debe ser resuelto con la ayuda de otros.

Sin embargo, algunos participantes creen que dicha indiferencia no predomina en toda la sociedad y que sí existen algunas personas que mostrarían preocupación por la gente con depresión: “Pero también hay personas que sí se preocupan por ellos y tratan de ayudarlos.” (Participante 1, 15 años, Masculino); “Pero también hay un grupo que más le toma importancia.” (Participante 7, 15 años, Femenino).

Un participante en particular expresó que la sociedad peruana en su mayoría es empática y está dispuesta a ayudarlas indiscriminadamente.

Yo creo que sí porque acá las personas no son tan recias por decir así. Acá el peruano es bien amigable. Entonces yo siento que si una persona sufre de depresión entonces varias personas se van a preocupar por que él o ella esté mejor. Por eso creo que acá... no es que los miran y no les importa. Sino que sienten más empatía (Participante 8, 16 años, Femenino).

Si bien los participantes consideran la indiferencia de la sociedad como una de las razones por las cuales las personas depresivas no logran conseguir ayuda, estos no poseen una visión generalizada de la sociedad, sino que consideran que sí hay personas que están dispuestas a ayudar, por lo que no todo es negativo a la hora de buscar ayuda.

Complementario al tema de la disposición para brindar ayuda, también se habló sobre reacciones más vinculadas a conductas hostiles que la sociedad adopta hacia las personas deprimidas. Un grupo de participantes por ejemplo cree que ellas son agredidas verbalmente por las personas a su alrededor como producto de la ignorancia: “Ahmm no sé, siento que se burlan de eso como si fuera algo ‘fácil’.” (Participante 12, 15 años, Femenino).

Creo que a veces las personas no miden lo que dicen y sin importar que esté deprimido o no solamente dicen lo que piensan y a veces los comentarios pueden ser bastante hirientes. Y si es que la persona ya tenía depresión se sienta peor. (Participante 3, 15 años, Femenino).

Aunque en algunos casos dichas agresiones también serían hechas estando conscientes de la naturaleza de la depresión: “Pero tal vez hay personas que se aprovechan de ese momento y tratan de hundirla aún más.” (Participante 2, 15 años, Femenino); “Porque si una persona está deprimida las otras personas se aprovecharán de la persona, a la persona y le podrán molestarle o criticarle.” (Participante 6, 15 años, Masculino).

Se ve entre las creencias de los participantes que ellos consideran que la depresión en general es vista por su entorno como una “característica merecedora” de desprecio, razón por la cual la discriminación es incluso ejercida por gente que posee considerable conocimiento acerca del trastorno. En base a lo anterior, para los participantes informar a la población sobre la problemática de la depresión no sería suficiente para ayudar a las personas que lo sufren sino también sería necesario cambiar la actitud de las personas hacia esta.

Otros participantes manifiestan la creencia de que la sociedad genera prejuicios cuando descubre que una persona tiene depresión, asumiendo cosas negativas sobre ella: “Creo que una persona que tiene depresión se puede crear una mala imagen en su grupo de las personas con las que frecuentaba. Pueden generar prejuicios sobre ella. Y puede ser que muchas veces no sea lo cierto.” (Participante 7, 15 años, Femenino); “Creo que cuando alguien ve una persona

y ya sabe que tiene depresión creo que sí asumen cosas negativas.” (Participante 11, 16 años, Femenino).

Algunos de estos prejuicios giran en torno a atribuir a las personas con depresión conductas como la drogadicción y la autolesión: “Bastante personas asumen... cuando alguien dice “depresión” piensa que está metida en el tema de drogadicción, adicciones más que todo.” (Participante 3, 15 años, Femenino).

Creo que o sea... realmente no sé como contestar esta pregunta pero o sea, la mayoría piensa que los depresivos por ejemplo se cortan las venas o se hacen daño a ellos mismos para dejar de sufrir dolor o para liberarse de algo. (Participante 11, 16 años, Femenino).

Los participantes perciben en su entorno un alto nivel de prejuicios hacia las personas con depresión, creyendo que las gente a su alrededor genera ideas erróneas sobre el trastorno al presenciar la manifestación de sus síntomas. Además, la desinformación y los prejuicios hacia las personas depresivas estarían tan normalizados que el sólo saber que una persona tiene depresión causaría que se generen prejuicios hacia ella. Esto indicaría que, desde las perspectiva de los participantes, en lugar de confirmar la veracidad de sus creencias acerca de la depresión la gente prefiere recurrir a sus prejuicios para “clasificar” a las personas con depresión (Morales et al., 1999)

Relacionado a lo anterior, se le preguntó a los participantes acerca de cuáles creen que son los motivos por los cuales la sociedad reacciona de las formas anteriormente mencionadas. Para algunos, los prejuicios no sólo son una reacción sino también una explicación de por qué la sociedad actúa de forma negativa hacia la gente con depresión: “Porque cuando hablan de esto, normalmente lo que hacen en general es relacionarlo con las adicciones, ¿no? También en el mismo colegio lo relacionan. Entonces nos da como que un estigma, una idea errónea que no es.” (Participante 3, 15 años, Femenino).

Una fuente de prejuicio es que en el diálogo con las personas con depresión van a predominar los temas negativos, lo cual puede generar rechazo: “Porque hay gente que es como que piensa que por ser depresivo como que... te... no puedes tener una conversación con esa persona porque va a estar triste, siempre te va a hablar de cosas tristes.” (Participante 4, 16 años, Masculino).

También indicaron que sería común en la sociedad asumir que las personas con depresión en realidad sólo están fingiendo sufrir el trastorno para llamar la atención: “Porque así como pensaron que la persona sólo quiere llamar la atención pueden pensar que sólo está jugando o es sólo una broma.” (Participante 1, 15 años, Masculino); “Ehmm sí porque a veces las demás personas piensan que la persona quiere llamar la atención solo porque dice que está deprimida. Y eso va cayendo mal o algo así.” (Participante 9, 14 años, Masculino).

De acuerdo a los participantes algunos de estos estereotipos negativos serían fomentados por los medios de comunicación:

Creo que o sea yo he visto que en programas de televisión, por ejemplo en “La Rosa de Guadalupe” siempre exageran cosas así. Por ejemplo una persona que está deprimida se corta las venas de frente. Y por eso que al ver varios programas de televisión se desinforman y piensan que todos los que padecen de esta enfermedad tienden a hacer estas cosas. (Participante 11, 16 años, Femenino).

La apatía que predomina en la sociedad fue otra explicación ofrecida, la cual causaría que las personas no se preocupen por los problemas de los demás independientemente de si tienen depresión o no: “Porque las personas hacen su vida y casi ni les importa la vida de las otras personas.” (Participante 5, 17 años, Masculino); “...porque uno piensa que tiene que... no es nuestra vida sino la vida es de él y él tiene que hacer su arreglo.” (Participante 6, 15 años, Masculino).

Algunos participantes expresaron la creencia de que dicha apatía se deriva de la discriminación en la sociedad: “Si es un familiar sí. Pero si es una persona desconocida creo que no le ayudaría mucho. No reaccionarían (...) Yo creo que porque aún existe el clasismo, en cierta manera.” (Participante 8, 16 años, Femenino); “Porque los peruanos como que... No tienen la capacidad de incluir (...) De inclusión. Para incluir a las personas diferentes.” (Participante 10, 15 años, Masculino).

Se aprecia que al igual que en la investigación previamente realizada por Wahl (1995), los participantes concluyen que la conducta negativa de la sociedad se deriva de la idea que la depresión no es un problema “real”, que es algo que la persona que lo sufre lo ha inventado exagerando su malestar emocional o con el fin de llamar la atención. En la sociedad también predominaría la idea que la depresión es un problema que le concierne sólo a la persona que lo

sufre, por lo que no ser capaz de recuperarse de forma autónoma sería mal visto a menos que se trate de un familiar o persona querida.

También se cree que el gobierno no le presta importancia a la problemática de la depresión por culpa de la corrupción: los políticos están más interesados en su ganancia personal que en el bienestar de la población.

Aparte que el gobierno ahorita hay mucha intolerancia hacia otras personas. Tal vez la corrupción. Lo único que piensan los gobernantes es tener más poder sobre nosotros, tener más dinero. No tan sólo en depresión sino en cualquier cosa no le toman importancia, en cualquier enfermedad (Participante 7, 15 años, Femenino).

En la creencia anterior se evidencia una vez más la responsabilidad que los participantes le atribuyen al gobierno de velar por el bienestar de las personas con trastornos mentales. La prevalencia de la corrupción en el gobierno, como consecuencia, sería otro factor que obstaculiza el apoyo hacia las personas depresivas ya que se cree que la mayoría de los políticos son apáticos y egoístas.

Otro factor que ocasionarían las reacciones negativas hacia la depresión sería el hecho de que algunos de sus síntomas no son exclusivos de este trastorno mental y por lo tanto es difícil identificarlo a primera vista: “Tipo... si duermes mucho, hay gente que duerme mucho porque le gusta dormir y hay gente que es uno de los síntomas de depresión. O sea dormir mucho no te dice si tienes depresión o no.” (Participante 4, 16 años, Masculino); “Es que al menos para mí no puedo detectar a primera vista que una persona tenga depresión, porque tú puedes aparentar estar triste pero no necesariamente tienes depresión. Entonces no sabría como identificarlo.” (Participante 13, 16 años, Femenino).

Los participantes también afirmaron que las personas mayores asumen que algunos de los síntomas experimentados por adolescentes depresivos son sólo producto de la tristeza y melancolía que creen que caracteriza a su etapa de desarrollo, llevando a normalizar las conductas producidas por este trastorno.

Y sobre todo es cuando son adolescentes ehgg digamos, ellos dicen “Ah no, es un adolescente. Es una etapa de su vida. Ya va a pasar, ya la va a superar”. Entonces como que no le toman mucha importancia (...) Porque los adolescentes para la sociedad son

los “rebeldes”, los que tienen esa etapa y cambian y por eso se rebelan, tienen etapas donde sufre, donde ríen, hacen locuras. (Participante 8, 16 años, Femenino).

Los participantes creen por otro lado que la imposibilidad de distinguir los síntomas externos de la depresión de otros fenómenos dificultaría saber que una persona sufre del trastorno y pueda ser derivada a ayuda profesional. Esto indicaría que si bien hay personas que están dispuestas a ayudar a las personas depresivas, la falta de información que les ayude a detectar el trastorno evitaría que puedan hacerlo.

La falta de educación impartida por los colegios sería otra causa de las reacciones negativas, ya que los participantes creen que ellos no enseñan sobre la depresión a sus alumnos o no lo hacen de una manera adecuada: “Bueno pues no lo sé. Es sólo que con el tiempo las personas han ido aprendiendo sobre la depresión y como los han educado sobre eso, no muy bien obviamente.” (Participante 12, 15 años, Femenino).

Porque a muchas personas no les enseñan la real definición de la depresión. Y no solo me refiero a los profesionales sino que los colegios deberían enseñar en esa parte. Porque siempre en la vida vas a encontrar alguien que tenga la depresión o algo similar, y la sociedad sin tener esa educación no van a saber cómo ayudarlo (Participante 13, 16 años, Femenino).

Junto a la escuela, también se atribuye las reacciones hacia las personas con depresión a lo aprendido en casa:

Creo que ya es algo de cultura. Algo que de lo que se crían, algo con lo que se crían. Así y... bueno también lo puedes notar alrededor ¿no? Si tu ves una persona con la que está criticando a otra persona y crees así puede ser que en un futuro tú lo veas normal y lo practiques con otra persona (Participante 7, 15 años, Femenino).

En base a lo anterior, se ve que los participantes creen que los prejuicios se reproducen en gran medida en su entorno, cosa que atribuyen a la formación que las personas reciben en sus primeras etapas de vida tanto en el entorno escolar como en el familiar. Esto, a su vez, indicaría que los participantes perciben a la discriminación hacia las personas con depresión

como un problema muy arraigado en la cultura del Perú, por lo que no sería una problemática fácil de resolver.

A lo largo de la investigación se encontró que los adolescentes poseen una noción de la depresión cercana a la teoría, proveniente en su mayoría de fuentes informales como el internet, los amigos y lo que ellos ven a primera vista. Relacionado a lo anterior, la mayoría de los participantes concuerda en que la depresión se trata de un fenómeno que afecta diferentes aspectos del ser humano y que es una problemática relevante para la gente de su edad. Además, la mayoría de dichas creencias giraron alrededor de las relaciones interpersonales, lo cual tiene coherencia con la relevancia de las mismas dentro de esta etapa de desarrollo.

Sin embargo, existen además un considerable número de ideas erróneas entre las creencias de los participantes que pueden ocasionar la perpetuación de prejuicios, lo cual dificultaría que ellos puedan brindar ayuda a personas depresivas o que ellos mismos puedan encontrarla si llegaran a padecer el trastorno. Al mismo tiempo, los participantes perciben en su entorno un alto nivel de prejuicios y actitudes negativas hacia la depresión y las personas que lo sufren.

Las limitaciones encontradas a lo largo del proceso de investigación fue que las entrevistas llevadas a cabo de forma virtual evitaron el contacto cara a cara con los participantes. Debido a ello, no se pudo contar con información referida al lenguaje no verbal que pudo haber enriquecido los resultados de la investigación. Además, si bien desde un principio se pretendió recopilar una perspectiva general de los adolescentes, este objetivo pudo haberse visto limitado por el hecho de que el contacto con los participantes se hizo a cabo a través de personas cercanas al investigador.

Para futuras investigaciones, se recomienda replicar la investigación cuando las circunstancias permitan realizar entrevistas de forma presencial, así como diversificar la muestra de adolescentes para obtener una perspectiva más general sobre el trastorno.

Bibliografía

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1984). Adolescencia normal.
- Allen, J. P., Porter, M., McFarland, C., McElhaney, K. B., & Marsh, P. (2007). The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child development*, 78(4), 1222-1239.
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 51-54.
- Beardslee WR, Gladstone TR, Wright EJ, Cooper AB. A family based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*. 2003;112(2): e119-e131.
- Bhatia, S. K., & Bhatia, S. C. (2007). Childhood and adolescent depression. *Depression*, 100, 53.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brown, C., Conner, K. O., Copeland, V. C., Grote, N., Beach, S., Battista, D., & Reynolds III, C. F. (2010). Depression stigma, race, and treatment seeking behavior and attitudes. *Journal of community psychology*, 38(3), 350-368.
- Brown, L. S., & Wright, J. (2003). The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(4), 351-367.
- Cairns, K. E., Yap, M. B. H., Rossetto, A., Pilkington, P. D., & Jorm, A. F. (2018). *Exploring adolescents' causal beliefs about depression: a qualitative study with implications for prevention* *Mental Health & Prevention*. doi:10.1016/j.mhp.2018.09.005
- Cunha, M., Matos, M., Faria, D., & Zagalo, S. (2012). Shame memories and psychopathology in adolescence: The mediator effect of shame. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 203-218.

- Dell'Osso B., Albert U., Carrà G., Pompili M., Nanni M.G., Pasquini M., Poloni N., Raballo A., Sambataro F., Serafini G., Viganò C., Demyttenaere K., McIntyre R.S. & Fiorillo A. (2020). *How to improve adherence to antidepressant treatments in patients with major depression: a psychoeducational consensus checklist*. *Ann Gen Psychiatry*. doi: 10.1186/s12991-020-00306-2.
- Fornos, L. B., Seguin Mika, V., Bayles, B., Serrano, A. C., Jimenez, R. L., & Villarreal, R. (2005). *A qualitative study of Mexican American adolescents and depression*. *Journal of School Health*, 75(5), 162–170. doi:10.1111/j.1746-1561.2005.00017.x
- García del Castillo, J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions*, 12(2), 133-151.
- Given, L. M. (2008). *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi:10.4135/9781412963909
- Goffman, E. (2012). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu ediciones.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113-122.
- Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2008). Predictors of depression stigma. *BMC psychiatry*, 8(1), 25.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. (2013). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012* (Volumen XXIX)
- Kelly, A.E., Schochet, T. and Landry, C.F. (2004). Risk taking and novelty seeking in adolescence. *The Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 27-32.
- Losantos, S. (2019). *Diferencias entre el duelo y la depresión*. España: Fundación Mario Losantos del Campo. Recuperado de: <https://www.fundacionmlc.org/diferencias-entre-el-duelo-y-la-depresion/>
- Mayo Clinic. (2020). *Depresión (trastorno depresivo mayor)*. EE.UU.: Mayo Foundation for Medical Education and Research. Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
- McLeod, S. A. (2013). *Erik Erikson | Psychosocial Stages - Simply Psychology*. Recuperado de: <http://www.simplypsychology.org/Erik-Erikson.html>

- MHA. (2019). *Depression in Teens*. Virginia, EE.UU.: Mental Health America. Recuperado de: <https://www.mentalhealthamerica.net/conditions/depression-teens>
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71(1-3), p. 1–9. doi:10.1016/s0165-0327(01)00379-2
- Morales, F., et al. (1999). *Psicología Social*. Madrid, España: McGraw Hill.
- Mulholland, C., & Cooper, S. (2000). The symptom of depression in schizophrenia and its management. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(3), 169-177.
- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274.
- Nóblega, M., Vera, A., Gutiérrez, G. & Otiniano, F. (2018) *Criterios Homologados de Investigación en Psicología (CHIP) Investigaciones Cualitativas*. Lima: Comisión de Investigación del Departamento de Psicología de la PUCP.
- Nordqvist, C. (16 de Febrero de 2018). All about antidepressants. *Medical News Today*. Recuperado de: <https://www.medicalnewstoday.com/kc/antidepressants-work-248320>
- OMS. (2019). *Depresión*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Papalia, D. E., Martorell, G., & Duskin, R. (2017). *Desarrollo humano*. McGraw Hill Education.
- Parekh, R. (2017). *What is Depression?* Washington DC, EE.UU.: American Psychiatric Association. Recuperado de: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
- Pedreira Massa, J. L., Blanco Rubio, V., Pérez-Chacón, M. M., & Quirós, S. (2014). *Psicopatología en la adolescencia. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(61), 3612–3621. doi:10.1016/s0304-5412(14)70821-2
- Pérez Díaz, Y., & Guerra Morales, V. M. (2014). La regulación emocional y su implicación en la salud del adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(3), 368-375.
- Quintero, M. A., Garcia, C. C., Jiménez, V. L. G., & Ortiz, T. M. L. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3(1), 17-26.
- Sausa, M. (3 de Febrero de 2018). Menores ocupan el 70% de atenciones en salud mental [INFOGRAFÍA]. *Perú21*. Recuperado de: <https://peru21.pe/peru/cifras-salud-mental-peru-menores-ocupan-70-atenciones-infografia-394376-noticia/>

- Singh, S., Zaki, R. A., & Farid, N. D. N. (2019). A systematic review of depression literacy: Knowledge, help-seeking and stigmatising attitudes among adolescents. *Journal of Adolescence*, 74, 154-172.
<http://dx.doi.org.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/10.1016/j.adolescence.2019.06.004>
- Sparkes, A. C., & Smith, B. (2013). *Qualitative research methods in sport, exercise and health: From process to product*. Routledge.
- Steinberg, L., et al. (2006). The study of developmental psychopathology in adolescence: integrating affective neuroscience with the study of context. *Developmental Psychopathology*, 2, p. 710-741
- Steinhausen H.C. & Winkler M.C. (2000). Adolescent self-rated depressive symptoms in a Swiss epidemiological study. *J Youth Adolescence*; 29(4):427-440.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), 1056-1067.
- Vindel, A. C., Salguero, J. M., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del psicólogo*, 33(1), 2-11.
- Weitkamp, K., Klein, E., & Midgley, N. (2016). The Experience of Depression: A Qualitative Study of Adolescents With Depression Entering Psychotherapy. *Global Qualitative Nursing Research*. <https://doi.org/10.1177/2333393616649548>.

Anexos

Apéndice A

CONSENTIMIENTO INFORMADO (Alumnos)

El objetivo del presente consentimiento informado es presentarle a los participantes una explicación acerca de la investigación de la que están formando parte, su rol en la misma y los aspectos éticos de esta.

La presente investigación es llevada a cabo por el alumno Esteban Antonio Arias Opazo de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), como parte del curso de Seminario de Tesis 2 de la Facultad de Psicología a cargo del profesor Juan Núñez del Prado. El objetivo de la misma es conocer las creencias acerca de la depresión.

Si accede a participar, se le pedirá que responda a distintas preguntas como parte de una entrevista de entre 30 minutos y 1 hora de duración. Esta se llevará a cabo a través de medios de comunicación de videollamadas (Zoom, Skype, WhatsApp y similares).

Con el fin de facilitar el proceso de análisis, el audio de dicha entrevista será grabada, el cual será eliminado al finalizar el proyecto. Su participación es completamente voluntaria, por lo que tiene derecho a abstenerse de formar parte de la investigación y/o detener la entrevista en medio de esta. Toda la información proporcionada por usted será confidencial, manteniendo sus datos personales en secreto para proteger su identidad y privacidad. Además, se garantiza que los datos obtenidos serán utilizados únicamente con fines académicos y pedagógicos, y no serán compartidos con personas no involucradas en el estudio. Tenga en consideración, sin embargo, que por temas de seguridad los portales de videollamada pueden acceder a estos según tal y como lo establecen sus términos y condiciones.

Para más información, puede referirse al correo: a20140882@pucp.pe

Yo acepto de participar voluntariamente de esta entrevista con fines académicos, llevada a cabo por el alumno Esteban Antonio Arias Opazo.

He sido informado de que el objetivo de esta entrevista es explorar las creencias acerca de la depresión en la adolescencia. También he sido informado de que tendré que responder preguntas durante la entrevista, la cual tomará entre 30 minutos y 1 hora de mi tiempo.

He sido informado de que mi participación es completamente voluntaria y de que puedo detener la entrevista en cualquier momento. Además me han informado de que dicha entrevista será llevada a cabo a través de una videollamada y grabada en audio para facilitar la recopilación y análisis de la información. También he sido informado de que se utilizarán los datos de manera confidencial, manteniendo mi identidad en el anonimato y de que estos serán destruidos después de la finalización de la investigación.

Por último, he sido informado de que si poseo alguna duda acerca del proceso o de mi participación puedo contactar al siguiente correo: a20140882@pucp.pe

.....
Nombre del Investigador

.....
Firma del Investigador

.....
Nombre del Participante

.....
Firma del Participante

.....
Fecha

Apéndice B

CONSENTIMIENTO INFORMADO (Padres)

El objetivo del presente consentimiento informado es presentarle a los padres una explicación acerca de la investigación de la que están formando parte sus hijo/hija, su rol en la misma y los aspectos éticos de esta.

La presente investigación es llevada a cabo por el alumno Esteban Antonio Arias Opazo de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), como parte del curso de Seminario de Tesis 2 de la Facultad de Psicología a cargo del profesor Juan Núñez del Prado. El objetivo de la misma es conocer las creencias acerca de la depresión.

Si permite a su hijo/hija a participar, se le pedirá que responda a distintas preguntas como parte de una entrevista de entre 30 minutos y 1 hora de duración. Esta será se llevará a cabo a través de medios de comunicación de videollamadas (Zoom, Skype, WhatsApp y similares).

Con el fin de facilitar el proceso de análisis, el audio de dicha entrevista será grabado, el cual será eliminado al finalizar el proyecto. Su participación es completamente voluntaria, por lo que él/ella tiene derecho a abstenerse de formar parte de la investigación y/o detener la entrevista en medio de esta.

Toda la información proporcionada por su hijo/hija será confidencial, manteniendo sus datos personales en secreto para proteger su identidad y privacidad. Además, se garantiza que los datos obtenidos serán utilizados únicamente con fines académicos y pedagógicos, y no serán compartidos con personas no involucradas en el estudio. Tenga en consideración, sin embargo, que por temas de seguridad los portales de videollamada pueden acceder a estos según tal y como lo establecen sus términos y condiciones.

Para más información, puede referirse al correo: a20140882@pucp.pe

Yo acepto dejar a mi hijo/hija participar voluntariamente de esta entrevista con fines académicos, llevada a cabo por el alumno Esteban Antonio Arias Opazo.

He sido informado de que el objetivo de esta entrevista es explorar las creencias acerca de la depresión en la adolescencia. También he sido informado de que mi hijo/hija tendrá que responder preguntas durante la entrevista, la cual tomará entre 30 minutos y 1 hora de su tiempo.

He sido informado de que su participación es completamente voluntaria y de que él/ella puede detener la entrevista en cualquier momento. Además me han informado de que dicha entrevista será llevada a cabo a través de a través de videollamada y grabada en audio para facilitar la recopilación y análisis de la información. También he sido informado de que se utilizarán los datos de manera confidencial, manteniendo su identidad en el anonimato y de que estos serán destruidos después de la finalización de la investigación.

Por último, he sido informado de que si poseo alguna duda acerca del proceso o de su participación puedo contactar al siguiente correo: a20140882@pucp.pe

Nombre del Investigador

Firma del Investigador

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Apéndice C**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Edad:

Sexo:

Grado escolar:

Lugar de procedencia: Lima_ Provincia_ Otro país (especificar)_

¿Conoces a alguna persona con trastorno del humor? Ej. Depresión, ansiedad, etc.

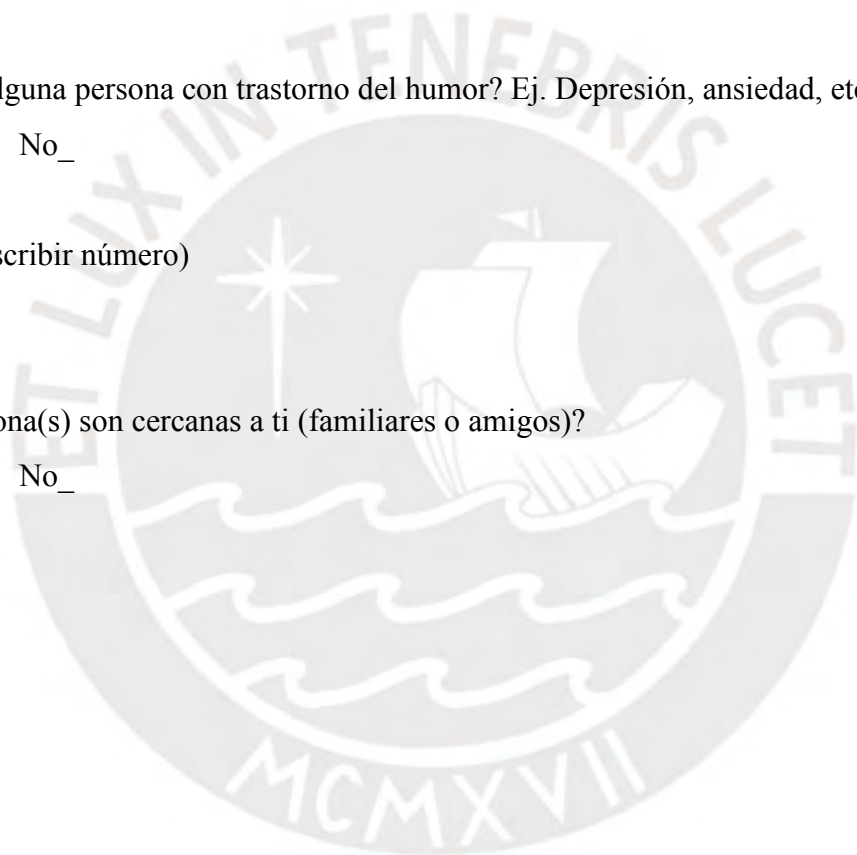
Si_ No_

¿Cuántas? (escribir número)

—

¿Esta(s) persona(s) son cercanas a ti (familiares o amigos)?

Si_ No_



Apéndice D

Guía de Entrevista

1. ¿Para ti qué es la depresión?
 - a. ¿Qué te viene a la mente cuando se habla de depresión?
 - b. ¿Cómo crees que son las personas que sufren de depresión?
 - c. ¿De dónde o cómo aprendiste lo que es la depresión?

2. ¿Cuáles crees que son los síntomas de la depresión?
 - a. ¿Crees que los síntomas son diferentes según la edad de la persona? ¿Por qué?
 - b. ¿Cómo sabrías que alguien está deprimido?

3. ¿Cuáles crees que son las causas de la depresión?
 - a. ¿Por qué crees que comienza la depresión?
 - b. ¿Crees que hay factores externos que hacen que uno sea más o menos propenso a sufrir depresión? ¿Cuáles son?

4. ¿Consideras que hay personas que son más vulnerables a sufrir depresión?
 - a. ¿Qué clase de personas son?
 - b. ¿Por qué crees eso?

5. ¿Cómo crees que se trata la depresión?
 - a. ¿Existe algún otro método aparte de *método mencionado por el participante*?
 - b. ¿A qué lugares o personas podría alguien acudir por ayuda?
 - c. ¿Crees que una persona puede curarse de la depresión por sí sola? ¿Por qué?
 - d. ¿Consideras que es fácil conseguir ayuda en el contexto peruano? ¿Por qué?

6. ¿Cómo crees que tiende a reaccionar la sociedad hacia una persona deprimida? ¿Por qué crees que pasa eso?
 - a. ¿Crees que el creer *cosas que nombró el entrevistado* acerca de las personas deprimidas puede causar que progresivamente se asuman otras cosas malas de ella? ¿Por qué?