

**NARRATIVAS SOBRE LA EXPERIENCIA DE UN  
EPISODIO DEPRESIVO:  
UNA INDAGACIÓN EN PACIENTES Y  
PSIQUIATRAS**

**NARRATIVES OF A DEPRESSIVE EPISODE: AN  
INQUIRY OF PATIENTS AND PSYCHIATRISTS**

**Mateo Guzmán Polo**

**Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría  
Bogotá, Colombia  
2026**

**NARRATIVAS SOBRE LA EXPERIENCIA DE UN EPISODIO DEPRESIVO:  
UNA INDAGACIÓN EN PACIENTES Y PSIQUIATRAS**

**Mateo Guzmán Polo**

Proyecto presentado como requisito parcial para optar al título de:  
Especialista en Psiquiatría

Directora de trabajo de grado:  
Dra. Diana Zulima Urrego Mendoza  
Médica epidemióloga – Magíster en Salud Pública  
Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud  
Universidad Nacional de Colombia

Codirector de trabajo de grado:  
Dr. Ricardo Sánchez Pedraza  
Médico Psiquiatra- Especialista en estadística  
Magíster en epidemiología clínica  
Universidad Nacional de Colombia  
Investigador Instituto Nacional de Cancerología

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina  
Departamento de Psiquiatría  
Bogotá D.C.

## **Agradecimientos**

Quiero dedicar este trabajo, con lo que requirió en cuanto a tiempo, esfuerzo y horas de lectura a aquellas personas que han apoyado mi formación académica. En un primer lugar, para mis profesores, que guiaron todo este proceso y que tuvieron paciencia con las dudas, correcciones y sugerencias. En un segundo lugar, a mi familia, que estuvieron presentes durante las noches de revisiones y que supieron disculpar mi ausencia de algunas celebraciones. En última, y tal vez más importante, instancia, a mi esposa, con quien espero poder celebrar la finalización de este proyecto.

## **Resumen:**

Esta investigación indagó la experiencia de pacientes y psiquiatras sobre los episodios depresivos. Se realizó un estudio cualitativo con enfoque hermenéutico-fenomenológico, utilizando entrevistas narrativas semi-estructuradas a un grupo de pacientes y de psiquiatras sobre interpretaciones, significados y vivencias de la depresión. Se identificaron conceptualizaciones y abordajes, roles en la enfermedad e interpretaciones que se construyen a partir de su concepción social, histórica y cultural. Así mismo, se realizó el análisis de las narrativas desde la teoría propuesta por Ricoeur relacionada con la triple mimesis, permitiendo un análisis de la narrativa en su contenido tanto como en su estructura y las fuerzas narrativas que en ella actúan.

La depresión es, para los entrevistados, principalmente una manifestación emocional que dista de la tristeza en cuanto a su profundidad, caos y cambio de las funciones emocionales esperadas. Tiene múltiples modelos explicativos, y entre más cerca se encuentran los entrevistados de la ciencia médica, más estandarizadas se vuelven las expresiones que utilizan para explicarlo. Es un proceso multidimensional en el que importa lo físico, lo mental y lo emocional, además de lo simbólico y moral; que se vive de manera diferente desde la perspectiva personal. El rol del paciente se fundamenta en la perspectiva sociológica de la profesión médica funcionalista-estructuralista de Parsons, sobre los "derechos" especiales que se le otorgan a un enfermo, socialmente hablando, pero que van de la mano con el estigma de la psiquiatría y la patología mental. El paciente deprimido, es virtuoso, incorruptible, y sin embargo alejado como alguien contagioso. El rol del médico se explora en mayor profundidad desde las entrevistas realizadas a los psiquiatras, en las que han de suplir múltiples perspectivas (desde el del sanador hasta el de intérprete de la narrativa del enfermo). La depresión se presenta desde metáforas que enaltecen diferentes aspectos dependiendo del grupo que las narra. El análisis de las fuerzas narrativas permite exponer ciertas diferencias desde cómo se habla sobre la depresión, y de las perspectivas desde las cuales se realiza la narración: los médicos proponen una visión biomédica, principalmente, mientras que los pacientes presentan explicaciones desde teorías más personales, resaltando elementos sociales y culturales que en la medicina pueden pasar desapercibidos.

**Palabras clave:** Depresión, Trastorno Depresivo, Educación Médica, Salud Mental

## Abstract:

This research explored the experiences of patients and psychiatrists regarding depressive episodes. A qualitative study with a hermeneutic-phenomenological approach was conducted, using semi-structured narrative interviews with a group of patients and psychiatrists about their viewpoints, meanings, and lived experiences of depression. Understanding and approaches, illness-centered roles, and meanings derived from its social, historical, and cultural context were identified. The narratives were also analyzed using Ricoeur's theory of triple mimesis, allowing for an analysis of the narrative's content as well as its structure and the narrative forces at play.

For the interviewees, depression is primarily an emotional manifestation that differs from sadness in its depth, chaos, and alteration of expected emotional functions. It has multiple explanatory models, and the closer the interviewees are to medical science, the more standardized expressions they use to explain it become. It is a multidimensional process in which the physical, mental, and emotional aspects matter, in addition to the symbolic and moral; it is experienced differently from each personal perspective. The patient's role is based on Parsons's sociological perspective of the functionalist-structuralist medical profession, regarding the special "rights" granted to a sick person, socially speaking, but which go hand in hand with the stigma of psychiatry and mental illness. The depressed patient is virtuous, incorruptible, and yet distant, as if contagious. The physician's role is explored in greater depth through interviews with psychiatrists, in which they must fulfill multiple roles (from that of healer to that of interpreter of the patient's narrative). Depression is presented through metaphors that emphasize different aspects depending on the group narrating them. Analyzing narrative forces reveals certain differences in how depression is discussed and the perspectives from which the narrative is presented: doctors primarily offer a biomedical view, while patients offer explanations based on more personal theories, highlighting social and cultural elements that may be overlooked in medicine.

**Keywords:** Depression, Depressive Disorder, Education, Medical, Mental Health

## Contenido

Introducción	8
<b>Problema de investigación</b>	<b>10</b>
Objetivos	11
General	12
Específicos	12
Marco teórico	12
4.1. Narrativas	13
4.2. Teoría del afecto	15
4.3. Salud mental	18
Metodología	20
Tipo y diseño de estudio	22
Descripción de las intervenciones	24
Categorías de abordaje	26
Depresión	26
Tristeza	28
El proceso salud-enfermedad	28
Funcionalidad	28
Resultados y análisis	28
Caracterización de la población incluida en el estudio	30
Análisis de palabras	31
Sobre la depresión	33
1. La triple mimesis y la depresión - Mimesis I	34
1.1. Los acontecimientos narrados	34
1.2. La temporalidad	38
1.3. La espacialidad	41
2. La triple mimesis y la depresión - Mimesis II	43
2.1. Fuerzas enunciativas compromisorias	44
2.2. Fuerzas enunciativas metafóricas	47
2.3. Fuerza narrativa simbólica	52
2.4. Interpretación emocional de las vivencias	56
2.5. Sistematización de los atributos de los sujetos	58
3. La triple mimesis y la depresión - Mimesis III	62
3.1. Distribución diferencial de códigos	63
3.2. Proyección de los roles propios	63
3.3. Perspectiva sobre la enfermedad	64
Sobre la tristeza	64
El proceso salud-enfermedad	69
1. El libreto de la depresión	70
2. El contacto entre el médico y el paciente	72
3. La utilidad del diagnóstico y el tratamiento	76

4. La relación con la sociedad y el sistema de salud	78
Funcionalidad	82
1. El individuo consigo mismo y su ambiente	82
2. El individuo y los otros	83
Categorías emergentes	86
Sobre la construcción social de la realidad	86
Sobre lo espiritual y el sufrimiento	91
Sobre el rol moral del médico	97
1. Qué se espera que haga psiquiatra	97
2. Quién se espera que sea el psiquiatra	101
3. Las cualidades del psiquiatra	104
4. Cómo se espera que actúe el psiquiatra	107
Sobre metáforas y lenguaje	109
1. La depresión como inescapable	111
2. La depresión como algo espiritual	111
3. Lo negativo sin matices	113
Conclusiones	114
1. El análisis de la depresión desde la triple mimesis	115
2. La depresión entendida desde lo personal	115
3. Las fuerzas enunciativas en la depresión	116
4. La perspectiva de la enfermedad y sus roles	117
5. El proceso de la depresión	118
6. La funcionalidad en la depresión	119
7. La construcción social y cultural de la depresión	119
8. El rol del médico	120
9. El lenguaje de la depresión	121
10. El encuentro clínico y la depresión	121
11. El enfoque clínico PHD de Stanghellini	122
12. La propuesta de educación desde Nussbaum	123
13. Limitaciones y recomendaciones	124
Bibliografía	125

## Introducción

La psiquiatría es una de las ramas más jóvenes de la medicina, a pesar de ser considerada una de las grandes disciplinas médicas desde hace más de 150 años. Ha tenido un estatus históricamente criticado —tanto por la población general como por los mismos médicos—, pero obra en un campo de acción indispensable para la salud tanto del individuo como la población general (Ackerknecht, 1993).

Desde la Antigüedad se ha considerado la idea de trastornos del “afecto”. Con las primeras concepciones biológicas, Hipócrates ya describía la *melancolía* en relación con “decaimiento, taciturnidad, deseo de morir, extraordinaria desconfianza [en uno mismo<sup>1</sup>], llanto, musitación” (Ackerknecht, 1993, p. 30); hoy en día, se suele utilizar como guía el DSM-V —actualmente en la edición de texto revisado— y los criterios que se describen allí para conformar el diagnóstico de “Trastorno Depresivo Mayor”. El CIE-10 presenta un equivalente, los “episodios depresivos”, que plantea un diagnóstico puntual, en vez de longitudinal.

La relación entre la enfermedad y su entendimiento por parte del paciente —su “representación cognitiva”— ha sido investigada desde el siglo pasado, desde el enfoque de múltiples enfermedades, y se ha establecido una relación con la recuperación y la eficacia del tratamiento (Quiles, 2009; Pankowski, 2021). En contraste, la patología mental —siendo una de las primeras causas de discapacidad a nivel mundial— no suele abordarse desde el mismo enfoque subjetivo (Abo-Rass et al., 2020a), aunque se hayan explorado por medio de narrativas que sugieren que la patología mental se enmarca en la elaboración de una visión específica del mundo (Amey, 2010; Humphreys, 2018). La percepción de la enfermedad ha sido investigada en la fenomenología aplicada en otras áreas antes que la psicología o la psiquiatría (Quiceno, 2010). Sin embargo, su uso frente a la depresión —o a la mayoría de las enfermedades psiquiátricas— han sido escasas en las investigaciones recientes.

Centrándose en la perspectiva de los pacientes —y su vivencia de la depresión—, se han realizado estudios en hombres de la cultura Thai (Kaewjanta, 2022), en adultos mayores en Tanzania (Howorth, 2019), en hombres y mujeres de Oriente Medio (Donnelly, 2019; Dardas, 2019; Sharp, 2021; Abo-Rass, 2020), así como en África (Tekola, 2023), Latinoamérica (Curtin, 2018) y Europa (Vivier, 2021).

La narrativa “prototípica” de la depresión se propone como una experiencia emocional que se construye sobre una organización compuesta de estructura, contenido y proceso, determinada por la cultura (Álvarez-Ramírez, 2008; Aguayo, 2022). El rol de género y las expectativas sociales sobre el desempeño personal

---

<sup>1</sup> Texto entre corchetes escrito por el autor para mayor claridad.

también impactan la percepción de la enfermedad (Hopwood, 2020) al punto que las manifestaciones culturales pueden tener interés tanto en la génesis como en su manejo (Tekola, 2023); en los estudios centrados en hombres, se encuentra que el rol masculino del individuo protector y proveedor entra en conflicto con las capacidades reconocidas por el paciente mismo durante la enfermedad (Kaewjanta, 2022; Howorth, 2019).

Todos estos elementos permiten reconocer —por parte del paciente— en mayor o menor medida los síntomas que presentan y que podrían conformar un diagnóstico de depresión; pero también las estrategias de afrontamiento que son capaces de utilizar para lidiar con ello (Curtin, 2019).

Las cualidades que se expresan del “mismo diagnóstico” son diferentes dependiendo de la cultura, la geografía, las creencias (Julianna, 2021), los antecedentes familiares (Claus, 2019) (Guerrero-Muñoz, 2021) e incluso de las dolencias concomitantes que puedan tener los pacientes.

Desafortunadamente, la atención en salud mental ha de superar barreras tanto institucionales (Bhat, 2020), como sociales (Jassir Acosta, 2021; Bartels, 2021); dependiendo del ambiente en el que se encuentre el individuo, estas barreras cambian (Patoz, 2021) y permiten vislumbrar diferentes puntos susceptibles de mejora (Aragónés, 2022; Hsieh, 2021).

Los estudios en psicología de la salud, en países en vías de desarrollo, siguen circunscritos en un campo no totalmente explorado por la investigación. Se han ligado conceptos como el estatus socioeconómico (Mebarak, 2009), y la resiliencia (Mebarak, 2009) con la génesis de la depresión. Los pacientes mismos expresan que el diagnóstico en realidad no es lo único relevante para decidir buscar ayuda en un tratamiento médico (Sibeoni, 2023; Tickell, 2020).

La conceptualización del enfermo sobre su propia enfermedad se asocia con las estrategias que usará para lidiar con la dolencia, el tipo de ayuda que buscará y la adherencia que tendrá frente a las recomendaciones dadas (Abo-Rass, 2022). El reconocimiento de la enfermedad por parte del enfermo mismo, su entorno e, incluso, el médico, pueden estar sesgados por la concepción social sobre la enfermedad (Eichenberg, 2022), y su representación simbólica por parte del enfermo se torna crucial en su afrontamiento (Arroyave, 2010; Averous, 2021).

Las ciencias sociales han proveído un “arsenal” metodológico desde distintas tradiciones. Este trabajo se enfocará desde la fenomenología —según la cual, la consciencia siempre tiene una intencionalidad y, por tanto, está ligada al objeto; siempre se es consciente de “algo”—, dado que se busca entender lo que la gente experimenta y cómo lo experimenta. De la misma manera, este trabajo también se

enfoca desde las narrativas dado que busca entender algo en una persona o en un grupo social, por medio de las narrativas (Ángel, 2011).

## Problema de investigación

Durante los últimos años, la psiquiatría ha ganado interés en la opinión pública por el aumento en la descripción de casos de problemas en salud mental. Desde el 2020, y particularmente posterior a la pandemia por COVID-19 y el confinamiento resultante, se ha presentado un impacto notorio en la salud mental del mundo (Ministerio de Salud, 2022a) y Colombia no es la excepción. Se estima que la depresión afecta a cerca de 350 millones de personas en el mundo (Ministerio de Salud, 2017), y se espera que los trastornos afectivos estén entre las causas más prevalentes de enfermedad durante esta década (Mariani, 2020).

En Colombia los intentos de suicidio durante los últimos 3 años han alcanzado unas de las cifras más altas registradas (Ministerio de Salud, 2022b); y la depresión es el factor en mayor correlación con estas cifras, se estima entre un 16-35% en distintas franjas etáreas (Ministerio de Salud, 2021). Sin embargo, la formación de los médicos no necesariamente se transforma al mismo ritmo; a pesar de que los intentos de suicidio y la patología mental no son un problema nuevo, mucho del énfasis que se tiene en la medicina deja de lado estos problemas.

Durante la educación en medicina, y posteriormente en su práctica clínica, se enfocan las dolencias “más físicas” de los pacientes, y se dejan de lado las quejas más subjetivas que pueden tener. Las investigaciones sobre la perspectiva personal de los pacientes sobre sus propias enfermedades son escasas en América Latina (Quiceno, 2010), lo que impide un abordaje integral desde la experiencia vivida por los pacientes (Fuchs, 2013; Mariani, 2020). En muchos casos, las manifestaciones subjetivas de la enfermedad cobran interés casi exclusivamente para su traducción al lenguaje más científico —y más técnico— de la medicina (Amey, 2010).

Así, las narrativas —y, particularmente, las narrativas sobre la depresión— poseen una riqueza poco explorada por la investigación en medicina. Al tener dos miradas sobre la misma situación, se puede indagar si el médico y el paciente se encuentran en una posición diferente sobre lo que “es” la depresión y cómo ha de afrontarse o si por el contrario resultan ser similares. Por lo tanto, por eso surge la pregunta: ¿qué narrativa tienen los pacientes y los psiquiatras sobre los episodios depresivos?

# Objetivos

## General

Comprender la narrativa sobre los episodios depresivos que se presenta en los pacientes y en los psiquiatras tratantes de pacientes con depresión en la Universidad Nacional de Colombia en 2023-2026.

## Específicos

- Identificar las narrativas sobre los episodios depresivos de los pacientes.
- Describir las narrativas sobre los episodios depresivos del personal de salud directamente implicado en el tratamiento de pacientes con depresión.
- Explorar las diferencias y similitudes que se presentan entre estas narrativas.

## Marco teórico

### 4.1. Narrativas

En la investigación cualitativa hay múltiples enfoques epistemológicos y metodológicos. En cuanto a la investigación que se ha realizado sobre la experiencia personal de distintas situaciones, se hace uso de diferentes enfoques y metodologías dependiendo del objetivo; y, a pesar de que existan investigaciones y publicaciones que tratan el mismo tema —o la misma experiencia en cuestión—, no todos lo hacen desde el mismo punto de vista. En este trabajo nos centraremos en el enfoque hermenéutico-fenomenológico narrativo; sin embargo, para entenderlo hemos de revisar literatura también de otros enfoques cualitativos.

Uno de los marcos teóricos-metodológicos utilizados con frecuencia en estas investigaciones es la teoría fundamentada. Creada por Barney Glaser y Anselm Strauss, hacia 1967, se usa para explicar los datos recolectados en los estudios de manera a crear nuevas teorías para sustentarlos. Por la forma en que está organizada, permite realizar la recolección de datos en manera simultánea con su análisis, pero dificulta la revisión de la literatura previa dado que lo que se busca es descubrir teorías que no se hayan producido antes (Barrios, 2015).

Al ser un razonamiento inductivo, en vez de deductivo, permite discernir los procesos mediante los cuales se construyen significados más allá de la experiencia intersubjetiva. Así, es menos adecuada cuando se busca la “realidad objetiva” y está mejor adaptada a la interpretación de la realidad (Páramo, 2015).

La teoría fundamentada es útil cuando se busca ampliar el marco teórico de un área específica y se utiliza en investigaciones a nivel internacional, en investigaciones sobre fenómenos de salud relevantes. Ha sido utilizada en ciencias sociales, psicología y enfermería. Su base es el interaccionismo simbólico —según el cual los seres humanos actúan ante las cosas dependiendo del significado que les asignan—, de forma que se permita definir un fenómeno a través de su interacción social (Vivar, 2010; Palacios Rodríguez, 2021).

Las representaciones sociales —usadas en algunos casos en conjunto con la teoría fundamentada— se asocian con las formas sociales del conocimiento y, especialmente, el del conocimiento “no científico” (también descrito como de “sentido común”). Han sido definidas como un sistema cognitivo con un lenguaje y lógica propios, que conforman un sistema de valores, ideas y prácticas para orientarse en el mundo material y permitir la comunicación en la comunidad. De esta forma, tienen un soporte lingüístico y de comportamiento importante (Campo-Redondo, 2009).

Sin embargo, no toda forma de pensamiento organizado es una representación social. La representación integra todas las producciones intelectuales y humanas, y se diferencia del “mito” ya que es solo una vía para captar el mundo concreto —en vez de la “única” o “total” manera de conocimiento en el mito—; y depende de diversos factores como los grados de información a los que los individuos tienen acceso. Estos, a su vez, dependen de las circunstancias socioeconómicas propias de la población, generando una producción caleidoscópica de representaciones que son particulares a grupos de personas, pero pueden ser diferentes en una misma población (Piña, 2004).

La percepción, a pesar de ser un término utilizado de forma intercambiable por algunos de los términos previamente abordados, se trata de una autonomía cognitiva, independiente de la capacidad de reflexión. Involucra la conceptualización, lo que inserta el episodio vivido dentro de la red de conceptos de la formación del individuo (Rosales, 2015).

El marco teórico-metodológico de la narrativa, como se describe en la investigación cualitativa, es un híbrido con influencias de diversas técnicas narrativas, los relatos de vida, tanto como de los escritos autobiográficos. Hacen referencia a un fenómeno finamente delimitado, y permiten un atisbo de la experiencia de un grupo específico, muchas veces ligado por género, clase o generación. Se basan en la idea de que la “realidad” es heterogénea, compleja y cambiante (Blanco, 2011).

El lenguaje es uno de los pilares de la investigación narrativa, dado que es por medio del habla que se crea la realidad social, además de ser una condición necesaria para la creación, circulación y validación del conocimiento. Es a través de esto que se reconocen las instituciones sociales y se construyen significados en torno a los fenómenos sociales (Rodríguez, 2020).

Hay dos posturas epistemológicas sobre las narraciones personales. En una, se trata de encontrar un núcleo común a las experiencias analizadas —interesándose más por los hechos y prácticas antes que la interpretación—, y en la otra se busca interpretar el discurso como una reconstrucción subjetiva que busca sentidos ocultos en el relato (Agoff, 2019).

En algunos estudios, la investigación narrativa se usa no solamente para el mundo experiencial de los individuos, sino también para las narrativas sociales, culturales e institucionales en los que se encuentran inmersos. Así, se busca organizar experiencias personales y sociales para comprender elementos comunes a un grupo de personas (Hernández, 2020).

Como vimos anteriormente, las personas perciben, evalúan e interpretan las sensaciones de sus cuerpos, conceptualizándolas según un sistema que les permitirá responder frente a la enfermedad. Mechanic, en 1962, (González, 2017) se

refiere a esto como la “conducta de enfermedad”, que es el resultado de la interacción entre variables personales, sociales y ambientales del enfermo que se ve enmarcada en la organización del sistema sanitario (González, 2017).

La “narratividad” de la experiencia personal cobra importancia dentro del proceso de vivencia de la enfermedad, pues permite que el individuo exprese y sea consciente de su propia experiencia. Según Ricoeur (1992), “la identidad personal está formada a través de la dialéctica de dos formas de identidad: ser-el-mismo y ser-uno-mismo”. *Ser-el-mismo* podría definirse como el carácter inmutable del individuo a través del tiempo —lo que depende de las vivencias previas y la continuidad de la consciencia—, mientras que *ser-uno-mismo* sería la concordancia entre el “yo” —de este instante— y la “imagen del yo” que poseo —el carácter que he demostrado en el pasado y ahora—; es algo voluntario, pero no necesariamente consciente (Stanghellini, 2017).

Las vivencias previas del individuo se plantean como un pilar central de la conceptualización (Napierala, 2019) y sirve al estilo lingüístico que el individuo desarrolla (Mariani, 2020). El “lenguaje personal” puede ser mutable y adaptarse al proceso patológico del individuo, particularmente en los trastornos afectivos (Humphreys, 2023; Amey, 2010; Quiceno, 2010). Así, la vida puede entenderse como una narración, y los relatos de los pacientes como una autocomprensión más allá de una simple representación. Se encuentra integrada al mismo proceso de la vida y puede configurar parte de la cultura, historia, política y simbólica, orientado al individuo frente al “otro” (Ángel, 2011).

## 4.2. Teoría del afecto

Durante siglos, las personas han intentado comprender los comportamientos “anormales”, en función de las teorías —o modelos— vigentes en cada época, cambiando desde lo sobrenatural (donde las enfermedades y comportamientos atípicos corresponden a agentes de índole místico) hasta lo biológico (siendo la explicación un desequilibrio químico o anatómico) (Mebarak, 2009). Posteriormente, con el modelo psicológico, la conducta anormal se atribuye al desarrollo “imperfecto” y al contexto social, resultando en las primeras instancias de terapia “moral”<sup>2</sup>. A lo largo del siglo XX, surgen otros modelos, como el psicoanalítico —basado en los procesos inconscientes que determinan la conducta— y el conductismo —cuyo punto central era el aprendizaje y la adaptación al medio— (Mebarak, 2009).

Respecto al planteamiento de la psicopatología y el comportamiento anormal (Mebarak, 2009), se encuentra:

---

<sup>2</sup> Entendida como “emocional”.

- el paradigma “clásico”: en el que las características iniciales (condicionadas por la biológica, psicología y sociedad, que explican el estado basal del individuo) interactúan con “desencadenantes” (eventos de vida, estresores) y “moduladores” (apoyo social, niveles de ansiedad).
- el paradigma biopsicosocial: en el que los procesos patológicos resultan de la interacción entre la biología, la psicología y los sistemas internos.
- el paradigma de la Psicología Cualitativa de la Salud: que reorienta el enfoque hacia el individuo, interesándose por su contexto inmediato y subjetividad.

El “afecto” se ha resistido a las definiciones claras, en muchas ocasiones siendo difusas las diferencias entre términos como “estado de ánimo”, “sentimiento” y “emoción”, llegando a ser apenas matices teóricos en algunos casos (Fuchs, 2013). El “estado de ánimo” y las “emociones” se podrían describir en contraste uno frente al otro: mientras las “emociones” son fugaces, intensas, con un inicio y un final claros, y usualmente responden frente al mundo externo (con una causa definible o un objeto de referencia), el “estado de ánimo” dura horas o días, tiene una intensidad leve, con un desarrollo gradual e informan sobre el estado interno del individuo (los recursos de los que se dispone y el estado general del sistema) (Hervás, 2006; Stanghellini, 2017; Damasio, 2004; Russell, 2003).

Existen diversos planteamientos teóricos y epistemológicos en torno al entendimiento del “afecto”. La fenomenología presenta el afecto como el punto de encuentro entre el cuerpo —el “yo” (“self”)— y el mundo; es una unión entre lo cognitivo y lo instintivo (LeDoux, 2000). Fuchs lo describe en Fenomenología del afecto (p.2): “No hay emoción sin sensaciones corporales, resonancia corporal y afectabilidad”. Stanghellini (2017) lo desliga un poco de lo puramente cognitivo, sugiriendo que puede también ser pre-cognitivo o sub-consciente.

La perspectiva del mundo puede, entonces, ser modificada a partir de las emociones, a modo de filtro mediante el cual se presenta el resto de la realidad (“una persona afectada por la felicidad, dirá que se siente fluyendo hacia arriba [...] mientras las cosas a su alrededor tienen una inercia en el mismo sentido [...] En furia retaliatoria, me siento dirigido hacia adelante, atacando violentamente, mientras el “objeto” de esta furia se vuelve grande y ocupa el plano principal”<sup>3</sup> (Stanghellini, 2017; p. 51)). Estas modificaciones permiten que el mundo sea percibido como una realidad, dotándolo de un significado y anclándolo a “mí”. Así, “mi” cuerpo habita el mundo por medio de las emociones, y los objetos/sujetos cobran importancia según “mi” estado de ánimo, permitiendo enlazar las vidas emocionales de los demás con la “mía” (Stanghellini, 2017; Ciompi 2007).

---

<sup>3</sup> Traducción realizada por el autor.

El modelo de autorregulación de Leventhal, también llamado "Modelo del Sentido Común" —en contraste al conocimiento científico en el que los médicos basarían su conocimiento— presenta un proceso en dos niveles (emocional y cognitivo) que ocurre de manera simultánea y paralela y que produce objetivos distintos que pueden llegar a ser incluso contradictorios entre ellos (Quiceno, 2010; Castillo, 2016). Los trastornos afectivos pueden, por ejemplo, alterar la percepción de los síntomas somáticos (Silvestre, 1998) y la perspectiva que tiene el sujeto de los mismos (Fuchs, 2013; Stanghellini, 2017; leDoux, 2000).

Cuando se centra la valoración médica del afecto sobre un individuo, se toman como puntos principales las vivencias del sujeto, traducidas como síntomas. De esta manera, los "síntomas" son la expresión fundamental del mundo subjetivo de la persona, que sugieren una dimensión oculta de su existencia (Stanghellini, 2017). Sin embargo, el modelo explicativo del lego es difuso, con múltiples significados y combina experiencias con ideas; el modelo explicativo biomédico está basado en la ciencia, es inmutable hasta que se confronta con el conocimiento acumulado y es revalorado de manera constante (Silvestre, 1998). Se plantea, pues, una concepción bidireccional de sumisión-poder, al contrastar ambas perspectivas (Ávila, 2017).

La afectividad persiste como un factor a tener en cuenta no sólo como el efecto producido por los factores previamente mencionados, sino también como un elemento que influye en el cuadro clínico, e incluso en la terapéutica del mismo (Lin, 2020). Es mediante la afectividad, y la percepción personal de la dolencia, que las estrategias terapéuticas tendrán mayor o menor impacto (Amey, 2010; Quiceno, 2010).

Se plantea que el "afecto" hace parte de los estados mentales, mediante los cuales el sujeto se proyecta en el mundo. Por un lado, el afecto permea la percepción del individuo, y es desestimado como un subproducto de la cognición, o ignorado como epifenómenos. Por otro lado, la teoría de la emoción, tanto en psicología como en filosofía, persiste como una introyección hacia un "mundo interno" que se presenta como desligado del resto del cuerpo y del mundo, siendo éste un legado de la dualidad Cartesiana, pero no se detiene allí, sino que además altera la sintonía que puede tener el cuerpo y la interacción con el mundo vivido por parte del sujeto (Fuchs, 2013).

El afecto no es un "estado mental" únicamente, sino que entrelaza las sensaciones corporales, con las percepciones sensoriales y la experiencia vivida por parte del sujeto en distintos escenarios y momentos (Fuchs, 2013). Desde las experiencias más básicas (como los sentimientos "vitales" y "existenciales" vistos anteriormente), se encuentra una perspectiva particular de los estados afectivos. Se describe el afecto como una disminución en la "vitalidad" y una "despersonalización afectiva" (Kraus, 2002; Stanghellini, 2004) en las cuales el cuerpo se cierra al mundo y a sus posibilidades, dando un sentimiento de distancia y alienación.

Van den Berg (1972, p. 46) lo expresa de otra manera: “El paciente está enfermo; eso significa que su mundo está enfermo”. Dado que la enfermedad del paciente es la que está condicionando su perspectiva del mundo (y de sus habitantes), esta percepción se ve sesgada de la misma manera. Los sentimientos “existenciales” se ven afectados, y, por lo tanto, la interafectividad sufre (Fuchs, 2013).

El cuerpo pasa de ser un medio para experimentar el mundo, a una limitación insalvable de percepción de lo ajeno. Se transforma en un obstáculo que impide el contacto adecuado con todo lo demás, “encerrando” al individuo y facilitándole centrarse en las sensaciones corporales propias por encima del resto del mundo (Stanghellini, 2017; leBreton, 2002; Agdal, 2005).

Esta “despersonalización” también se produce en una dimensión narrativa (Mariani, 2020; Stanfhellini, 2017; Humphreys, 2018), produciendo una sobre-simplificación del “yo”, asociándolo a las características que le confieren una identidad estable (en este caso, se vuelve “inflexible”), al punto de convertirse en un punto de fragilidad identitaria (Stanghellini, 2017). Así mismo ocurre con el mundo externo del individuo; “lo otro” pierde complejidad hasta reducirse a una única faceta, que sirve para reforzar la propia auto-percepción (en una “pseudo-intersubjetividad”). La enfermedad se convierte, pues, en una “etiqueta”, fundamentada en la información que posee el individuo desde su círculo social y contexto cultural (Quiceno, 2010; Silvestre, 1998).

### 4.3. Salud mental

Se sugiere, tal vez erróneamente, que la depresión es una entidad única, a pesar de que tenga presentaciones heterogéneas a diferentes niveles (Fesser, 1961; Tellenbach, 1961/1980; Berrios, 1988). Particularmente, la melancolía es descrita como un tipo específico de despersonalización afectiva, en el que la persona pierde la capacidad de sentir y pasa a “no poder estar triste”, a lo cual se suma la dificultad de la resonancia emocional y los delirios de culpa, negando retrospectivamente sus propios sentimientos hacia los demás (Stanghellini, 2017).

En “la” depresión, se produce un desfase de los procesos rítmicos de la vida (dormir, despertar, sentir) comparado con el resto del mundo. Todo se ralentiza, se rompe el estado armónico de la salud mental; hay una desincronización y el ritmo del mundo impide que el individuo sea capaz de “re-sincronizarse” (Fuchs, 2001). El presente y el futuro se ven dominados por el pasado, lo que preocupa e impide proyectarse (Stanghellini, 2017).

Las capacidades del individuo deprimido cambian. La expresión emocional se dificulta, y, según el mismo proceso de “simplificación” de la percepción propia y ajena mencionado anteriormente, se produce una “statotimia” en la que la emoción predominante se vuelve más rígida y difícil de modificar. La ambigüedad emocional se torna intolerable, y las emociones pierden matices y complejidad, lo que produce una imposibilidad de prosperar en presencia de características disonantes enraizada en la fragilidad de la autopercepción como persona (Stanghellini, 2017).

Se dirige una mirada hacia el “yo” del individuo, que le permite centrarse en su percepción corporal individual hasta una difuminación del mundo externo (Mariani, 2020; Humphreys, 2018; Amey, 2010). Se configura un “Lenguaje de la Depresión” que recopila estas modificaciones lingüísticas que obran dentro de la experiencia narrativa (Baddeley, 2011; Newell et al, 2018). Esto puede tener manifestaciones singulares (en la persona) pero también en su entorno, en sus relaciones sociales y particularmente en la crianza de los hijos (Humphreys, 2018) y en el manejo de su propia patología (Quiceno, 2010).

Los individuos, vistos desde la etiqueta de “pacientes” en esta área, perciben el afecto por medio de sensaciones corporales que suelen ser inconscientes y pueden ser modificadas de manera consciente o inconsciente (Bourdieu, 1990; Fuchs, 2013). Su interés radica, entonces, en un foco distinto al que puede llegar a tener el investigador, o el médico (Napierala, 2019).

La experiencia de la enfermedad vista por parte del “paciente” afecta tanto su funcionamiento personal (y consigo mismo), como su comportamiento relacional con “el otro” y con el resto del mundo (Lin, 2020; Silvestre, 1998). Desde el punto de vista del “paciente”, se debe representar un nuevo papel: el rol del enfermo. Según Parsons (1951), en el momento en el que un individuo enferma, su comportamiento social cambia. Se pierden algunas responsabilidades (se le “relewa” de las responsabilidades diarias como el estudio o el trabajo), y se adquieren otras nuevas (es un “deber” el buscar ayuda competente con el objetivo de abandonar el rol del enfermo de la forma más rápida posible).

La importancia de una enfermedad no radica, necesariamente, en su gravedad “real” (entendida como biológica, o médica), sino en la gravedad percibida por aquél que la sufre, o ha de convivir con ella. Esto es particularmente importante en los trastornos afectivos, ya que la percepción sobre ellos radica principalmente alrededor de la mente, y no tanto del cuerpo. La “mente”, percibida como parte del “cerebro”, goza de un estatus positivo en la percepción de los individuos; en contraste al resto del “cuerpo”, que puede tener connotaciones más negativas (De León, 1990).

La formación en psiquiatría —aunque también en psicología— suele establecerse en torno al paradigma positivista hegemónico vigente. Desde los enfoques más

biológicos, en los que se entiende la mente como un resultado de la interacción física de los elementos estudiados en ciencias básicas, hasta los psicoterapéuticos, que se enfocan en la génesis de los fenómenos psíquicos más complejos con menor énfasis en el cerebro y su funcionamiento. Estos últimos pueden adscribirse a una “escuela” diferente, dando lugar a psiquiatras con mayor enfoque psicoanalítico, o sistémico, antes que biológico. Sin embargo, los aspectos sociales de estas patologías no parecen tener un énfasis robusto disponible para su estudio según estas corrientes, ilustrado por el plan de estudios de las principales universidades en Bogotá que ofrecen la especialidad en psiquiatría (Universidad del Rosario, 2024) (Universidad Javeriana, 2024) (Universidad de los Andes, 2024), (Universidad Nacional, 2024).

## Metodología

Según Creswell (2012), existen distintos enfoques teóricos-metodológicos de investigación cualitativa, entre los cuales se pueden destacar cinco: los estudios de caso, la teoría fundada, la fenomenología, la etnografía y la biografía. Éstas se diferencian de las investigaciones cuantitativas por las herramientas, el tipo de datos y el tipo de análisis que se realiza.

El estudio de caso tiene su interés en los casos atípicos —aquellos que se salen de la norma—, en donde el punto focal es la descripción del caso, y las características particulares que lo hacen inclasificable. En la teoría fundamentada, el énfasis es en el procedimiento —tanto en la obtención de los datos como en su codificación en palabras—, para la agrupación de la información en categorías identificadas; sin embargo los sistemas interpretativos no se tienen en cuenta, para evitar la interferencia en la percepción del objeto. La etnografía es una descripción e interpretación de un grupo social, o cultural; en ésta el investigador analiza los patrones observables y los contrasta con lo que se ha aprendido sobre este grupo.

En la fenomenología se centraría en la intencionalidad de la consciencia, dado que la consciencia no existe en un vacío y siempre hay una consciencia de "algo". Se omiten los juicios previos que puedan producir distorsiones subjetivas. Al mezclarse con la hermenéutica, se obtiene una confrontación de esta postura, para obtener un mayor entendimiento de estos juicios previos que pudiesen impactar la experiencia vivida. Por último, Creswell propone las narrativas —originalmente llamadas "biografía"— como un híbrido que podría ser tanto método como objeto de investigación. En cuanto a objeto de investigación, la biografía tendría su punto focal en el relato, sin interesarse por quién lo realiza o desde qué perspectiva; mientras que como método de investigación, se permite un enfoque mayor en la historia de vida del individuo y cómo se vive (Ángel Pérez, 2011).

Se han planteado otros enfoques desde la hermenéutica, en el cual, la investigación cualitativa se centra en la comprensión de sentido e interpretación con el fin de permitir un entendimiento generalizable sobre las características y cualidades de experiencias vividas por los sujetos. La entrevista narrativa, como método de recolección de información, permite reconstruir procesos subjetivos desarrollados en el tiempo con relativa profundidad. La participación del entrevistador es mínima, y se busca fomentar la expresión personal, con sus propias palabras, de los individuos estudiados (Agoff, 2019).

Para que exista una narrativa, se necesita como mínimo una relación temporal entre dos cláusulas; sin embargo, hay distintos tipos de discurso narrativo que los investigadores clasifican como autobiografía, historias de vida, relatos, narrativas y género epistolar, entre otros. Las acciones cobran sentido cuando se integran,

constituyendo una intriga que articula la experiencia humana y unificadora de la trama. Así la narrativa funciona, no solamente para expresar la relación de uno consigo mismo, sino del sujeto con el mundo y con otros (Quintero, 2018).

La narrativa puede abordarse desde lo explicativo o comprensivo; comprender es dar sentido a la historia, mientras que explicar es describir sus relaciones internas a través del análisis estructural) (Escalante, 2013). La narrativa tiene cuatro dimensiones (Escalante, 2013): lo temporal, lo auto-referencial, lo referencial y lo comunicativo; así mismo, su análisis se puede realizar desde la propuesta de la triple mimesis de Ricoeur. El análisis estructural tiene sus bases en la lingüística y analiza la estructura de la narración; siempre se ha de tener en cuenta el contexto en el que la narrativa se produce (Capella, 2013).

La fenomenología (desde Edmund Husserl) y la hermenéutica (el existencialismo de Gabriel Marcel) se presentan como maneras de entender al otro. Desde la “epokhé” o “reducción fenomenológica” que busca extraer todo lo que no es el núcleo último de la experiencia en cuestión (de Robles, 2023). Así, se puede plantear el análisis narrativo desde la identidad, lo que permite una profundización del significado —aunque no necesariamente es aplicable a grandes números de personas— (Capella, 2013).

Se decidió combinar la narrativa —como método de recolección—, para dar forma al significado por medio de la hermenéutica. Las narrativas, según Escalante (2013), tienen los mismos cuatro componentes de las historias: acontecimientos, actores, tiempo y lugar.

En un mito/símbolo/texto, hay otro grado de profundidad semántica al que se accede por medio de la interpretación. En el s. XIX se estudia mediante símbolo (expresión del mundo, comprensión y sentimiento), función (valor social para la vida comunitaria) y estructura (el “mito” es sólo la superficie de algo más profundo). Antes de la lectura, el texto tiene un sentido; pero después, tiene un significado. Así, se retoma nuevamente la idea de la identidad narrativa (Zamarrón, 2021). Por medio de las narrativas, se busca una práctica reflexiva que revela los significados de la experiencia humana (Zamarrón, 2021).

## Tipo y diseño de estudio

Esta investigación buscó explorar la vivencia personal y profesional en torno a los episodios depresivos y las narrativas por parte de los individuos implicados. Se decidió realizar un enfoque cualitativo desde la hermenéutica fenomenológica, siguiendo el enfoque de Paul Ricoeur (Moratalla, 2018), en el que se busca analizar la palabra —es decir, cómo las personas hablan y se refieren a las experiencias que tienen— para entender mejor la realidad expresada por los individuos dependiendo

de los símbolos que le asignan. Es decir, lo que se buscó fue reunir los significados e interpretaciones que surgen de diferentes discursos, para poder realizar una síntesis sobre el “significado” que una situación, o una experiencia, puede suscitar. El método de recolección de información se basó en entrevistas narrativas semiestructuradas que se llevaron a cabo con las poblaciones estudiadas (pacientes y profesionales en psiquiatría).

Dado que se propone indagar las narrativas entorno a la depresión de pacientes y psiquiatras, es necesario señalar que los estudios sobre la identidad narrativa tienen 4 orientaciones (Castañeda, 2023):

- de carácter psicologista: busca comprender la identidad personal
- enfoque filosófico hermenéutico: que se enfoca en la dimensión lingüística y comunicativa
- ciencias sociales: que relacionan lenguaje y memoria para entender la identidad
- presupuestos de filosofía política: que se enfoca en la pluralidad

En este estudio se utilizó como enfoque teórico-metodológico el planteamiento hermenéutico de las narrativas, mediante las cuales se obtuvieron categorías de análisis para profundizar en el entendimiento de las características personales que pueden influir en la interpretación y narración de un evento —en este caso, el episodio depresivo. Nos alejamos del enfoque fenomenológico puro dado que buscamos, específicamente, entender los factores personales que afectan la narrativa.

Se realizaron entrevistas semi estructuradas, enfocadas en las categorías iniciales —es decir, los temas que se proponen como posibles en las respuestas de la población estudiada—. Estas entrevistas con preguntas abiertas permitieron que nuevas categorías surgieran durante la intervención (las “categorías emergentes de análisis”); cuando no surgieron nuevas categorías durante las entrevistas, se consideró que se había conseguido la saturación de dichas categorías y se suspendió la búsqueda de nuevas entrevistas.

## Población de estudio

### 1. Población

Se entrevistaron dos grupos de personas:

- un grupo conformado por pacientes en seguimiento por psiquiatría con diagnóstico actual (o previo) de al menos un episodio depresivo.

- un segundo grupo conformado por profesionales en psiquiatría, que tenían contacto actual con la práctica clínica y la atención de pacientes.

En ambos casos, se establecieron poblaciones hasta llegar a la saturación de las categorías de abordaje identificadas.

## 2. Criterios de inclusión

Los pacientes incluidos en este estudio estaban vinculados a un tratamiento por depresión en la Universidad Nacional de Colombia, en la cámara de Gesell, y dieron previamente su consentimiento informado para participar en el estudio.

Para los profesionales en psiquiatría, se incluyeron psiquiatras con experiencia clínica y activo desempeño como psiquiatras en contacto constante con pacientes que aceptaron participar en el estudio y dieron su consentimiento informado.

## 3. Criterios de exclusión

Se excluyeron pacientes menores de 18 años, aquellos con comorbilidad con otros diagnósticos psiquiátricos u orgánicos (patología metabólica, neurológica, del neurodesarrollo) que se consideró limitaban la entrevista o que afectaban el estado emocional del paciente; se excluyeron pacientes con psicosis activa.

## Descripción de las intervenciones

Se realizó una recolección de información por medio de entrevistas narrativas individuales, grabadas con previo consentimiento informado de la población estudiada. Las entrevistas fueron realizadas por parte del investigador principal, y se orientaron por medio de las preguntas previamente explicitadas.

Se tomaron las narraciones en orden cronológico, y se tuvo en cuenta el contexto relevante (tanto el lenguaje verbal como el no verbal), anotado en un cuaderno de notas en físico durante las entrevistas. Las entrevistas se realizaron presencialmente a disponibilidad de los entrevistados, o por medio electrónico (Google Meet), con su grabación respectiva. Se realizaron entrevistas en los grupos descritos hasta conseguir la saturación de categorías de abordaje, consiguiendo en total 10 participantes en cada grupo.

Se transcribieron con digitador los archivos de audio iniciales, junto con las notas tomadas por el entrevistador para poder realizar el proceso de codificación respectivo de cada entrevista. Se numeraron manualmente línea a línea los hallazgos de las entrevistas. Se reunieron en categorías de abordaje los códigos

hallados en cada entrevista; y se organizaron aquellos nuevos en las categorías emergentes.

Dentro de este análisis, se encontraron 282 códigos (entre pacientes y psiquiatras), dentro de los cuales hubo 62 códigos únicos; que, al no producir saturación de las categorías, se mencionan hacia el final del trabajo para complementar la riqueza de las narrativas encontradas.

#### Aseguramiento y control de calidad

Para asegurar una adecuada confiabilidad del estudio, se evaluaron cuatro rasgos de los resultados obtenidos (Salgado, 2007):

- Consistencia lógica: dos investigadores analizaron la información por separado para asegurarse de que las conclusiones obtenidas son coherentes y no responden a un sesgo por parte de uno de los investigadores.
- Credibilidad: se mantuvieron las notas originales tomadas durante las entrevistas, además de los archivos de audio, para sustentar el proceso investigativo. Las entrevistas fueron transcritas de forma textual, para poder realizar su interpretación.
- Confirmabilidad: se tuvo en cuenta el contexto físico, interpersonal y social de cada entrevista.
- Aplicabilidad: la población utilizada fue descrita con datos básicos demográficos, de manera a enriquecer el contexto particular de cada uno de los entrevistados y poder definir la universalidad de los hallazgos dentro del contexto del sistema de salud actual.

Para hacer una descripción y análisis de los hallazgos encontrados, se utilizó el enfoque hermenéutico narrativo de Paul Ricoeur (Escalante, 2013). Así, se pasó por una lectura ingenua de la narrativa<sup>4</sup>, como un primer contacto con los hechos narrados, para posteriormente realizar un análisis desde la fase de comprensión. En la Imagen 1 se ilustra este proceso gráficamente en un flujograma. No se profundizó en el análisis estructural dado que la estructura de las entrevistas no se dió para realizar un análisis de la presentación de la información de manera libre y autónoma por parte de las personas entrevistadas. Finalmente, los resultados se contrastaron con la bibliografía hallada sobre las categorías de abordaje y emergentes.

---

<sup>4</sup> Entendida como la primera lectura que da el contexto necesario para, en las siguientes lecturas, organizar los hechos, la temporalidad y los temas según el contexto del relato.

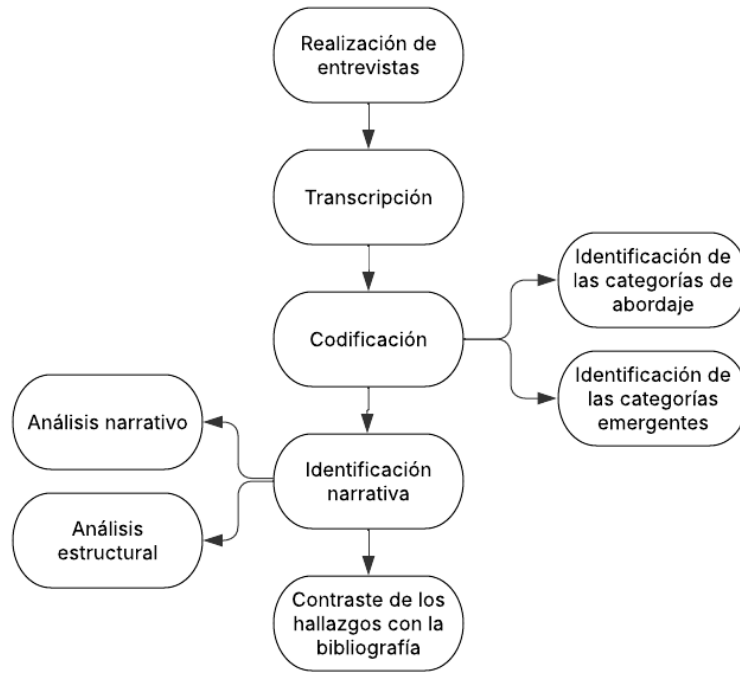


Imagen 1: flujograma del trabajo de investigación

## Categorías de abordaje

Se plantearon como categorías de abordaje temas amplios sobre los cuales se centrarían las entrevistas. Se omitieron listas extensas de síntomas, así como manifestaciones en lenguaje técnico que pudieran sugerir a la población de pacientes entrevistada un abordaje únicamente desde la ciencia médica. Dado que la emoción más rápidamente ligada a la depresión suele ser la tristeza, se omitieron otras manifestaciones específicas de manera a dejar espacio para las categorías emergentes.

Las categorías de abordaje que se contemplaron para la realización de este trabajo fueron: la depresión, la tristeza, el proceso salud-enfermedad y la funcionalidad. A lo largo de las entrevistas, surgieron otras categorías —denominadas más adelante “categorías emergentes”—: la construcción social de la realidad, lo espiritual y el sufrimiento, el rol moral del médico y las metáforas y lenguaje que se utilizan para hablar de la depresión.

### *Depresión*

Se tomó el concepto de “depresión” como aquel limitado en su definición según los criterios del DSM-V para el “trastorno depresivo mayor”. Así, la depresión

se toma como una categoría diagnóstica, como una etiqueta, que se otorga desde los servicios de salud hacia el individuo (usualmente del médico al paciente), respetando los criterios diagnósticos<sup>5</sup>.

Sin embargo, la depresión no tiene únicamente una concepción científica, sino también una social o cultural. Es en esto último que se profundizará en este apartado.

---

<sup>5</sup> Tomado textualmente del Manual Diagnóstico y Estadístico - 5, en español:

“A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación). Trastorno de depresión mayor 161
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor. Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.'

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica”

## *Tristeza*

En este trabajo, la “tristeza” es tomada como aquella emoción percibida, usualmente en un lapso de tiempo corto, y que sale de la línea de base puntual para un individuo. Según la RAE, la tristeza es un “*estado de ánimo que se caracteriza por un sentimiento de dolor o desilusión que incita al llanto*”<sup>6</sup>. Si bien mucho de la literatura médica no define específicamente la emoción, es un concepto que se utiliza de la misma manera en que el resto de la comunidad no-médica lo utiliza.

## *El proceso salud-enfermedad*

Se aborda el proceso de salud-enfermedad como aquel mediante el cual se produce la enfermedad a partir de la salud, y la salud a partir de la enfermedad. Ha de ser pensado como un contínuum de tiempo en el cual se pasa de un estado de “salud” a un estado de “enfermedad”; pero también lo que cada estado suscita en el individuo y lo que demanda de él.

## *Funcionalidad*

Se aborda la idea de “funcionalidad” como la capacidad de un individuo para realizar sus actividades típicas sin dificultades/problemas en las áreas en las que se desempeña (trabajo, estudio, familia, ámbitos sociales...). Si bien este tampoco es un término puramente médico, en la medicina en general suele ser utilizado con estos significados, haciendo énfasis en el entendimiento mecanicista-biológico del cuerpo como un ente que tiene ciertas labores que ha de desempeñar. Para este trabajo, se retomará el criterio B del DSM-V para depresión mayor:

“B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento”

Hay dos grandes categorías en las que se divide en este trabajo la idea de funcionalidad: la relación del individuo consigo mismo —junto con la relación con el ambiente, entendido como las otras áreas en las que el individuo se desempeña— y la relación con los demás.

---

<sup>6</sup> Tomado del Diccionario de la Real Academia Española.

## Resultados y análisis

En esta sección se presentarán los hallazgos encontrados a lo largo de las entrevistas realizadas. Se decidió realizar el análisis al mismo tiempo dado que las narrativas conseguidas ilustran elementos descritos por autores en otros contextos, y esto permite una presentación de las narrativas con una mayor profundidad de su contenido.

Inicialmente se presentará una caracterización de los pacientes y psiquiatras entrevistados, así como un análisis de lluvia de las palabras más frecuentemente encontradas en las entrevistas realizadas por cada uno de los grupos. Éstas fueron filtradas de manera a no incluir las palabras utilizadas por el entrevistador durante las entrevistas, sino únicamente desde lo mencionado directamente por los entrevistados.

En un primer apartado, se profundizará en la depresión, enfocada desde el entendimiento narrativo de la triple mimesis descrito por Paul Ricoeur. Se desglosan los momentos interpretativos de la narración tanto de los pacientes como de los psiquiatras, de manera a obtener un entendimiento de la depresión según varios ejes: la vivencia de los eventos, de la temporalidad y de los espacios. Posteriormente, se hace énfasis en las fuerzas enunciativas y narrativas que obran en los relatos de los pacientes y los psiquiatras, para poder concluir algunos roles propios proyectados por cada grupo, así como la perspectiva sobre la enfermedad propia.

En un segundo tiempo, se profundizará sobre la tristeza como experiencia vital, así como el rol que tienen las emociones según la perspectiva de los entrevistados —más allá de las emociones únicamente negativas—, permitiendo una comprensión sobre el rol de las emociones en la práctica clínica y en el encuentro diagnóstico con los pacientes.

Se hablará sobre el proceso salud-enfermedad, en un tercer apartado, lo que permite entender la depresión como una vivencia “estandarizada” clínicamente, que tiene una forma de preguntarse y de sospecharse tanto por parte de los clínicos como los pacientes. Esto permitirá un abordaje del diagnóstico y el tratamiento como puntos de encuentro humano, más allá de lo médico, y la relación que esto fomenta entre los enfermos, el sistema de salud y la sociedad. Finalmente, sobre las categorías de abordaje se hablará sobre la funcionalidad, entendida desde una perspectiva doble: el paciente y las acciones que le competen “únicamente” a él, y el paciente frente al resto del mundo.

Se hallaron categorías emergentes, que se abordarán en un primer lugar desde la construcción social de la realidad. Según esta postura, la vivencia personal del

paciente es igual de válida que la científica que brinda la medicina, ya que la realidad se co-construye entre aquellos que la integran. Esto permite ver una de las limitantes que presenta el enfoque biomédico cuando se presenta como único frente a las dolencias personales.

Posteriormente, se presenta el sufrimiento asociado a la depresión, y cómo los elementos espirituales propios pueden favorecer —o dificultar— su afrontamiento; lo que permite continuar con el rol esperado del médico. Se desglosa este tema en la identidad esquirlada del psiquiatra como individuo, desde cómo se espera que actúe, qué valores y qué cualidades debe esgrimir y los ideales que debería mantener.

Finalmente, se hará una lectura de la depresión desde un punto de vista semántico/lingüístico profundizando en las metáforas que se utilizan para intentar describir las vivencias personales propias. Este último apartado es un intento de salvar el abismo comunicacional que se presenta entre las expectativas y la realidad del encuentro clínico entre los pacientes y los psiquiatras.

#### Caracterización de la población incluida en el estudio

Se entrevistaron en total a 10 pacientes, cantidad total obtenida durante el análisis de las categorías de abordaje, dado por la saturación de las categorías. Las edades de los pacientes se encontraron entre 23 y 50 años, con una edad promedio de 33.1 años; se escogieron 5 mujeres y 5 hombres. Se presentan los datos demográficos de importancia en este grupo en la tabla 1 a continuación.

Tabla 1:

Identificador	Codificado como	Sexo	Edad	Procedencia	Originario
Paciente 1	P,F,1	Femenina	35	Bogotá	Caracas
Paciente 2	P,F,2	Femenina	24	Bogotá	Bogotá
Paciente 3	P,M,3	Masculino	50	Bogotá	Bucaramanga
Paciente 4	P,M,4	Masculino	30	Cota	Cota
Paciente 5	P,M,5	Masculino	32	Bogotá	Bogotá
Paciente 6	P,F,6	Femenina	32	Bogotá	Bogotá
Paciente 7	P,F,7	Femenina	23	Bogotá	Barranquilla
Paciente 8	P,F,8	Femenina	29	Bogotá	Bogotá
Paciente 9	P,M,9	Masculino	27	Bogotá	Bogotá
Paciente 10	P,M,10	Masculino	49	Bogotá	Sogamoso

Adicionalmente, se entrevistaron en total a 10 psiquiatras, cantidad total obtenida durante el análisis de las categorías de abordaje, dado por la saturación de las categorías. Como se encuentra ilustrado en la tabla 2, las edades de los psiquiatras se encontraron entre 27 y 38 años, con una edad promedio de 31.9 años; se escogieron 7 hombres y 3 mujeres. El tiempo de ejercicio como psiquiatra se encontró entre 1 y 9 años; y se tomaron psiquiatras egresados de diferentes instituciones<sup>7</sup>.

Durante la búsqueda de sujetos se realizaron tentativas de muestreo intencional en miras a expandir las experiencias vitales posibles (psiquiatras con mayor tiempo de ejercicio, o con una mayor edad); sin embargo, muchos de éstos decidieron no hacer parte del estudio.

Tabla 2:

Identificador	Codificado como	Universidad	Sexo	Edad	Años de desempeño
Psiquiatra 1	PS.M.1	Nacional	Masculino	31	2
Psiquiatra 2	PS.M.2	Bosque	Masculino	30	3
Psiquiatra 3	PS.M.3	Rosario	Masculino	27	1
Psiquiatra 4	PS.M.4	Militar	Masculino	31	3
Psiquiatra 5	PS.F.5	Javeriana	Femenina	38	9
Psiquiatra 6	PS.M.6	Sanitas	Masculino	38	6
Psiquiatra 7	PS.M.7	Nacional	Masculino	34	6
Psiquiatra 8	PS.M.8	Nacional	Masculino	31	2
Psiquiatra 9	PS.F.9	Nacional	Femenina	32	2
Psiquiatra 10	PS.F.10	Nacional	Femenina	27	1

#### Análisis de palabras

Se codificaron las entrevistas y se pasaron por un contador de palabras, según el cuál se consiguieron las siguientes imágenes de resumen sobre las palabras más comúnmente utilizadas en las entrevistas realizadas.

<sup>7</sup> 5 psiquiatras egresados de la Universidad Nacional, 1 egresado de la Universidad El Bosque, 1 egresado de la Universidad del Rosario, 1 egresado de la Universidad Militar, 1 egresado de la Fundación Universitaria Sanitas.



Se evidencia un contraste claro entre las palabras utilizadas por parte de ambos grupos, ilustradas en las imágenes 2 y 3. El lenguaje utilizado por el grupo de pacientes durante las entrevistas permite ilustrar una aproximación menos medicalizada, con palabras de significado más amplio (“persona”, “vida”, “mundo”) comparado a las utilizadas por el grupo de psiquiatras (“pacientes”, “síntomas”), quienes utilizan un lenguaje más técnico correspondiente a su área de trabajo.

Es llamativa la importancia de la palabra “momento” (pero también las palabras “proceso” y “problema”) en las narrativas de los pacientes, dado que circunscribe la experiencia a una temporalidad específica; es decir, la depresión no es necesariamente algo “de por vida”, sino que es algo pasajero. A pesar de la experiencia narrada como algo amplio, los psiquiatras son rápidos en encasillar las manifestaciones de los individuos (que llaman “pacientes”), como “síntomas”.

A pesar de que parece haber una mayor cantidad de palabras de las que se valen los médicos para hablar sobre la depresión, la mayoría pueden reunirse en una menor riqueza semántica, dado que hacen parte de las mismas familias. Por último, llama la atención la palabra “ejemplo”, utilizada por los psiquiatras, que denota cierta interiorización intuitiva de un sistema académico, en el que las situaciones han de ilustrarse de alguna manera estandarizada.

#### Sobre la depresión

Según Ricoeur (2004; 1999) la vida se puede vivir como narración, dado que los relatos son autocomprensión que opera en la vida, y no es simplemente su reflejo; se encuentra como un proceso integrado al hecho de vivir. Propone que hay una teoría de la narración en tres estadios de la mimesis (Ángel, 2011):

- mimesis I: las mediaciones simbólicas en el mundo de la vida (momento pre-narrativo que prepara el sistema simbólico de la realidad).
- mimesis II: narración como mediación entre historia individual a una historia narrada en acontecimientos organizados de manera inteligible.
- mimesis III: momento de la lectura, donde concluye el proceso narrativo.

Para analizar las narrativas de la depresión que se consiguieron a lo largo de las entrevistas, se utilizó una aproximación desde la triple mimesis de Ricoeur, retomando la Propuesta Investigación Narrativa Hermenéutica (PINH) de Quintero.

Toda narrativa tiene un contexto en el que se realiza, así como tiene un momento en el que se realiza y tiene un momento en el que se interpreta —o se lee— posterior a su formulación. Estos tres momentos serán profundizados durante este apartado; sin embargo, siguiendo a Quintero, existe un primer momento investigativo que se da incluso antes del primer momento narrativo —es decir, de la mimesis I—: la

recolección de la información. En este caso, la recolección de la narración se realizó siguiendo la metodología previamente descrita, razón por la cual no se hará énfasis en ella en esta sección.

## 1. La triple mimesis y la depresión - Mimesis I

El segundo momento investigativo hace referencia a lo que, según Ricoeur, es la “mimesis I”. Se trata del nivel textual pre-narrativo, en el cual la narrativa se inserta en un contexto dado incluso antes de ser “narrada”.

En este momento, se encuentran:

- los acontecimientos narrados, que, en este caso, se analizará desde tres eventos importantes: la cotidianidad de la depresión, el proceso del diagnóstico y el tratamiento.
- la temporalidad
- la espacialidad

### 1.1. Los acontecimientos narrados

#### **El proceso de la depresión**

A lo largo de las narrativas conseguidas, se encuentra que el individuo ve modificada su vivencia subjetiva del mundo. Su mundo cognitivo se convierte en una experiencia tan aversiva que el dolor físico se presenta como alternativa preferible (Styron, 1992).

*“digamos que el desespero lo hace a uno agredirse de alguna forma. Entonces, si uno le mete el puño a la pared o... Me pasó, ¿me entiendes? La frustración está en que uno se rasguña a uno mismo, se jala el pelo, se... Bueno, se agrede”.* (l. 164-167 - Paciente 4)

Esta modificación del mundo vivido se produce de manera gradual, de manera a ser más fácilmente evidenciada desde afuera —los demás individuos de su círculo social, por ejemplo—; el carácter se rigidifica y se produce una distorsión de la vivencia del yo.

*“... llega a ser demasiado terca, es demasiado difícil y no hay métodos y pues los familiares no son ya de por si doctores entonces a veces colapsan y para mi pienso que a veces lo pueden ver como una pataleta o una vaina que no”* (l. 276-278 - Paciente 5)

Se dificulta el abordaje de problemas y la búsqueda de soluciones. El foco de atención (cognitivo) migra hacia lo interno, por encima de lo externo y se sesga

hacia lo negativo; promoviendo a su vez la visión negativa aumentada del entorno (Buriticá, 2023).

*“... empieza la autoexigencia entonces dicen que no sirven para esto critican todo, entonces y tienen conductas más de riesgo entonces están los que manejan a todas las que se atraviesan y entonces por algún accidente terminan faltando también por la distracción dejan más las cosas entonces pueden dejar el celular dejan las llaves y eso va afectando como en cadena” (l. 280-284 - Psiquiatra 2)*

Incluso se produce un cambio en la espiritualidad de la persona, que se ve retada por la depresión como si fuera un ataque. En algunos casos, sin embargo, también puede ser visto como una oportunidad de cambio, de crecimiento para cambiar los valores morales intrínsecos del individuo.

*“... o como que lo estaría viendo más como... como que lo ve más como cierto abo, como a ver, como que es que usted no quiere hacer las vainas o no sé qué. de hecho, yo tenía temor cuando me daba a mí la depresión” (l. 491-493 - Paciente 2)*

## **El diagnóstico de la depresión**

La persona puede vivir el diagnóstico de múltiples maneras. Una de éstas es la “trivialización”, en la cual los pacientes consideran que ponerle (o no) nombre a su situación no aporta nada, ni bueno ni malo. Esto es algo que se encuentra en referentes literarios, como el de Styron (1992), en el que se describe una experiencia vital divorciada de su significado en el gremio médico; el paciente vive en un mundo en donde los tecnicismos del lenguaje no tienen relevancia, o son obviedades que no tienen una respuesta emocional diferente.

*“yo ya llegué al consultorio autodiagnosticada” (l. 23 - Paciente 4)*

*“... pues con todo el tema de redes sociales y demás, va teniendo como más información acerca de lo que implica ser ansiosa” (l. 25-26 - Paciente 4)*

Otra de las posturas frente al diagnóstico es la experiencia de un “etiquetaje”, que re-escibe la identidad del individuo y lo modifica en función del mundo externo. La persona es designada socialmente como “un deprimido” —desde el pronunciamiento del diagnóstico “oficial” por parte de un médico— y hay posturas tanto de aceptación de esta nueva identidad, como de rebeldía frente a ella.

*“... además los nombres no son tan lindos, no, no suenan tan bonitos. Por eso es que uno queda como de pronto frustrado un poquito porque lo que te digo uno se siente dentro del aspecto o sea no se dentro de la tendencia*

*global de la gente es que son personas normales y nadie tiene problemas pero realmente pues todos todos tenemos problemas pero entonces si ya comienzas a calificar cosas entonces no es nada malo pero en realidad la otra persona ni siquiera se avisa o a definir cosas o a veces habla hasta malo pues también esta mal” (l. 245-251 - Paciente 5)*

Además, el diagnóstico de la depresión puede ser, en ocasiones, considerado como un evento positivo. No sólo se confirman sospechas que se tenían de antes —retroalimentando la percepción del individuo de que “algo no está bien”—, sino que también se provee de una explicación viable, en muchos casos “científica”, para justificar los cambios percibidos. El individuo se libera, en cierta medida, de la responsabilidad de sentirse mal, porque no depende de él, sino de un proceso médico del cuál es víctima.

*“Yo siento que, pues, entre más informada está la comunidad, más se dan cuenta como que, ah, carajo, ¿cómo así que esto no es solo cansancio? ¿Cómo así que esto no es...? O sea, ¿cómo así que no es normal que era el ser vivo? Porque todos los días están empezando a consultar más porque están más informados” (l. 212-219 - Psiquiatra 9)*

Por último, hay una conexión profunda entre el sujeto, su vida y el relato —o la narración—, de forma que el individuo se relaciona consigo mismo a través del relato vital que se reafirma (Quiceno, 2021); frente a esto, la enfermedad cuestiona la continuidad y coherencia interna del individuo. El individuo enfermo “pierde” su identidad, construida desde una narrativa usualmente de la salud como algo implícito, y ha de re-descubrir quién es.

Así no sea lo ideal, el diagnóstico de la depresión le permite al individuo reconciliar la identidad fracturada previamente. Se le otorga al paciente no sólo un rótulo diagnóstico, sino una nueva identidad, lo que puede derivar en una “sobre-identificación” con el diagnóstico cuando el individuo acepta la nueva identidad del diagnóstico como una realidad inmutable e incuestionable. El individuo deja de ser cualquier cosa que no sea “un deprimido”.

*“es ese dolor emocional como que se murió a alguien; que te moriste tú” (l. 77-78 - Paciente 1)*

*“no sé qué soy. O sea ¿Qué? No tengo motivación de nada, no soy nadie” (l. 213 - Paciente 1)*

*“relacionarse con algunas cosas porque si bien no está deprimido vea que si le están afectando de alguna otra manera entonces si bien no les doy un rótulo les ofrezco de alguna manera una explicación y creo que un relato del cual ellos tal vez puedan apropiarse” (l. 182-184 - Psiquiatra 10)*

## El tratamiento de la depresión

Dado que la depresión, en su vivencia, es una situación subjetiva y no-transferible, su vivencia se hace conceptualmente distanciada del mundo externo. La interpretación, desde la depresión, del mundo externo se modifica a tal punto que las medidas terapéuticas pueden ser interpretadas como dañinas.

*“Cuando yo salí, para yo poder estudiar... Bueno a mí me dieron una incapacidad de un año. Para yo no estudiar Pero yo dije “No de malas, yo quiero estudiar, yo qué me voy a quedar haciendo en la casa”. Yo hablaba con el psicólogo y le decía que para mí, mi refugio era el colegio. Era como estar metida en el colegio, hacer tareas. Ese era mi refugio. Entonces Yo decía juepucha y me lo van a quitar” (l. 156-160 - Paciente 1)*

*“la demás gente en su afán de ayudar a su círculo, pues obviamente creen que hay situaciones por las que se debe tratar de... de colaborar a la persona para que salga de allí. pero no es lo que uno está buscando. Yo me acuerdo en alguna depresión mi papá llegaba con la biblia a leerme, venga, leemos acá este salmo, no sé qué” (l. 357-360 - Paciente 2)*

El médico y el paciente miden con diferentes varas la mejoría, de manera que lo que para un médico puede ser algo detrimental, se ve como algo potencialmente positivo para el paciente. Incluso, elementos cotidianos triviales para el médico, pueden tener una interpretación significativa para el paciente.

*“... Pero llevaba más de 10 años con un medicamento que creo que fue que no sirvió ahorita o dejó de funcionar y, y, y a mí literal me daba miedo quitarme el medicamento” (l. 446-450 - Paciente 2)*

*“... empezó a hacer como su efecto y de la nada me empecé a sentir contenta con pendejadas con la comida, con algo como un mesada de rico esto empieza uno a tener como un agradecimiento extremo que me imagino yo que tampoco es lo normal me imagino yo que también era como un periodo de abstención al medicamento o algo así pero sí pero sí yo hace mucho rato no me sentí así lo que me hizo empezar como a sentarme como a revaluar y dónde empezó todo, cómo empezó todo” (l. 344-349 - Paciente 4)*

El tratamiento de la depresión es percibido como un todo, completo, por parte del paciente<sup>8</sup>; mientras que por parte de los médicos se tiene la tendencia a desglosar en elementos diferentes que influyen en la mejoría. Así, el paciente hace

---

<sup>8</sup> De manera similar a lo que ocurre con la vivencia de la depresión: para el paciente se “vive” la depresión en todo, mientras que los médicos, en ocasiones, buscan una manifestación pura de la depresión “aparte de” elementos cotidianos, para arriesgarse con un diagnóstico.

caso omiso a qué de su tratamiento depende directamente del médico, qué depende del sitio de la atención o del mismo sistema de salud. Los médicos suelen profundizar más en estos elementos diferenciales.

*“si sale una situación muy obvia, mi trabajo es una mierda y ahí eso es el sitio que me está dañando y parando, listo. No decirle renuncie porque pues eso es lo que lo va a acabar” (l. 332-334 - Psiquiatra 9)*

*“Un choque terrible, porque yo chillando, y ella, no, no se preocupe, y comiendo, cogió una coca, sacó una coca, nunca se me olvidará ese episodio” (l. 218-219 - Paciente 2)*

La única autoridad, realmente, competente para definir cómo le está yendo con el tratamiento, debería ser, entonces, el paciente.

## 1.2. La temporalidad

El tiempo de una narración puede ser clasificado en tiempo cronológico —el tiempo “real”, el objetivable—, el tiempo vivido y el tiempo histórico. El tiempo histórico usualmente hace referencia a un punto intermedio entre el tiempo objetivable y el vivido, dado que se refiere a aquél tiempo pasado que tiene alguna clase de relevancia para una persona o un grupo de personas (Quintero, 2018). En este caso específico, se hará una profundización desde el tiempo vivido, mucho más que el cronológico o el histórico, ya que no se está investigando un único evento datable, sino una experiencia vital.

La relación que tiene el individuo, temporalmente, con la depresión puede ser variada. Puede ser tanto algo puntual, episódico, como un proceso prolongado a lo largo de la vida. Frente a **su propia depresión**, el individuo puede incluso encontrar variaciones en su presentación a lo largo del tiempo; es decir, un mismo episodio depresivo a cierta edad puede no ser idéntico a otro episodio depresivo a una edad diferente.

*“habrá más tipos de depresión que siento que a veces uno de por sí ha pasado por muchas etapas, en su momento, de la enfermedad” (l. 92-94 - Paciente 1)*

*“es un momento vital como desafortunado, ¿no? Que detiene todo, ¿no? Que altera todo, ¿no? Creo que oscurece todo, ¿no? Todo como que lo empaña, ¿sí? enlentece... Incluso, que la detiene, ¿no? Como que las... Es eso, ¿no? Como cierta relación... Un cambio en la relación con el tiempo, ¿no?” (l. 19-25 - Psiquiatra 7)*

De la misma manera, la experiencia vital del tiempo se presenta con mayor riqueza desde una aproximación empírica antes que teórica<sup>9</sup>. Esta vivencia se nutre de elementos físicos y cognitivos que la modifican —y que, como se puede observar desde la perspectiva clínica del DSM-V, son parte de los síntomas esperados de la depresión—, haciendo que el tiempo vivido del individuo sea diferente del tiempo “objetivo”. El tiempo se vive a través del mismo filtro emocional que el resto de la realidad (Stanghellini, 2017).

*“podía durar tres horas entre estar en el televisor. Y no tenía ni idea. O sea, si no preguntaba qué acababa de pasar en la película, no sé. O sea, ni idea. De qué se trataba ni nada. Entonces no tenía capacidad de concentrarme más que en ese. Que me hizo no poder concentrarme en nada”* (l. 77-80 - Paciente 4)

*“Yo realmente no podía dejar de hacer movimientos repetitivos. Sin ningún objetivo. Y no simplemente yo caminaba de un lado para el otro lado. Podía durar así horas. Caminando de un lado para el otro lado para pasar el tiempo”* (l. 88-90 - Paciente 4)

*“lo más duro, [...] realmente es no poder disfrutar las relaciones que tenemos las relaciones con los animales las relaciones con la naturaleza, con la oportunidad de ver el sol, el día la oportunidad de estar con una familia de tener algo y verlo. Saberse en el presente”* (l. 265-268 - Paciente 9)

El tiempo se ralentiza, de manera que el **presente** se modifica. El individuo no vive a la misma “velocidad” que los demás, reduciendo el fragmento del presente en el que se puede encontrar a sí mismo. La ralentización del tiempo produce un aumento del tiempo proyectado hacia el futuro y hacia el pasado a detrimento del presente.

Sin embargo, la vivencia del **pasado** tampoco se ve conservada del todo. Desde la perspectiva biológica, hay una disminución en la capacidad atencional, que a su vez produce una menor fijación de las experiencias en la memoria, “des-memoriando” al individuo y robándole también su pasado; y, lo que tal vez es peor, su sentido de coherencia identitaria a través del tiempo, similar al borramiento del individuo descrito por Styron en *Esa Visible Oscuridad* (1992).

*“me acuerdo el psiquiatra me explicó la diferencia entre un episodio depresivo y un trastorno depresivo y siento que sí la comprendí como teóricamente, racionalmente, pero de alguna manera, a mí continuamente se me olvidaba que es raro”* (l. 27-30 - Paciente 6)

---

<sup>9</sup> Los pacientes presentan más códigos referentes a lo que es el tiempo, de lo que se encuentra entre los médicos.

Finalmente, la vivencia del **futuro** del individuo se ve truncada, ya que la depresión se convierte en una realidad ineludible que el paciente debe anexar a sus proyecciones. La depresión no es sólo un evento presente, sino que se conceptualiza como una certeza “de aquí en adelante”, produciendo incertidumbre sobre los planes previamente proyectados.

*“sí cambió mucho porque es como decir pues tengo esto, ¿no? Y a partir de esto, ¿cómo voy a vivir? ¿Qué voy a hacer?” (l. 144-145 - Paciente 9)*

*“todo está perfecto por fuera. Y entonces sólo se suicidó un día, después de una clase. Y uno dice, ¿será qué me va a pasar algo así en un futuro? La depresión también me hizo tomar mi consideración para tener hijos. Sí, claro” (l. 567-570 - Paciente 1)*

El médico, por el contrario, se centra mucho más en el momento presente, el momento de actuar, de modificar, de sanar; proyectando hacia el futuro una sombra vaga de duda estructurada por el lenguaje técnico de la clínica. El médico habla, con mayor certeza gracias a las estadísticas y los hallazgos epidemiológicos, sin preocuparse por esa incertidumbre que aqueja a los pacientes, porque desde el punto de vista médico hay más claridad, *siempre hay una respuesta*.

*“cuando un paciente no responde a fármacos, tiene que pensar tres cosas. Uno, que el diagnóstico no es. Y volver otra vez a empezar de cero. Hacer una historia, hablar con familiares. Segundo, uno puede pensar que no hay adherencia, Entonces, uno que hace para saber si hay adherencia y el paciente está mal, le toca volver a empezar. Toca citar familia y poner a la familia ahí o toca internar a un paciente” (l. 387-391 - Psiquiatra 4)*

El médico se centra en la depresión como un elemento temporal pasajero, que de alguna manera es indeseable. No es un momento que se atraviesa, sino que es una eventualidad que ha de “revertirse”. El médico se centra en el pasado como el objetivo del tratamiento —el “volver a como funcionaba antes”—.

*“cuando las personas en depresión tocan el fondo no pueden encontrar ese camino solas parte de lo que uno si ve eventualmente en los pacientes cuando ya se recuperan es como este sentido nuevamente de gratitud que eventualmente tienen no solamente con el hecho de que ya salieron de la depresión sino como el poder volver a ver todas las cosas que antes tal vez” (l. 271-275 - Psiquiatra 9)*

En cuanto al tiempo histórico —que en este caso es más relevante que el puramente cronológico—, es relevante dado el avance que ha habido desde hace siglos en el entendimiento de la depresión. El clima político, cultural y social en el

que se inscriben estas narrativas hoy en día es tal gracias a los avances y cambios que se han realizado en el pasado.

*“estamos en una época donde este tipo de cosas no son normales son comunes y hay opciones y hay tratamientos y se requiere obviamente esfuerzo pero que no se puede. Como que mostrar luz” (l. 453-455 - Paciente 4)*

La sociedad actual propone unas problemáticas específicas, de manera que la depresión hoy en día no es (no puede ser) igual a la depresión de hace cincuenta, o veinte, o diez años. El psiquiatra ha de actualizar su rol como médico, de la misma forma que el paciente tiene que asegurarse de moverse con los tiempos (Paperny, 2020).

*“[es] una era como en la de educarnos” (l. 309 - Psiquiatra 4)*

*“en la actualidad la gente está tendiendo más a aislarse o a tener relaciones un poco más superficiales; si de con el que voy a tomar o hacer y pues digamos no me siento con esta persona tener una charla profunda realmente bueno quien es realmente usted que le gusta que piensa de tales cosas si no si o sea algo muy superficial y pues obviamente eso genera como esas sensaciones como una falta de intimidad intimidad con los demás y obviamente al verse esta falta de intimidad pues muchas veces eso afecta la manera en que expresamos nuestras vivencias hacia los demás claro yo no quiero ser el el que se pone a hablar de estas vainas y se caga el parche o que se yo pues obviamente el contexto uno no va a abrir su alma en una ferra” (l. 152-160 - Psiquiatra 6)*

*“lo negativo que es digamos como este tema de sobre diagnosticar los trastornos mentales en general sobre todo lo que es ansiedad y depresión porque ha sido como la masificación de hablar del tema en redes sociales pues digamos en el voz a voz con las personas pues ha llevado que la gente en cierto modo como que más capaz o sienta como menos temor; porque en cierto modo muchas veces a la gente le apena el temor como al rechazo o el temor a que juzguen sus emociones los lleva a digamos como a dejar de hablar de esto yo pienso que algo que si ha sido positivo de ahora que la salud mental este en boca de todos es que ha permitido que la gente sea capaz de expresar sus emociones con mayor” (l. 203-210 - Psiquiatra 6)*

### 1.3. La espacialidad

El espacio de una narración, similar al tiempo, se vive de manera diferente dependiendo de la subjetividad y, en este caso, del filtro emocional mediante el cual

se interpreta la realidad. Así, el espacio puede ser de “coordenadas territoriales” —similar al tiempo “objetivo”— o un espacio “simbólico” (Quintero, 2018); en este trabajo se profundizará sobre este último, dado que la depresión no tiene una espacialidad “objetivable”.

El paciente percibe su cuerpo —que es, de alguna forma, no sólo un espacio sino el medio por el cual los espacios se viven— de manera diferente a la usual. Se da una dimensión física a la depresión que retumba en el cuerpo del individuo de manera a agrietar su salud corporal (Styron, 1992), y que ocurre de manera casi invisible para los demás, condicionados cultural y socialmente a buscar la depresión como algo puramente emocional.

*“pueda que sea algo físico realmente lo que esté como afectando el cuerpo y que haga que uno sienta ciertas emociones, pero pues uno las perciba como tal vez algo intangible, pero realmente es algo físico. No sé si me hago entender” (l. 88-90 - Paciente 3)*

*“Pues se me rompió la cabeza pensando única y exclusivamente como... El dolor que estaba sintiendo y demás. Y mira que yo pasaba todo el día encerrada en mi apartamento. Caminando de un lado para el otro” (l. 83-85 - Paciente 4)*

El individuo, al “dejar de sentirse como sí mismo” (Haig, 2016), deja de sentir su cuerpo como propio en la misma medida. Los ritmos biológicos se ven modificados, de manera que el cuerpo pierde su gracilidad. Los espacios, de alguna manera similar al tiempo, se dilatan, se vuelven más amplios, potenciando la sensación de soledad y aislamiento del individuo.

*“yo olvidaba como tengo sueño por esto o no me puedo levantar por esto” (l. 39-40 - Paciente 6)*

*“Pero estando triste podría concentrarme en la universidad o podría tener un trabajo. Estando triste o podría terminar un posgrado estando triste. Podría hacer muchas cosas estando triste, pero la somnolencia es física. El cansancio es físico” (l. 116-118 - Paciente 6)*

Más allá de la vivencia “geográfica” del espacio, su contenido simbólico también se ve modificado. Los espacios pierden relevancia en la medida en que la resonancia afectiva con los elementos importantes —sean estos objetos, o personas— disminuye. El espacio pierde características no físicas, produciendo incomodidad y una sensación de rareza.

*“Es justamente eso, como que se me hace viva en todos los espacios Incluso puedo estar con la persona que quiero y es como No es suficiente” (l. 59-63 - Paciente 9)*

*“es que el sujeto no quiere escuchar ruidos, se vuelve totalmente hipersensible a los ruidos, no quiere que nadie le hable, no quiere que nadie opine, no quiere que nadie lo contamine y pone como una barrera de irritabilidad, por ejemplo, ¿no?” (l. 127-129 - Psiquiatra 4)*

El cuerpo, además, como interfaz con el mundo externo, impide una comunicación del medio interno con el medio externo eficaz. El individuo se ve enjaulado, haciendo el paralelo con un “enclaustramiento” simbólico y relacional (Solomon, 2015).

*“hilando muy fino yo creo que es otra manifestación del cuerpo afectado que finalmente es alguien que no quiere moverse es alguien que rehusa a cualquier desgaste cualquier uso de energía que innecesario entonces es pues es una otra de las formas de moverse claro o sea es mover la boca es mover el cuerpo es mover o sea es trasladarse hacia el lugar donde uno finalmente se puede mover va a socializar esa forma de socializar ¿sí?” (l. 175-179 - Psiquiatra 7)*

La relación entre el paciente y el medio se fundamenta en el desconocimiento de lo que el paciente es y representa. Esta ausencia de información facilita una errónea interpretación de la vivencia subjetiva, así como una invisibilización (externa y posteriormente interna) de la enfermedad.

*“mi mamá tampoco cree en la salud mental entonces era un episodio de rebeldía, de adolescente” (l. 209-210 - Paciente 1)*

Esto es mucho más importante frente a la depresión, dado que la depresión es concebida, en sus manifestaciones, como algo social. Los espacios en la depresión se ven modificados, principalmente, por su relación con el individuo y los otros.

## 2. La triple mimesis y la depresión - Mimesis II

El tercer momento investigativo hace referencia a lo que, según Ricoeur, es la “mimesis II”. Se trata del nivel contextual y comunicativo de la trama narrativa. Si bien Quintero (2018) esgrime tres fuerzas narrativas principales —compromisorias, metafóricas y simbólicas—, en este caso se requiere de una interpretación más amplia de su significado para hacer caso de la depresión.

## 2.1. Fuerzas enunciativas compromisorias

Las fuerzas enunciativas compromisorias hacen referencia a la emisión de enunciados por parte de los entrevistados respecto a promesas, pactos u obligaciones, entre otros. En este caso, dado que la depresión, de por sí misma, no genera un compromiso, se profundizará en los elementos “compromisorios” que surgen de ella, ya sea por motivación interna o externa.

Existe cierto “libreto de la depresión” al que se espera, implícitamente, que el enfermo se atenga. Esto tiene un componente interno —desde el mismo individuo deprimido, considera que “así es que debe ser”— y externo —la sociedad en general, pero específicamente en este trabajo los médicos, esperan que el paciente presente un cuadro claro de lo entendido como depresión—. Se pretende que la depresión sea una “única experiencia” compartida por las personas, y que las únicas modificaciones se presenten desde las particularidades de cada uno, que se enfrenta a un proceso único (Wakefield, 2016, p. 19).

Dentro de las manifestaciones que pueden “parecer” depresión, una de las más frecuentemente mencionadas por los psiquiatras es la personalidad del individuo. Existe, pues, un falso reconocimiento del otro (en su integridad, en su **identidad**) cuando la persona no sigue el libreto de la depresión. Y, sin embargo, se sigue transmitiendo esta información por medio del lente de la patología, de la clínica y psiquiatría.

*“no cree que de verdad tiene una depresión y piensan que es algo más de la personalidad” (l. 16-17 - Psiquiatra 4)*

*“... O que hay un trastornito de personalidad ahí metido y que eso sea la falsa depresión, ¿sí? Por ejemplo. Entonces, no es que la límite no se deprime, ¿sí? Las límites se pueden deprimir, claramente que sí pueden tener episodios. Y las histéricas también y los narcisos también y los, y los sociópatas también, solo que uno, uno como que no les cree, ¿no? Pero puede pasar eso, ¿no?” (l. 396-400 - Psiquiatra 4)*

El ideal personal está determinado socialmente, y se le determina a todos los individuos de la sociedad (en la sociedad occidental, al menos) como una posibilidad la excepcionalidad a la cual pueden (y deberían) aspirar desde la disciplina personal (que enaltece el auto-control y la auto-activación). Así, se plantean elementos culturales aspiracionales que la gran mayoría de las personas no serán capaces de cumplir (Wakefield, 2016, p. 42). Las narrativas personales se conciben de manera inseparable del contexto social y cultural en el que se encuentran inmersas (Capella, 2013).

Se suele sobre-dimensionar la **dimensión biológica** de la depresión como el factor determinante de “cuál es real y cuál no”. Tal vez esto se produce ya que hay cierta “validez”, u objetividad, inherente a los factores “comprobables”, y una desvirtuación de lo subjetivo y no comprobable.

*“uno puede tener síntomas depresivos en trastorno de un trastorno de adaptación, por ejemplo, o puede tener síntomas depresivos como, digamos, ahí subsindrómicos en contexto de que uno es alguien muy exigente consigo mismo, ¿sí? Mientras que una depresión formal, pues formal por decirlo así. Yo creo que de alguna manera que sí cumple como todos los criterios, yo siento que, pues primero se beneficia más que los anteriores que mencioné de una intervención farmacológica, ¿sí?” (l. 19-24 - Psiquiatra 10)*

Dentro de lo esperado para un individuo con un diagnóstico, se manifiestan ciertos elementos de comportamiento y de pensamiento. Así, hay ciertas consecuencias sociales a las que la persona deprimida debe hacer frente. A pesar de que se espera que el individuo enfermo busque ayuda (ver la categoría de abordaje salud-enfermedad), se le cierran también las posibilidades de acceder a ella por el potencial estigma al que se expone.

*“también buscan otras cosas para... Ocultar todo esto, porque lamentablemente pues está como muy mal visto el hecho de que un psiquiatra o un psicólogo solo, o sea, dicen que es para locos, pero en realidad piensan que no es solo eso, sino es como un maestro, unas herramientas que necesitas para que, digamos, en esos choques tan fuertes sepas qué hacer” (l. 52-56 - Paciente 5)*

*“Pero la gente le sigue teniendo miedo a eso” (l. 499 - Psiquiatra 4)*

El paciente psiquiátrico es percibido como inherentemente dramático (o exagerado) en su presentación de dolencias (Styron, 1992). Peor aún, el paciente psiquiátrico viste el manto del “loco” y del “desequilibrado” que tiene alguna clase de falla moral que justifica su dolencia. Se pasa de un entendimiento biológico (en donde las enfermedades pueden tener factores de riesgo pero son, eminentemente, aleatorias) a uno místico, en el que la persona es, no sólo responsable, sino culpable y cómplice de su sufrimiento.

*“me pongo a expresar yo no estoy buscando tal vez dar lástima” (l. 288-289 - Paciente 3)*

*“y si esto se les come la vida, ¿no? Claro, porque la gente siente que la depresión les quita la vida, ¿no? Como que les quita las ganas de hacer cosas, de hacer planes, les pone el estigma del loco de la familia, del*

*depresivo. Entonces ese es el loco del trabajo porque ahí se deprimió porque la mujer lo dejó y se quebró y cosas así” (l. 489-492 - Psiquiatra 4)*

En el mejor de los casos, el paciente psiquiátrico peca de debilidad, de ser una víctima moral, que sufre por deporte; en el peor es presentado como alguien tan corrupto moralmente que se **merece** una enfermedad de este talante. La justificación **externa de las emociones**, al proveer una explicación adicional (más “benigna”, más “mundana”) facilita la conceptualización del individuo como alguien **“simplemente frágil”**.

El individuo deprimido, por metonimia de ser un paciente psiquiátrico, rápidamente pierde capacidades que se dan como evidentes en los demás. La capacidad de razonar, de pensar, de tener los pies plantados en la tierra, que no se suele cuestionar en los otros, se vuelve el pan de cada día para el individuo deprimido. Se el cuestiona cualquier decisión, porque **no puede razonar adecuadamente (Grandes, 2022)**.

*“es más fácil aceptar que es una enfermedad cardíaca o que es una enfermedad mental A nadie le gusta escuchar que tiene una enfermedad mental Porque por amor a la enfermedad mental, le estima de loco que por amor no puede tomar decisiones Toda acción que va a hacer es por algo que no es lógico” (l. 183-186 - Paciente 10)*

En cuanto a la depresión en sí, esto toma otro cariz adicional: la depresión, al disminuir la energía y el componente volitivo del individuo, lo transforma en un **ente pasivo**.

*“Si estoy deprimido, ¿puedo tomar decisiones?” (l. 506-507 - Psiquiatra 4)*

La locura, en sus últimas manifestaciones, se convierte en una posibilidad tan indescriptiblemente horrenda, que se prefiere **la muerte**. Y tanto los pacientes, como el **público en general**<sup>10</sup>, ve la locura como un posible resultado; incluso se plantea como una salida tricotómica (en la cual las probabilidades no se encuentran a favor): la persona se muere, se cura, o se enloquece.

Finalmente, esta malicia que se le adscribe al paciente psiquiátrico se transforma (junto con la ausencia de capacidad para razonar, como un crecimiento lógico en intensidad, más no en manifestaciones) en violencia potencial. El paciente psiquiátrico es violento, es peligroso, es incapaz de censar que puede hacerle daño a los demás.

---

<sup>10</sup> También el psiquiatra 10 (y algunos otros), cuando menciona la depresión psicótica.

*“la creencia estúpida de que, es que si yo tengo una enfermedad mental, es que soy un loco, soy un desquiciado, voy a coger aquí, voy a sacar una pistola y voy a matar a todo el mundo” (l. 248-250 - Paciente 2)*

*“tú sabes que los psicópatas y los violentadores sexuales y los asesinos, pues son personas deprimidas que han vivido un montón de situaciones a lo largo de su niñez especialmente, pues que entonces es un problema muy... por eso te decía como algo muy social es un problema muy social que nos afecta que ya trasciende a otras cosas también” (l. 354-357 - Paciente 9)*

En la depresión, **propia**mente dicha, existe también la posibilidad de ser “peligroso” como **vector de “contagio”**. Existe el miedo (en el paciente) de que su sufrimiento produzca malestar, sufrimiento o dolor en sus seres queridos. Así, el paciente deprimido es “peligroso” de manera pasiva, constante, al estilo de los desechos radioactivos.

*“él no merece eso. Él no merece que yo lo someta a él, que él no tiene ese diagnóstico, él no debería verme así. Él no debería vivir con alguien que tú no sabes si en vida se va a querer parar. y comerse el mundo o simplemente durar la vida entera” (l. 585-588 - Paciente 1)*

Así, el paciente deprimido ha de concebirse a sí mismo (y esta imagen es facilitada por la sociedad y su percepción de su dolencia) como un ente de dos caras, en quien el cambio es volátil, impredecible y temible. El individuo termina por percibirse a sí mismo como el monstruo de dos caras (es tanto el doctor Jekyll, como mister Hyde) en quien esa **invisibilización de los síntomas**, la **autocensura en que incurre**, le permiten un ocultamiento de su cara más dañina para los demás.

*“para un, las personas inmediatas a uno, las más cercanas, es difícil, eh, tratar y convivir con una persona que esté pasando por estos cambios como tan, tan bruscos de, de, de emoción, de, de actitud. Entonces, yo trato también de entenderlos y, y trato también como mantenerme muy, muy, muy neutro frente a ellos” (l. 269-272 - Paciente 8)*

## 2.2. Fuerzas enunciativas metafóricas

Si bien existen múltiples metáforas en cuanto a la depresión se refiere, tanto por parte de los pacientes como de los psiquiatras entrevistados, en este apartado se abordarán las más importantes para la conceptualización de la depresión. En apartados posteriores (ver la categoría emergente de metáforas y lenguaje), se profundizará sobre esto.

La metáfora no se busca necesariamente para su uso en la práctica clínica, sino como una práctica reflexiva que revela los significados de la experiencia. “La

metáfora crea nuevos significados, crea una nueva realidad” (Ricoeur, 2001 - EN Zamarrón, 2021). La metáfora no es un juego de palabras únicamente, sino es una transferencia de sentido que otorga un significado (y un afecto relacionado) a otra cosa. En medicina (y particularmente en psiquiatría) la metáfora cobra importancia porque describe la realidad; se inserta la biografía personal dentro de la experiencia de la enfermedad (Zamarrón, 2019, p. 487).

Dentro de las metáforas identificadas, cabe destacar ciertas de éstas que son culturalmente reconocidas. Así, se tienen manifestaciones físicas, espirituales y simbólicas de la depresión.

### **Lo físico**

La depresión se presenta como un proceso con posibilidad de destruir al mismo individuo. Esta pérdida del “yo” se explora desde un lenguaje desde lo físico, pero también como algo metafísico, similar a lo descrito previamente por Solomon (2015).

*“esa fue una grieta enorme donde el cerebro se me volvió añicos” (l. 92 - Paciente 4)*

La depresión puede presentarse también como una destrucción con propósito: es una conquista del individuo, en el que el campo de batalla es él mismo, y las defensas que posee van erosionándose poco a poco (Haig, 2016).

*“y yo me puedo mejorar de eso y seguir en seguimiento. Pero si usted no se toma el fármaco, no va a terapia y no sigue las recomendaciones, pues prepárese para que esto sea largo y su vida se vea un poco interrumpida por eso” (l. 486-488 - Psiquiatra 4)*

*“y si esto se les come la vida, ¿no? Claro, porque la gente siente que la depresión les quita la vida, ¿no? Como que les quita las ganas de hacer cosas, de hacer planes, les pone el estigma del loco de la familia, del depresivo. Entonces ese es el loco del trabajo porque ahí se deprimió porque la mujer lo dejó y se quebró y cosas así” (l. 489-492 - Psiquiatra 4).*

La depresión es, específicamente para los pacientes<sup>11</sup>, una fuerza de la naturaleza —inevitable e invencible—, frente a la cual el individuo se encuentra tan indefenso como frente a un huracán. Finalmente, en las últimas etapas de su

---

<sup>11</sup> En efecto, estos códigos referentes a la impotencia frente a su enfrentamiento son únicamente presentados en las narrativas de los pacientes; lo cual podría indicar que la postura “desde el conocimiento” en la que se encuentra el médico trivializa en alguna medida esta idea de que la depresión es un enemigo invencible.

progresión, la depresión pasa a ser algo incontenible. Es un enemigo implacable que, eventualmente, vence.

*“quisiera evitar como también llegar a ese probablemente límite en el que realmente pues no me contenga” (l. 252-253 - Paciente 3)*

*“ya no puedes más, ya te duele mucho, ya esto está jodiéndote mucho y juepucha, ríndete porque está muy doloroso pero como que una jala y jala y hace muchas cosas pero hay quienes no jalan, hay quienes de verdad se dejan llevar por la pena” (l. 78-82 - Paciente 9).*

El individuo se percibe en una condición de finitud propia, que lo lleva a pensar en sí mismo como indefenso y susceptible al daño (Morales, 2017). Si bien es cierto que la depresión y la muerte suelen estar ligados en el imaginario social, es una relación más compleja en los relatos de los entrevistados. La muerte puede considerarse como un alivio, una alternativa al sufrimiento inaguantable de la depresión; como también puede considerarse como una alternativa no válida para salir de esta situación.

*“Yo quisiera a veces como empujar como como las, las avestruces que meten la cabeza en la tierra. Así quisiera uno como intercambiar. y muchas veces, muchas veces acostarme diciendo ojalá no amanezca. O de pronto yéndome en un avión para una audiencia, todo el mundo en el avión pidiendo dios mío que lleguemos con bien y yo diciendo dios mío que se caiga el avión” (l. 135-139 - Paciente 2)*

*“tengo ese pensamiento como de si no estuviera no tendría este tipo de preocupaciones. Entonces pues eso me parece que es como lo más terrible realmente” (l. 258-260 - Paciente 3)*

## **Lo espiritual**

Una de las metáforas principalmente utilizadas por los entrevistados frente a la dimensión espiritual de la depresión es la del estancamiento. Es una enfermedad de la quietud, como una petrificación que anquilosa el alma y congela al individuo de a pocos —primero el afecto, la energía y después el pensamiento— para producir una estatua que no lo representa sino en parte (Styron, 1992) (Bonnett, 2013)

*“con estas ideas de tristeza, de baja energía, de pensamientos así como malucos, pues ella fue la que me remitió. Me dijo que comenzáramos el proceso con psiquiatría, precisamente, pues, porque ya es un tiempo en el que, pues, debí era haber presentado alguna, pues, algún progreso, alguna mejora” (l. 29-32 - Paciente 8)*

La depresión se manifiesta como un deterioro de la voluntad, es un arrebatolitivo de los planes y las actividades del individuo. Es una enfermedad de la pasividad, que impide que el individuo se defienda a tiempo mientras progresa, y le dificulta acudir a buscar ayuda de cualquier fuente.

*“como muy apagado, como achantado por ese tipo de, como por las cosas que pasan en general. Tal vez como no sé, como sin esas ganas, tal vez a veces uno ve como un otro tipo de personas que tal vez están como un poco más... más activas o motivadas, no sé, también. pero es un error como no compras con la gente, pero sí, pues no sé, sí siento que es como la tristeza, como cuando uno está ahí en un estado como, no sé, como apagado” (l. 54-58 - Paciente 3)*

Se deteriora incluso la esperanza (que, en este caso, sería una “voluntad vital”), produciendo un pesimismo en la proyección a futuro, que inutiliza cualquier esfuerzo dado que se borra el rumbo hacia el que la persona se dirige. La depresión se convierte en un monstruo, en un depredador, que devora la vida de la persona de a pocos, sometiéndolo a un proceso de pasividad constante.

*“en las personas que he conocido que tienen depresión y están diagnosticadas, muchas veces sienten que la vida es insuficiente y uno les puede decir muchas, muchas cosas y luego es como pero no, no es suficiente” (l. 74-76 - Paciente 9)*

## **Lo simbólico**

La esperanza, en la depresión, se expresa como luz; la depresión, por tanto, queda descrita como una oscuridad que lo apaga todo. La depresión no es únicamente oscuridad, sino es una oscuridad inherentemente hostil.

*“Que todo se le oscurece, ¿sí?  
Todo se le oscurece. Y que la, y entonces muestran como cuando toman el Prozac y van a terapia, eso se va, se va quitando la oscuridad” (l. 511-514 - Psiquiatra 4)*

Se manifiesta, también, como la pérdida del control, de la libertad para actuar y, eventualmente, del mundo familiar (Benavides, 2023). Así aparece la imagen de la pérdida —de interés en su explicación psicoanalítica— como la manifestación primordial de la depresión. En ocasiones, es algo total, la pérdida de todo, al mismo tiempo (Linares & Campo, 2000); en otras ocasiones es una pérdida progresiva —como un ladrón que quita y quita—, que limita cada vez más la capacidad de ayuda, de “salir del hueco”.

*“para mí la depresión es como perderme, la motivación y la tristeza” (l. 85 - Paciente 5)*

*“recuperar la confianza pues en sí mismo y recuperar todas esas cosas que la depresión poco a poco quita” (l. 372-373 - Psiquiatra 6)*

La ausencia de estos elementos es una sensación casi física descrita por los pacientes. Los elementos vitales/espirituales de los que se carece se vuelven ahora cosas cuya ausencia produce un desasosiego en el individuo. El mundo externo se percibe de manera diferente, dado que ahora faltan las herramientas necesarias para percibirlo de manera usual.

*“tú lo que sientes es vacío” (l. 99 - Paciente 5)*

La depresión es la pérdida (real o metafórica) percibida como tristeza. Tiene un **rol comunicacional** respecto a los demás, al hacerles parte del conocimiento sobre la ausencia propia de algún elemento, que puede ser resarcido (real o metafóricamente) por los demás.

*“que se pueda obtener algo positivo en una depresión o sea volvemos al tema si lo hablamos de la tristeza yo si encuentro cosas positivas en la tristeza la tristeza como emoción como sensación de pérdida de algo sea real o imaginario y es básicamente lo que nos lleva a que los demás porque la tristeza yo la consigo así la tristeza es una manifestación que uno tiene o que uno expresa para que los demás la identifiquen para que la identifiquen en qué sentido se den cuenta de que esa persona está mal y lo apoyen” (l. 245-251 - Psiquiatra 6)*

El individuo pierde, incluso, su valor moral y social. No sólo se le retiran elementos a la persona, se retira **a la persona** de la sociedad.

*“no tengo otra opción sino decir lo que realmente siento y me está pasando entonces por más vergonzoso, que fuera porque es vergonzoso o sea, tener depresión es como como está dañada. Entonces obviamente eso genera vergüenza de una u otra forma por más que no lo tenga no se ha trabajado o lo que sea entonces es difícil” (l. 313-316 - Paciente 4)*

Finalmente, el individuo se ve “fragilizado” desde lo moral, lo político y lo físico (Morales, 2017). La depresión se presenta como contaminación del individuo por parte de elementos que considera negativos. Los pensamientos, por ejemplo, de autocrítica o de muerte, pueden ser considerados una polución no deseada del “yo” por parte de la depresión.

*“ya no me llegan esos pensamientos tan contaminantes, pero si uno no pone a su parte es muy complicado” (l. 123-124 - Paciente 5)*

*“también la contaminación de estar todo el tiempo pensando eso también va a destruir muchas cosas” (l. 310-311 - Paciente 5)*

Esta destrucción (connotada como putrefacción, fuertemente negativa desde lo irreparable, pero, paradójicamente, natural) puede producirse en el individuo, pero también como una especie de contagio hacia los demás.

*“es meramente probabilístico o sea, eso es cierto, pero siento que si hay formas de depresión que simplemente te van pudriendo poco a poco” (l. 375-376 - Paciente 6)*

*“a veces siento que me estoy simplemente pudriendo, ¿sabes?” (l. 380-381 - Paciente 6)*

### 2.3. Fuerza narrativa simbólica

La importancia del símbolo en la narrativa no es nueva en psiquiatría. En efecto, es uno de los fundamentos de la orientación psicoanalítica del entendimiento de la psicopatología y la terapéutica. Sin embargo, en este apartado se describirá la forma “mítica” que tiene la vivencia de interpretarse desde la cultura y la sociedad, interiorizado dentro del microcosmos de cada perspectiva.

Las concepciones filosóficas sobre el sufrimiento —y en este caso puntual, la tristeza y la depresión en relación con el mismo— se han abordado desde múltiples lentes (Watzlawick & Nardone, 2014). Así, conviene pues, resaltar que hay ciertas corrientes que consideran que “la tragedia es parte inherente de la condición humana” (Linares, 1996). Incluso, algunos plantean que la depresión hace parte de un continuum de emociones de las que no deberíamos siquiera intentar escapar. En otras palabras, no sólo es algo inevitable, sino que es “bueno” que así sea, ya que otorga la posibilidad de una experiencia emocional más “completa” (Solomon, 2015).

Se plantea en *Caminos de Reconocimiento* (de Ricoeur), que el sufrimiento añade un sentido más profundo al destino y la vivencia particular del individuo, justificando, de alguna manera, su postura desde una perspectiva cultural y social en la que el sufrimiento no es visto necesariamente como algo inherentemente malo, sino un pago necesario para conseguir los objetivos propios (Zamarrón, 2021).

Emergen algunas perspectivas puntuales sobre lo que es (y debería ser) el “correcto proceder” frente al sufrimiento. A pesar de ser un proceso doloroso, los elementos positivos se ganan usualmente por el esfuerzo. El sufrimiento es algo, pues,

inherente a la vida y la humanidad que busca conseguir constantemente un mejoramiento propio.

*“a mí me tocó descubrir muchas cosas de mí misma y volverme a reinventar”* (l. 411-412 - Paciente 4)

*“porque el humano está hecho de dolores”* (l. 141-142 - Paciente 5)

Y, sin embargo, ¿cuál es el interés de sufrir “por deporte”? ¿Por qué sufrir si hay otras formas menos duras y menos difíciles de conseguir el mismo autoconocimiento propio? Las demás maneras podrían ser menos efectivas, precisamente porque causan menos sufrimiento; después de todo, “las cosas fáciles no valen la pena”.

*“pienso que es un poquito difícil y no juzgo a las personas que no lo saben comprender porque tendrán otras cosas o nunca les hará falta o vivirán contentos con eso pero pues para mi digamos a veces llenan vacío con otra cosa”* (l. 348-351 - Paciente 5)

Esta experiencia humana de las emociones negativas puede ser desagradable, pero necesaria para poder representar la vivencia humana legítima, completa. Hay un imperativo en reconocer y vivir lo negativo para estar “completo”. Así mismo, la experiencia emocional humana ha de compartirse con los demás (para dar un sentido de comunidad, y de visibilización social). Así, se convierte la sociedad en uno de los medios en los cuales se ejerce la humanidad colectiva. Sin embargo, compartir esta experiencia humana requiere de cierto esfuerzo cognitivo; es un proceso activo.

*“o nos interesamos justamente por saber de fondo qué piensa esa persona qué está sufriendo y por qué está sufriendo y qué le pasó en toda su vida para que eso le esté pasando y cómo eso lo está llevando para saber justamente estas respuestas de qué es lo que más le pesa a [XXX] entonces no hay un interés”* (l. 328-332 - Paciente 9)

*“Exacto y pues es que el ser humano es social por naturaleza entonces o sea el integrarnos con los demás le da un sentido a la vida entonces pues obviamente si uno se siente que está que hay un muro invisible uno está al otro lado del acantilado con respecto a los demás pues que evita que uno simplemente se tire al abismo”* (l. 185-188 - Psiquiatra 6)

Se producen ciertas explicaciones “morales” a la depresión, que ayudan a disminuir el sufrimiento propio frente a la enfermedad. En la conceptualización social

de la depresión<sup>12</sup>, se le adscriben ciertos valores morales a aquellos que sufren de depresión. Son personas exitosas, o que potencialmente lo serían si no estuvieran teniendo el hándicap de la depresión. Es decir, es una enfermedad facilitada (o perpetuada) por el éxito personal (Ramírez-Bermúdez, 2022) (Linares, 1996).

*“de pronto un poco acerca de la historia de la depresión y mira qué personas han sido deprimidas, uno ve que hay mucha gente que ha sido una gente muy importante, una gente de pronto muy especial, san francisco de asís sufría depresión, winston churchill sufría depresión, bueno, la madre teresa catruta sufría de muchas depresiones y muchas personas de la vida que han tenido cosas y esto han sufrido depresión” (l. 512-516 - Paciente 2)*

Al producirse, desde algún modelo, por la interiorización (o el no compartimiento) de los sentimientos negativos con el medio, la depresión se convierte en una enfermedad que sólo acecha a aquellos que ya son demasiado considerados con sus allegados. Es decir, es una enfermedad que sólo afecta a los virtuosos, a los que ya aman a su prójimo.

*“... como malestar a mi familia creyó, pero yo sentía que los estaba avergonzando de alguna u otra manera” (l. 62-64 - Paciente 7)*

El deprimido “real” no se vale de estrategias manipulatorias, sino que sufre en silencio, como un buen mártir. Las herramientas sociales que pueden surgir de la enfermedad son elementos que el enfermo no utiliza; otorgándole por esa misma vía cierta culpabilidad moral justificada cuando sí lo hacen (porque por consecuencia lógica, rompen con esa virtud del enfermo, se convierten en simuladores/manipuladores).

*“es que quiere o busca o necesita el rótulo de deprimido no como una manifestación de la depresión sino como una manifestación de su forma de ser, ¿sí? y pienso que es totalmente distinto o sea, eso sí es profundamente diferente y, o sea, en ese escenario que comparamos el deprimido difícilmente le interesa” (l. 127-130 - Psiquiatra 7)*

Sobre el planteamiento de la psicopatología se encuentra un modelo “clásico” (mediante el cual las características iniciales del individuo interactúan con “desencadenantes” y “moduladores”), y uno “bio-psico-social” en el que los procesos patológicos son concebidos como una interacción del individuo con su entorno (Mebarak, 2009).

Se sabe, en realidad, poco sobre por qué la depresión existe, desde un sentido teológico o moral; pero también en el sentido biológico. Si bien hay ciertas

---

<sup>12</sup> Ver Sontag, La enfermedad y sus metáforas (1980).

depresiones que pueden tener un componente más o menos claro desde la fisiología —como, por ejemplo, las depresiones orgánicas—, aún no se ha llegado a una conclusión sobre *qué tiene que ocurrir* para que alguien se deprima (Linares, 1996).

Así, parte de la importancia del entendimiento de la depresión como proceso clínico por parte tanto del médico como del paciente se consigue por medio de una explicación causal, así esta no sea la “única verdad”. Es, en este caso, suficiente con tener una explicación. Esto se produce principalmente en tensión desde los medios interno y externo del individuo.

Los elementos cognitivos (es decir, internos) del individuo pueden facilitar la aparición, o la perpetuación de estados emocionales que se transformarán en depresión (Humphreys, 2018). Dentro de las causas posibles para la depresión, se complementan los elementos biológicos con elementos intrapsíquicos del individuo. Así, la forma de ser (excesivamente rígida, o emocionalmente inexpresiva) o los mecanismos mediante los cuales vive las emociones, puede facilitar la aparición de depresión en ciertos individuos por encima de otros.

*“Mi pensar siempre ha sido muy científico. O sea, a mí me cuesta realmente creer en cosas que no tengo como cuantificar”* (l. 233-234 - Paciente 4)

*“mira que a mí no me han vuelto esos pensamientos, pero cuando yo me encierro, me enfrasco, no quiero salir, no quiero hacer nada, vuelven, pero casi que a diario, cada segundo, cada minuto, y te cuestionas de todo, entonces pienso que también cuestionándote todo el tiempo, pues no estás tranquilo, no vives”* (l. 138-142 - Paciente 5)

La tristeza y la frustración pueden surgir de situaciones aún no resueltas por el individuo, de manera a cristalizarse en una expresión emocional negativa que “se queda” como parte de la persona. La depresión puede facilitarse por estas emociones, o puede ser su evolución lógica, convirtiéndose en un llamado de atención para procesar esas emociones antes de que sigan avanzando.

*“son los modelos como existenciales de psicoterapia que plantean es que... La tristeza viene de la distancia entre lo que yo considero que le da sentido a mi vida y como yo en la vida en que estoy, sí y cuando esa distancia se amplía muchas veces entonces muchos de los trabajos... Y creo que también el trabajo introspectivo es preguntarse uno realmente qué es importante para uno a un nivel más allá de lo puramente material”* (l. 103-108 - Psiquiatra 1)

La depresión puede, entonces, ser incluso algo positivo aunque inconsciente, en la que el individuo la utiliza como herramienta de autoevaluación cuando su

sentido identitario pelagra. Es un proceso de transformación “consciente” mediada por una alarma desde lo “inconsciente”.

La depresión también puede facilitarse desde lo externo. Puede haber causas ajenas al individuo (y su mundo mental, interno) que facilitan la tristeza y, eventualmente, la depresión (Solomon, 2015) (Ceberio y Watzlawick, 2006). Esto no es una postura únicamente desde las pacientes (siendo los médicos los que privilegian las explicaciones “internas” biológicas), pero sí se encuentra mayormente representado en sus entrevistas. La depresión es facilitada por elementos externos al sujeto, que pueden ser tanto normales como extraordinarios, y que fomentan una reacción emocional inusual.

*“incluso se siente deprimido pero también puede ser por un amor, por la soledad, y no nos enseñaron a como amarnos a nosotros mismos para tener ese gusto de estar dormidos, de poder disfrutar con uno mismo, entonces pienso que ahí está la clave”* (l. 112-114 - Paciente 5)

*“Porque sé que cualquier pérdida, cualquier cosa me podía precipitar otra vez a un episodio depresivo”* (l. 277-278 - Paciente 1)

Se crea un círculo vicioso que sale de lo interno y contamina lo externo; que, a su vez, se reintegra desde lo externo a lo interno creando un bucle negativo.

*“tuve problemas laborales, no conseguí empleo. Y eso generó un doble círculo de visión, o sea, tú no consigues empleo, entonces, no entiendes. Entonces, empeora todo lo demás. Empeora todo”* (l. 194-196 - Paciente 10)

#### 2.4. Interpretación emocional de las vivencias

Las emociones principales que se derivan de la vivencia de la depresión son varias. A pesar de que pareciera obvio que la principal fuera la tristeza (ver la categoría de abordaje tristeza), resulta importante resaltar que no es la única.

El individuo puede, además, tener emociones “indirectas” al “sentir sobre sentir” —o “meta-emociones”, si se prefiere—. Así, uno espera encontrar la culpa, la vergüenza, o cualquier otro estado emocional que surge de un estado emocional “primario” (Fuchs, 2013).

El sufrimiento por parte de los pacientes, suscitado muchas veces por la depresión, se produce en varias etapas. Se encuentra el sufrimiento que se podría llamar “directo” como aquél que se produce desde el paciente en relación con la vivencia “primaria” de la depresión; y el sufrimiento “indirecto” como aquel que resulta de reconocer el sufrimiento ajeno causado en los demás.

*“pues no sería justo tampoco con las personas que están a mi alrededor” (l. 330-331 - Paciente 3)*

*“hablando de la culpa como el sentido de haber fracasado hacia algo o hacia alguien” (l. 232-233 - Psiquiatra 6)*

Este sufrimiento “indirecto” en ocasiones también se produce en el mismo paciente, al ser consciente de sus limitaciones y de las capacidades perdidas, así como de la inevitabilidad de su malestar continuado (Haig, 2016)<sup>13</sup>.

*“estás en un lugar tan maravilloso y saber que no puedo disfrutar de la manera en que quisieras” (275-276 - Paciente 9)*

Esto ocurre incluso en el caso de los psiquiatras, dado que la relación médico-paciente es bidireccional, y por tanto es capaz de causar reacciones en cada uno de sus participantes.

*“Cuando un paciente no responde como uno quiere, cuando está mal, cuando te dice eso no me está sirviendo, no me hace nada, pues eso genera frustración” (l. 230-232 - Psiquiatra 3)*

La depresión se manifiesta dentro del discurso de los entrevistados como una mezcla caótica de múltiples elementos. Es un pantano, es bruma, es un océano, en donde conocer su composición específica y los monstruos que acechan en lo desconocido es una empresa inútil.

*“la tristeza está y si yo hablo sobre el tema entonces de pronto me pongo a llorar y lloro. Pero si no hablo sobre el tema pues no estoy llorando. Pero ahí está la tristeza, pero no es solamente tristeza, no sé si me estoy haciendo entender. No es solamente tristeza, es la tristeza asociada a muchas cosas” (l. 116-119 - Paciente 2)*

*“yo a todas las personas que sufren de depresión de verdad que las compadezco. Y me compadezco. Y me compadezco terriblemente porque entonces obviamente digamos que lo que se siente es como un desespero, una frustración, una tristeza profunda. Y eso ya luego se convierte en miedo” (l. 103-106 - Paciente 4)*

---

<sup>13</sup> En su texto, Haig escribe: “Mum turned around in the passenger seat and looked at me and smiled and the smile had a slightly crumpled quality, her eyes glazed with tears. I felt it. The weight of Mum. The weight of being a son that had gone wrong. The weight of being loved. The weight of being a disappointment. The weight of being a hope that hadn't happened the way it should have”; ilustrando esta idea de que el sufrimiento se produce al ver reflejado el potencial perdido en los demás.

La depresión impide reconocer el mundo como es, pierde al individuo en un desierto lleno de espejismos, en donde todo es humo y espejos. Las emociones, usuales brújulas para atravesar este terreno, se vuelven en contra de la persona dificultándole el camino (en vez de ayudarlo) (Styron, 1992).

*“Yo me acerqué a ellos en donde les dije que, que yo no me sentía ya seguro de, de, de casarme, esa decisión. No, no era por, porque ya no, pues, amara a, a esa persona, sino que yo ni siquiera sabía que, tal vez en ese momento me sentía tan confundido”* (l. 244-246 - Paciente 8)

## 2.5. Sistematización de los atributos de los sujetos

El agente de la narrativa, que en muchos casos es también su narrador, y en este caso son los pacientes y psiquiatras entrevistados, tiene un rol activo dentro de la narración. Es decir, es el narrador/agente quien decide presentar su vivencia de una manera específica, lo que le otorga cierto poder frente al relato narrado. El individuo tiene entonces juicios, acciones y potencialidades; y en este caso específico, se considera beneficioso también plantear las limitantes identificadas.

### Juicios

Se concibe la depresión como una progresión que afecta progresivamente más el cuerpo —se entiende la invasión del cuerpo como un criterio de gravedad de la enfermedad—, y esta dimensión es más sencilla de explicar dado que hace parte del mundo externo del individuo. Es más “objetivable” para su comunicación a los demás.

*“Los dolores en general son terribles, lo más de nada así”* (l. 403 - Paciente 4)

*“creo que es malestar físico, lo toman como malestar físico, pues yo también a la gente le doy herramientas para que crea que sea así y no que sea otra cosa. Entonces, acá creo que es, pues, cansancio o, bueno, el poder de los tres”* (l. 98-101 - Paciente 7)

Las estrategias para manejar ese dolor se pueden intentar desde lo físico hasta lo mental (Haig, 2016) (Solomon, 2015). Sin embargo, el dolor trasciende el plano físico y llega hasta lo etéreo. La depresión se convierte en una enfermedad del alma, algo casi únicamente otorgado al Hombre en su capacidad de animal pensante. La depresión, pareciera, la enfermedad más humana posible, entonces.

*“toda mi vida me he sentido triste, toda mi vida me he sentido inconforme, toda mi vida me he sentido triste, toda mi vida he sentido que me duele la vida, que me duele existir, que me duele ir a trabajar, que me duele... Pero*

*obviamente con los últimos años esto se ha hecho mucho más grande entonces sí” (l. 102-106 - Paciente 9)*

Adicionalmente, la depresión tiene una dimensión “moral” —así sea únicamente una percepción desde lo social— como una falla espiritual del individuo. La depresión lesiona moralmente al individuo, le hace perder su valía.

*“no tengo otra opción sino decir lo que realmente siento y me está pasando entonces por más vergonzoso, que fuera porque es vergonzoso o sea, tener depresión es como como está dañada. Entonces obviamente eso genera vergüenza de una u otra forma por más que no lo tenga no se ha trabajado o lo que sea entonces es difícil” (l. 313-316 - Paciente 4)*

## **Acciones**

El individuo, frente a la depresión, puede de todas maneras actuar. Es una oportunidad de ejercer una introspección que se vería interferida en otros contextos, así como para ejercer el autocontrol.

*“tú eres más vulnerable, en el que tienes que conocerte muy bien, conocer tu contexto Y empezar a ser más alerta a los cambios que tienes” (l. 43-45 - Paciente 1)*

*“de un momento al otro perdía el control de mi misma y empezaba a no sé yo creo que hasta es terrorífico para un tercero ver cómo se empieza a compensar la persona” (l. 396-398 - Paciente 4)*

La autopercepción del individuo se ve modificada, priorizando la energía para cumplir obligaciones en muchas ocasiones externas. Se deja de lado lo interno, lo propio, para favorecer lo externo y ajeno.

*“Yo puedo hacer un escrito, yo puedo hacer un escrito, estando bien yo puedo hacer un escrito facilísimo. Pero cuando estoy mal y me dicen escribir las vocales en un papel, yo me congestiono y yo no soy capaz. Yo siento que no voy a ser capaz de escribir esto” (l. 83-86 - Paciente 2)*

*“sé que es una obligación hacerlas, pues las resulto haciendo” (l. 213-214 - Paciente 3)*

Finalmente, una de las acciones que puede tomar el individuo deprimido es comunicar con los demás. Esto tiene un objetivo doble: desde el individuo la comunicación se produce para sentirse mejor entendido, y desde la sociedad la comunicación se produce como un conjunto de exigencias que se ejercen sobre el

enfermo. Hay una reciprocidad que cobra importancia, sobre todo en el ámbito clínico, dado que es uno de los frentes del contacto del individuo con el mundo.

## **Potencialidades**

El individuo ve truncadas sus potencialidades, percibiéndose en muchas ocasiones más como una víctima de la enfermedad antes que como un agente que pueda actuar frente a esta mejoría. Sin embargo, de alguna forma también es el mismo victimario; es por medio de la depresión que el individuo se convierte en su propio “enemigo”. La depresión permite, entonces, un laboratorio perfecto para que el individuo aprenda a ser más compasivo consigo mismo, y por consiguiente, con los demás.

*“siento que es importante que tú no lo vivas solo. Porque cuando tú estás solo, y yo siempre he dicho, a mí me da miedo. Me doy miedo” (l. 301-303 - Paciente 1)*

*“yo debería estabilizarme ya. Y mire que yo puedo y como si esta gente sí, yo por qué no. Y entonces empieza uno como a tener comparaciones con otras cosas. Y a darse uno duro, duro, duro, duro, duro” (l. 322-327 - Paciente 2)*

## **Limitantes**

Los médicos son un poco más abiertos al entendimiento de las limitantes que interfieren, eventualmente, en el proceso de diagnóstico y tratamiento del individuo deprimido. Hay ciertas barreras administrativas (o del sistema) que impiden trascender del requerimiento de un diagnóstico; razón por la cual, puede ser un paso desagradable obligado para los pacientes en nuestro contexto.

*“aunque uno no quiera igualmente le toca dejar algún diagnóstico para reclamar los medicamentos, y dejar la historia clínica entonces siempre aparece algo” (l. 214-215 - Psiquiatra 2)*

*“usted puede ver de manera transversal cómo fue la evolución del cuadro y puede aprender de esa evolución cómo son las características de una depresión. En cinco pacientes y los cinco pacientes ser completamente, tener la misma edad, el mismo grupo de edad, el mismo género, pero tener diferentes características, dolencias distintas o maneras de ver diferente la depresión” (l. 256-260 - Psiquiatra 4)*

Esto se produce, no sólo por los elementos externos al médico —como lo pueden ser los tiempos de consulta, o las dificultades en el ambiente no adaptado para su atención—, sino también por elementos propios del médico.

Así, se corre el riesgo de estar caminando en el limbo entre sobre-simplificar la vivencia ajena por la practicidad de la práctica, y desenfocar la vivencia de la persona tanto que se producen aproximaciones terapéuticas más parecidas a “patadas de ahogado” antes que a una intervención orientada a las particularidades de cada quien, con tal de saber que se está “haciendo algo”.

*“... ponerle choques, ¿sí? Entonces ahora, que no, que las clínicas de ketamina, [...] Los hongos, ya se me olvidan. Eh, las drogas psicodélicas se me fueron. Eh, que tampoco, pues, no sabemos a largo plazo lo que puedan producir. Entonces, nos metemos más como por esas cosas raras o la estimulación transcraniana y no nos echamos para atrás a mirar qué pasa, ¿no? O si hay un deterioro cognitivo o hay un deterioro cognitivo de base como una discapacidad” (l. 402-407 - Psiquiatra 4)*

La psiquiatría presenta una desconexión entre la teoría y la práctica, que dificulta la aplicación idónea de las recomendaciones terapéuticas; adicionalmente, desde lo administrativo, también se plantean elementos que dificultan la realización del abordaje desde lo ideal.

*“hay algunas de esas recomendaciones que no son factibles en el día real” (l. 436-438 - Paciente 2)*

Los criterios diagnósticos se presentan, pues, como algo insuficiente, como un medio en el que se han de enfocar primero los medios antes que los resultados. La utilización del diagnóstico sirve para identificar al individuo dentro del mundo de la salud (se pasa de ser un individuo con todas sus complejidades, a ser una etiqueta), que limita a la persona a una única dimensión de expresión.

*“cualquier manual que exista, no solamente de psiquiatría sino que de medicina. La idea va a ser como unificar estadísticamente las situaciones. Ojalá en aras no solamente de que se vuelva una cosa de ego como, ojo, diagnostiqué esto con todos los criterios del DSM. Sino que en el momento en el que alguien más tome el caso, en el momento en el que esa persona salga y tenga que enfrentarse otra vez a... El sistema que efectivamente no deja hacer los seguimientos en el momento en el que esa persona otra vez esté afuera y le pregunte, bueno, ¿por qué carajo es lo que le pasa a usted? Poder ponerle ese nombre y poder hacer algo con ese nombre” (l. 171-178 - Psiquiatra 9)*

*“Si no es mejor manejar el mismo lenguaje que de una a otra instancia nos ha servido con sus errores, con sus fallos, pero no ha servido nos ha servido para decir si llega un paciente con estas características englobe... lo aproxime?” (l. 154-156 - Psiquiatra 8)*

*“Probablemente si no estuviera la premisa de me van a hospitalizar me van a poner en un sitio donde me van a dar pepas o me van a dejar ahí con el drogadicto o con el psicótico; ahí si variaría mucho el punto de atención entonces que una persona que salió de un episodio depresivo pueda llegar a un grado de introspección de decir ya cambié ya mejoré ya saqué lo bueno de este episodio depresivo hablaría muy bien de la persona y muy bien del tratante de la persona y muy bien del tratante que logra hacer que un paciente saliera de él” (l. 189-195 - Psiquiatra 8)*

Adicionalmente, el psiquiatra se ve limitado, además, en su labor, por el manejo de expectativas inherente a la **labor moral** que se manifiesta en el médico. Dado que la psiquiatría se un ejercicio de confianza entre dos extraños, el psiquiatra se ve también limitado desde la posición de intruso, a pesar de que esto se vea mitigado por su posición de relativo poder en la relación.

### 3. La triple mimesis y la depresión - Mimesis III

El cuarto momento investigativo se refiere a la reconfiguración de la trama narrativa —la mimesis III, según Ricoeur—, en el que se produce una nueva lectura a partir del diálogo con otros actores del proceso. En este caso específico, este proceso se puede desglosar en dos periodos: uno de “meta-textualidad” parcial, al contrastar las narraciones tanto de pacientes como de psiquiatras —así reconstituyendo la pluralidad del “mismo” evento—, y otra que se realiza por medio de su interpretación en este trabajo.

A lo largo de las narraciones descritas cabe destacar las dos posturas específicas establecidas: la de los pacientes, quienes poseen un conocimiento fruto de la experiencia vivida personal, y la de los psiquiatras, quienes poseen un conocimiento en muchos casos producto de la formación teórica y no-vivencial. Hay casos en los que ambos mundos convergen, produciendo un paciente-psiquiatra; sin embargo, en estos casos la postura teórica sirve para complementar la experiencia vivida personal del individuo. Así, aquellos psiquiatras que han tenido la oportunidad de convivir con alguien deprimido —sean ellos mismos, u otras personas cercanas— matizan su entendimiento teórico de manera a aproximarse más a la riqueza fenomenológica descrita por los pacientes.

Algunas de las diferencias notables entre ambos grupos a lo largo de estas entrevistas consisten en la distribución diferencial de códigos, la proyección de los roles propios en el proceso del sistema de salud (que se abordará con mayor profundidad la categoría de abordaje salud-enfermedad), y la perspectiva sobre la enfermedad que resulta de una postura de “conocimiento previo” vs. “entender popular”.

### 3.1. Distribución diferencial de códigos

Durante la codificación de los hallazgos de las narrativas, surgieron subcategorías en los cuales se agruparon los códigos más representativos. Así, en la sección que reunía los códigos referentes a las relaciones entre el individuo deprimido y su contexto —tanto el ambiente social en general, como consigo mismo—, los psiquiatras hicieron mucho menos hincapié en las modificaciones propias de las dinámicas relacionales producto de la depresión.

Los pacientes describen con mayor facilidad las dificultades sociales e institucionales a las que han de hacer frente, mientras que la mayoría de los psiquiatras presentan cierta postura de “ignorancia” frente a todo lo que tiene que ver con el contacto del paciente con el sistema de salud por fuera del encuentro clínico con el médico.

Los médicos presentan una narrativa de lo que la depresión es, cómo surge y cuál es su futuro más o menos estandarizada; lo cual no es de sorprender dado que todos se acogen a la visión clínica —técnica, médica— de lo que explica la depresión. Adicionalmente, frente a las manifestaciones metafóricas de la depresión, los pacientes presentan una mayor riqueza del lenguaje. Esto podría estar en relación con que si bien existe un “lenguaje común entre médicos<sup>14</sup>”, no necesariamente existe un “lenguaje común entre enfermos”.

### 3.2. Proyección de los roles propios

Al hablar de las expectativas y obligaciones propias, los pacientes esgrimen una perspectiva casi únicamente desde su rol específico. Es decir, los pacientes se pronuncian casi exclusivamente frente a lo que es —cómo se vive, qué se espera— ser un paciente. Los psiquiatras, por otro lado, se pronuncian casi exclusivamente sobre su propio papel en esta interacción, dejando de lado las proyecciones hipotéticas sobre los pacientes.

Esto tiene una posible explicación desde el entendimiento de la enfermedad desde un punto de vista teórico que tiene la mayoría de los médicos entrevistados. Los médicos no utilizan metáforas —las metáforas son lenguaje coloquial, impropio de comunicación entre profesionales— sino que utilizan un razonamiento en “signos” y “síntomas”, ya que no poseen tampoco una experiencia en carne propia que pudiera dar mayor solidez a aquél lenguaje que los pacientes utilizan y que el médico ha de “traducir” para sus colegas.

---

<sup>14</sup> Esto se puede relacionar con que la enseñanza de la psiquiatría —como de la medicina, en general— uniformiza el lenguaje, dificultando el registro de elementos que se salen de este léxico aprendido.

Por último, es de esperarse que los pacientes ignoren, en cierta medida, la experiencia del médico de “ser médico”, pero pareciera digno de mención que los médicos parecen mantener este abismo comunicacional también por su lado.

### *3.3. Perspectiva sobre la enfermedad*

La proyección sobre lo que la enfermedad es es diferente en ambos grupos, así sea por algunos matices apenas. Por parte de los pacientes, la enfermedad se fundamenta sobre los conocimientos populares a los que se han tenido acceso (ver más adelante en la categoría de abordaje tristeza); éstos, a pesar de presentar un escenario más o menos definido, resultan insuficientes para dar coherencia a toda la profundidad de la experiencia vivida. El paciente se presenta, pues, desde una perspectiva en donde hay mayor incertidumbre, hay más espacio para las dudas, y hay cierto componente que se fundamenta en la fe ciega de la palabra del médico.

Los psiquiatras, por el contrario, se presentan desde una posición del conocimiento, facilitando una explicación más “científica” que llena esos espacios de incertidumbre de los pacientes. Los médicos dudan menos, porque tienen la teoría para respaldar sus conjeturas. Esto puede ser, por un lado, tranquilizador ya que lo que se conoce está “corroborado” por la ciencia y experiencias previas; pero por el otro lado puede facilitar una desconexión con las preocupaciones más mundanas de los pacientes.

Sin embargo, a pesar del trabajo que se hace desde la triple mimesis, esto no alcanza a abarcar todos los hallazgos de las narrativas.

#### Sobre la tristeza

Han habido múltiples definiciones de la “tristeza” desde la ciencia, que se centran desde la activación del sistema nervioso central y periférico, hasta la descripción de los cambios fisiológicos que surgen de la emoción (Fuchs, 2013). Sin embargo, frente al reduccionismo fisiológico, también existen otras teorías sobre las emociones como energías irreflexivas o irracionales que manejan a las personas —según éstos, el cambio fisiológico es insuficiente para explicar la emoción— (Cantillo, 2017).

Según Nussbaum (Rodríguez, 2010), las emociones cobran importancia en el razonamiento moral en dos etapas: expresan la vulnerabilidad humana y desvelan los objetos de valor —que, en muchas ocasiones, escapan al completo control del individuo—. Se presentan las emociones más allá de la simple biología y de los fenómenos corporales, como un todo más complejo que depende, también, de la cognición. Las emociones son cognitivas y evaluadoras, ya que permiten por medio

del pensamiento, entender mejor el mundo que nos rodea, a pesar de mantener algunos aspectos que perduran incomprensibles e involuntarios.

Las emociones tienen un objeto —es decir, las emociones se viven como emociones *sobre algo*— y una intencionalidad —es un proceso activo—. El pensamiento sirve como un punto intermedio<sup>15</sup> para procesar las emociones, ya que las emociones se proyectan sobre la tela de las creencias —que son, en su base, algo cognitivo— para dar una interpretación; y el pensamiento abre las emociones a la influencia social para su modificación (Rodríguez, 2010).

Las emociones, según la población entrevistada, presentan además ciertas funciones. En el caso de la tristeza, específicamente, su expresión permite su validación por el entorno de manera a ser reconocida como parte de la experiencia subjetiva individual.

*“simplemente como exteriorizar tal vez algo que siento y de una otra manera esperaría que fuera de la otra persona un mensaje tal vez no sé, más positivo, más empático, más alentador”* (l. 289-291 - Paciente 3)

En la medida en que la tristeza se expresa, las emociones pasan del ambiente interno al externo, permitiendo una evacuación que suele ser sinónimo de procesamiento o desaparición.

*“incluso en mis momentos de tristeza, yo he sentido como mucha tristeza y al otro día es como, puff, qué bueno que lloré, qué bueno que seguí Porque ya me siento mucho mejor y avanzo con el día Sin embargo, cuando yo empecé a sentir que la depresión ya estaba muy encima Es justamente eso, como que se me hace viva en todos los espacios Incluso puedo estar con la persona que quiero y es como No es suficiente”* (l. 59-63 - Paciente 9)

Sin embargo, la **comunicación** de esta emoción no tiene como objetivo único el desahogo; también presenta un valor importante de relación con el medio. La tristeza y su expresión se vuelven saludables por medio del vínculo que suscitan.

*“Pero cuando es lo que uno siente, modifica el entorno, ¿sí? Evidentemente, lo modifica uno y modifica el entorno Ya es algo que... Pues deja de ser... Lo saludable, que es estar triste alguna vez en la vida, ¿no?”* (l. 76-82 - Psiquiatra 7)

La tristeza se convierte (así como el resto de las emociones) en el filtro según el cuál se percibe la realidad; es un punto de convergencia entre los medios internos

---

<sup>15</sup> O, mejor dicho, existe una inter-relación entre razón y emoción.

y externo de la persona. Es un “medidor” sobre la propia situación mental/espiritual y moral del individuo.

*“siento que la tristeza es un indicador muy fuerte de que me estoy exigiendo... Cosas que de pronto no son justas ni razonables como lo veíamos alguna vez con un profe...”* (l. 95-98 - Psiquiatra 1)

Otra de las funciones de las emociones es la actuación dentro del mundo. El cuerpo (*mi* cuerpo) habita el mundo por medio de las emociones, de manera que los objetos cobran relevancia según el estado anímico que se les adjudica. Es mediante las emociones que la dimensión operativa de la existencia se hace manifiesta, permitiéndole al individuo expresarse frente al mundo y de presentarse a los demás. Así, también se crea una vivencia emocional compartida en la que el reconocimiento del otro se hace, en un primer paso, por medio del reconocimiento de una vivencia emocional similar a la propia; esto es la base de la intersubjetividad (Stanghellini, 2017).

*“cuando tú tienes depresión eso impide un relacionamiento mucho más sano entonces terminas destruyendo a otros y destruyéndote a ti misma”* (l. 148-150 - Paciente 9)

En la depresión, las emociones se viven también amortiguadas, diferentes, difíciles, desde lo que se esperaría en la salud. El llanto pasa a convertirse en algo incontrolable que no es exitoso en su intento de evacuar la tristeza. Se pierde la relación usual con las emociones y, por tanto, de las emociones con la realidad. En la depresión las emociones difuminan, modifican la realidad.

*“que desencadenó un montón de pues de sensaciones negativas para mi. Pero entonces ya eran la mayoría del tiempo, la mayoría del día. Y ponle tú tres meses después de eso. Yo ya trataba de concentrarme, trataba de hacer las cosas. Y obviamente no podía hasta que llegó un punto en el que yo lloraba”* (l. 96-99 - Paciente 4)

Los sentimientos existenciales difieren de otras emociones no sólo al ser más profundos, sino porque no dependen de elementos externos (objetos o situaciones) y carecen de los elementos “intencionales” de la emoción. Se pueden dividir entre los elementales (“sentirse vivo”, “sentirse uno mismo”; que no se cuestionan a pesar de ser intuitivos) y los generales (“sentirse débil”, “sentirse saludable”; que son experiencias más “conscientes”).

Adicionalmente, dentro de estos mismos sentimientos existenciales, se pueden encontrar elementos más sociales de lo que son individuales, como los sentimientos de distancia y alienación que pueden acompañar la experiencia de las emociones “anormales” (Fuchs, 2013) (Stanghellini, 2017).

La depresión puede, entonces, estar ligada a la pérdida de estas emociones vitales, incluso cuando no es la causa única de su desaparición. Se plantea como una consecuencia (tal vez incluso más que una causa) de la pérdida del encanto con la vida.

*“Se alejan un poco de los amigos pero siguen manteniendo pareja, siguen teniendo trabajo pero nada de eso los llena. Porque igualmente ahí empiezan a tener como esa sensación de vacío y ahí uno empieza como a desglosar cada cosa si igualmente si tengo como mi cosa de preguntas para no desviarme entonces si igualmente se pregunto: entonces te has alejado de la gente estás dejando ir al trabajo no te concentras te cuidas; igualmente si toca preguntarles también por el antes que es como lo importante ¿y toda tu vida siempre ha sido así?” (l. 152-158 - Psiquiatra 2)*

La tristeza “problemática” pasa a nombrarse “depresión”, porque corrompe, de alguna manera, las normas esperadas para la tristeza, para las emociones normales. Las emociones normales, las saludables, no producen estos cambios. Pero entonces, ¿en dónde está el punto de quiebre?

*“yo creo que la tristeza ha hecho parte tanto de mi vida y seguramente el día que me pudiste escuchar te diste cuenta y ha sido como desde que nací con un montón de violencias y un montón de cosas que he tenido que vivir que yo la normalicé” (l. 94-97 - Paciente 9)*

La tristeza y la depresión se presentan como dos elementos diferentes, en donde la depresión pierde los calificativos saludables y “normales” que sí puede mantener la tristeza. La depresión es una situación sui generis que es inherentemente más compleja, más caótica, y más peligrosa que la tristeza “común y corriente”.

*“no es algo que pase de un momento a otro. Que pases de ser una persona normal a un suicida” (l. 158-159 - Paciente 4)*

Finalmente, las emociones son, según Nussbaum (Rodríguez, 2010), uno de los puntos de formación de empatía en los individuos. El entendimiento del estado emocional del otro permite que se desarrolle la *compasión* por la experiencia ajena. Esto tiene un componente que es intuitivo, y otro que se desarrolla por medio de la práctica.

*“Yo esperarí por todos los psiquiatras que nunca han estado deprimidos por supuesto tiene que haber que sí que si hubiera herramientas epistemológicas y no solamente epistemológicas como libros y tal sino también empáticas,*

*para entender eh para entender sí como la experiencia de la depresión” (l. 435-438 - Paciente 6)*

*“Yo pienso que uno lo va como desarrollando, ¿no? Como que el olfato como que lo va desarrollando y como que uno de tanto ver pacientes se la va aprendiendo y también leyendo literatura, ¿no? Digamos que uno lee libros que no son médicos, entonces uno ve cómo en diferentes libros la gente está triste. Por ejemplo, en París es una fiesta que Hemingway, digamos que escribe: París es una fiesta como una cosa muy, muy, muy de sátira y todo el libro es, todo era maravilloso, pero yo me sentía triste” (l. 91-96 - Psiquiatra 4)*

A pesar de que la empatía sea una de las herramientas más útiles para su uso por parte del psiquiatra, puede ser utilizada por personal “no entrenado”, dado que es algo que las personas, en general, pueden desarrollarlo por cuenta propia.

*“todos los que trabajamos en la depresión. Sí. En salud mental tuvimos que tener alguna experiencia cercana con alguna enfermedad. Mmm. O la tuvimos, o tuvimos un familiar al lado que la tuvo, o tuvimos una familia conmocionada por una enfermedad mental” (l. 534-536 - Psiquiatra 4)*

Esta empatía permite entonces un entendimiento que puede ser, en el mejor de los casos, total de la vivencia ajena; es decir, únicamente con la descripción teórica de una vivencia y de su evidencia en otros, la comprensión completa podría ocurrir. Sin embargo, también podría ocurrir que la vivencia subjetiva es tan rica en matices para los cuales el lenguaje es insuficiente, que el entendimiento completo de la vivencia ajena sea siempre condenado únicamente a un entendimiento parcial.

*“eso es como si hubiera de preguntar, oye, yo quiero, quiero saber cómo se siente, por ejemplo, una epilepsia para, para saber, cómo, qué siente el paciente con la epilepsia. O sea, yo creo que no, yo creo que, no, a veces no es que como médicos no podemos hacer eso, porque, porque, haríamos una, o sea, imagínense si usted tiene toda la enfermedad de esa vida y por haber” (l. 229-233 - Paciente 10)*

Así, se puede entender la empatía como “suficiente” desde el punto de vista que presenta un proceso “superficial” que no se requiere profundizar para poder ayudar. Existe un entendimiento mayor, que es poco práctico aunque parece posible, para el cual incurrir en su búsqueda sería una pérdida de tiempo que podría usarse más productivamente en otros prospectos de ayuda.

*“Creo que es innecesario entenderlo a cabalidad para poder estar ahí porque uno nunca va a poder vivir todo y yo no puedo experimentar qué es consumir, qué es vivir con cáncer qué es estar cerca de la muerte, qué es un montón de cosas para poder dar la mano” (l. 418-420 - Psiquiatra 1)*

Los psiquiatras, en específico, consideran que la división entre la empatía “teórica” y la “práctica” es, en realidad, virtual. No existe una manera en la que una cosa no afecte a la otra, dado que en principio los médicos (que después se convertirán en psiquiatras) ya tienen algún contacto con la depresión, ya sea desde la vivencia académica o personal; que ha de “desaprenderse” para aprenderlo “correctamente” durante el posgrado. Finalmente, este aprendizaje “correcto” durante el posgrado se modifica posteriormente para re-establecerse junto con un reconocimiento de la validez de la experiencia personal.

*“todos los que trabajamos en la depresión. Sí. En salud mental tuvimos que tener alguna experiencia cercana con alguna enfermedad. Mmm. O la tuvimos, o tuvimos un familiar al lado que la tuvo, o tuvimos una familia conmocionada por una enfermedad mental”* (l. 534-536 - Psiquiatra 4)

*“no había entrado a la psiquiatría no tenía como las herramientas para discernir muchas cosas entonces siento que no como que no permearon tanto mi mi manera de ver la depresión”* (l. 321-323 - Psiquiatra 10)

Sin embargo, se desvirtúan los conocimientos que no se reconocen “desde la academia” como si no fueran válidos. Es la misma academia la que promueve el des-conocimiento del aprendizaje propio “no académico”.

*“como diría directamente se aproxima desde, desde lo que se percibe como depresión, e inclusive desde lo que se ve en un paciente depresivo la percepción de un intento suicida”* (l. 64-66 - Psiquiatra 9)

Las emociones, y específicamente la tristeza, presentan, pues, cierto interés al manifestarse, dado que conservan funciones que pueden ser útiles para el individuo, para la sociedad en conjunto —permitiendo el reconocimiento de los demás, por ejemplo— o para el entendimiento del mundo. Sin embargo, las mismas emociones continúan percibiéndose como algo “potencialmente contaminante” de la razón, culturalmente; esto dificulta su aceptación frente a sus elementos positivos.

## El proceso salud-enfermedad

Las emociones se perciben, pues, como un “algo” contaminante, que degradará las fibras morales y “racionales” del individuo si se dejan a su libre expresión. Según Nussbaum (Cantillo, 2017), algunas de las emociones más importantes culturalmente en las sociedades son la vergüenza y la humillación, que “manchan” al individuo —o a cierto grupo dentro de la comunidad— y lo hacen indigno de los derechos o beneficios que el resto de personas merece; éstas

emociones se producen, principalmente, al ver reflejado en los demás nuestra propia fragilidad y naturaleza finita.

Similar a lo que menciona Sontag en *La enfermedad y sus metáforas* (1980), los individuos cobran una identidad escindida en el momento en el que enferman. Así, dejan su identidad usual detrás para concentrarse en su nueva identidad de “enfermo”.

## 1. El libreto de la depresión

Para entender qué se espera de un individuo enfermo —particularmente en psiquiatría—, se ha de partir de lo que socialmente representa la enfermedad, y cuál es el libreto que la medicina le asigna a cada enfermedad. Para esto, se citarán las entrevistas realizadas entre psiquiatras<sup>16</sup>. En efecto, según Watzlawick y Nardone: “Los médicos tienen la suerte de poseer una idea bastante clara y objetivamente verificable de lo que se puede definir como funcionamiento normal de un cuerpo humano. Esto les permite identificar posibles desviaciones de la norma y les autoriza a considerarlas como patologías” (Watzlawick & Nardone, 2014). Sin embargo, la psiquiatría se encuentra en un cruce entre la medicina —para quienes las enfermedades son unos límites más o menos claros— y la psicología —que se encarga de elementos más difícilmente definibles—<sup>17</sup>.

Las explicaciones médicas, biológicas, podrían ser incluso consideradas como parte de una “neuro-mitología” médica —puesto que siguen siendo teorías, en las que se fundamentan diagnósticos y tratamientos, que, en la práctica, no se pueden comprobar con las herramientas que tenemos—(Solomon, 2015). Estas teorías, estas interpretaciones, cobran importancia dado que se sobre-entiende que el médico (o su equivalente a lo largo de la historia) es aquél que tiene mayor información sobre las dolencias; y la sociedad confía implícitamente en lo que el médico menciona sobre cómo es “tener” una enfermedad, así provenga de alguien que ha estado sano siempre. El médico es un “conocedor” de vivencias subjetivas que no posee; y como tal, puede perpetuar ideas que se distancian de la realidad (Ramírez-Bermúdez, 2022).

Se plantea cierto respeto dirigido a lo patológico, que trasciende lo patológico únicamente como un déficit; produciendo una falsa equivalencia de lo “normal” como “salud”, y a su vez “salud” como “poder/capacidad” (Ricoeur, 2008). Los mismos médicos tienen y perpetúan ciertos mitos sobre la depresión; facilitando la desestimación del componente subjetivo, o, en realidad, cualquiera que no se

---

<sup>16</sup> En este caso, las entrevistas con pacientes no se pronunciaron sobre lo que *la medicina* espera de su enfermedad.

<sup>17</sup> [De la misma manera, la idea de la salud mental se encuentra en una encrucijada entre lo entendido desde la ciencia y desde lo social-cultural, lo que complejiza el área de desempeño de los psiquiatras.](#)

acople a la explicación biológica sobre la depresión (Styron, 1992). Esto presenta ciertas características, demográficas o morales, que indican en quienes la depresión es un diagnóstico “válido” y otras para las que no.

*“uno dice, ay, los niños no se deprimen. Resulta que los niños sí se deprimen, pero no es una depresión endógena, yo siempre he dicho que es una depresión ambiental, porque es una privación del cuidado, o una, un ambiente cultural distinto, sí, un cambio grande alrededor, entonces uno ve esas depresiones anaclíticas que describen en las guerras de los bebés abandonados, que entonces el niño empieza primero a estar irritado y a llorar. Y a buscar la atención, que lo carguen, ¿no?” (l. 431-436 - Psiquiatra 4)*

El entendimiento del médico respecto a las vivencias de sus pacientes se complejiza conforme más contacto tiene con ellos. En la academia, desde la instrucción científica médica, se “caricaturiza” al paciente con depresión, de forma que hay un falso reconocimiento del otro cuando no sigue el libreto de la depresión. Durante el contacto con los pacientes, particularmente con aquellos que más información brindan sobre su mundo interno, se produce una complejización (una matización) de este concepto y las consecuencias que puede presentar en el entorno. Deja de percibirse como una enfermedad individual y se convierte, progresivamente, en una enfermedad social.

*“antes de ser psiquiatra, que la depresión era endógena y que el resto eran trastornos de la personalidad, ¿no?” (l. 28-29 - Psiquiatra 4)*

*“yo también relacionado mucho eso como estar triste es igual estar deprimido, y luego pues cuando avancé en la psiquiatría fue que la psiquiatría y la depresión no es solo estar triste o sea, va mucho más allá en donde son ciertos síntomas ciertas ideas y repercusiones de lo que es la funcionalidad y no solo del paciente sino del entorno incluso que hospitalario o sea, de estar triste” (l. 16-20 - Psiquiatra 5)*

La educación sobre la enfermedad, desde lo médico, se puede percibir como cierta “contaminación” que aleja al psiquiatra de lo central individual del asunto. La matización de la perspectiva médica (teórica), más que una “complejización” es un abandono del simplismo médico y un volver al entendimiento complejo del humano. En hipotético, permite una mayor comprensión y por tanto un mejor abordaje para el paciente.

*“los médicos, por supuesto, se centran mucho en lo fino, en lo sencillo, pero, digamos, ya cuando es un médico, en este momento, no es la parte en que el personal le dice a uno lo que uno ve, la ve en su día a día, en su mentalidad, en su... de cómo se va a repercutir, todo, ¿no? cómo habla, cómo odia,*

*responde, cómo... entonces, es otra dimensión. uno ya lo ve fuera del ámbito médico, ya en personal” (l. 223-227 - Psiquiatra 5)*

Desde la formación académica, se enseña la depresión como una enfermedad desligada de otros elementos, produciendo la ilusión de que lo que se ve en la vida práctica con los pacientes es un cuadro de “depresión contaminada” por otros elementos; sin embargo, tendría mayor sentido concebirlo al contrario. Lo que se enseña sólo es una faceta de algo mucho más complejo; la “depresión diáfana” tiene que contemplar todos esos matices complejos, que desde la academia se obvian.

*“y más limpiarla como de tanto ruido de tanto monte que hay ahí yuyos sí, que haya la concepción de la depresión, ¿no? entonces creo que la he despojado de... también como de cierta romantización un poco, ¿no? Incluso muy... muchas veces tener depresión es algo de interés, algo... ¿sí? Algunas personas más que estar deprimidos es ganarse el rótulo de deprimidos, ¿no?” (l. 64-68 - Psiquiatra 7)*

## 2. El contacto entre el médico y el paciente

Dado que el individuo narra su experiencia siempre frente a una audiencia, la realidad cobra relevancia únicamente por medio de la narración, el lenguaje, y el énfasis que se le brinda desde el individuo a cada acto en una secuencia. El contacto entre el médico y el paciente es, por definición, un acto relacional que define el mundo y la enfermedad (Capella, 2013).

La depresión afecta la relación que tiene el individuo consigo mismo, y con los demás desde la cultura y las expectativas sociales (Wakefield, 2016, p. 55). El contacto con el médico se hace entre el paciente (con un relato subjetivo) y el conocimiento epistémico sobre la enfermedad; produciendo relatos únicos y diferentes entre cada situación. La enfermedad configura un patrón de interacción diferente con la realidad (Zamarrón, 2021).

La comunicación entre el médico y el paciente es un paso indispensable del proceso de diagnóstico y tratamiento; además de ser un contacto humano, es clínico. Así, el psiquiatra mejorando su entendimiento del otro, puede facilitar la comodidad y apertura a la ayuda que tiene el paciente.

*“al menos él entiende, pues, qué significa para ti el tener un diagnóstico así, o sea, no es fácil” (l. 360-361 - Paciente 1)*

El contacto entre el médico y el paciente se plantea, pues, como anclado en un contexto positivista y científico, de encuentro entre el sufrimiento del paciente con

el conocimiento del médico. El psiquiatra es quien posee una explicación del sufrimiento y de las incógnitas que plagan al individuo enfermo, y la postura epistemológica en la que el médico se refugia es aquella del modelo biológico de la depresión.

*“uno puede tener síntomas depresivos en trastorno de un trastorno de adaptación, por ejemplo, o puede tener síntomas depresivos como, digamos, ahí subsindrómicos en contexto de que uno es alguien muy exigente consigo mismo, ¿sí? Mientras que una depresión formal, pues formal por decirlo así. Yo creo que de alguna manera que sí cumple como todos los criterios, yo siento que, pues primero se beneficia más que los anteriores que mencioné de una intervención farmacológica, ¿sí?” (l. 19-24 - Psiquiatra 10)*

*“Yo creo que es fácil entender una fisiopatología de una enfermedad, ¿sí? y ya faltó la serotonina, hizo esto, no sé, de que la depresión sea así” (l. 454-455 - Paciente 1)*

*“tanto el pregrado como el posgrado le enseña a uno a seguir el método científico. Empezar a preguntarse qué carajo fue lo que pasó” (l. 292-293 - Psiquiatra 9)*

Este componente biológico es más fácil de entender desde la teoría (sin necesariamente la práctica) porque se mantiene como algo de la verdad “objetiva” científica. No es necesario corroborar lo que la ciencia dice, pues la ciencia habla con verdades. Esta perspectiva es el primer reflejo de los psiquiatras, y es una explicación que permite cierta desculpabilización en el paciente, puesto que es una situación aleatoria genéticamente —o biológicamente— determinada. El individuo es víctima directa de su maquinaria biológica.

Sin embargo, desde lo humano, lo intelectual y lo religioso, el modelo biológico parece insuficiente para explicar todas las minucias personales del individuo. Las personas se presentan como más que la suma de sus partes, desde la biología mecanicista, y por lo tanto un abordaje terapéutico únicamente desde allí se demostrará insuficiente al manejar individuos complejos, no sólo un cúmulo de órganos (Styron, 1992) (Buriticá, 2023).

*“Es posible describirla. Totalmente, bajo cosas científicas, bajo todo lo que tú digas, pero cuando alguien lo describe, como lo vive, no es solamente el neurotransmisor, eso va más allá” (l. 461-463 - Paciente 1)*

Incluso desde la misma ciencia, se reconocen limitantes que ponen un ojo crítico sobre la validez completa de su funcionamiento. La ciencia, en su afán siempre por mejorar, denota las carencias que tiene el conocimiento actual, por lo

que la explicación biomédica de la depresión no puede, casi por definición, estar nunca completa.

*“cuando me siento mal entonces que una persona exprese es que ya más de dos semanas triste lo que sea y que con eso uno pueda asegurar que esa es la experiencia subjetiva, íntima, de la persona pues no” (l. 224-226 - Psiquiatra 1)*

Los entrevistados presentan incluso una perspectiva más amplia. No sólo la psiquiatría, sino la medicina por completo, es un ejercicio humano antes que científico. Como tal, es de utilidad para la misma medicina no abandonar los elementos “no-científicos” que tanto han intentado reducir.

*“uno usa los fármacos que para que produzcan allá monoaminas y entonces estimula el cerebro con terapia. Y como que las vías se van despertando y eso tal vez lo tengo como en un libro de Stahl donde, de los viejos donde, donde pintaban la depresión con circuitos y pintaban las dendritas como secas y como acabadas y como, y como yo regaba cuando ponía irse, por ejemplo, y las, y digamos el cerebro se iba iluminando” (l. 369-374 - Psiquiatra 4)*

Incluso, yendo más lejos, el acto médico, de forma análoga al lenguaje que se utiliza desde lo médico, se rescinde de las experiencias y la subjetividad del médico y *del paciente*. El arte médico —o más bien su concepción “científica”— fomenta indiferencia del profesional frente al sufrimiento, el dolor y la vulnerabilidad de los pacientes; pero pasa lo mismo con *sus* propias vivencias. El médico se convierte en el perfecto autómatas, que es capaz de funcionar y trabajar por medio de algoritmos previamente condicionados a través de las emociones propias y ajenas (Morales, 2017).

El modelo biológico como explicación única de la depresión puede ser reduccionista y ser percibido como hostil (o violento) ya que desestima una buena parte de la subjetividad ajena. Se incrementa, pues, el sufrimiento de “no tener una explicación” ya que se reniega la que sí se posee (dado que no encaja dentro del modelo biológico).

*“No hay un fundamento científico para lo que estás viviendo, ¿no? No, dios, ¿qué hago? Yo no sé si lo viví, ¿qué quieres que haga? Esos momentos son muy tenaces” (l. 674-675 - Paciente 1)*

La fe excesiva en el modelo biomédico discapacita al individuo (médico, en este caso) para conseguir conexiones humanas. El médico pierde más de lo que gana al implementar una perspectiva únicamente desde lo biológico.

*“en la medida que uno se enmarca en estos criterios ajenos y de países ricos como que uno pierde su habilidad de confiar en lo que es una relación de humano a humano. Y que en esa relación uno pueda participar en el apoyo de sufrimiento y dolor y depresión lo que sea” (l. 170-173 - Psiquiatra 1)*

*“hay pacientes que a veces ni les gusta oír que tienen diagnósticos, ni que toman medicamentos, ni que van a tomar medicamentos sino como dejar como que el psiquiatra mande pero como que prefieren no saber si hay un diagnóstico o no hay algunos que dicen no, es que los psiquiatras me encasillan en esto y yo no soy esto” (l. 203-206 - Psiquiatra 2)*

Particularmente en las entrevistas realizadas a los psiquiatras, llama la atención la posibilidad del enfoque médico mal-utilizado al intentar abarcar elementos sociales “fuera” del ámbito de la salud<sup>18</sup>. Esta no es una preocupación nueva. Textos hay escritos sobre la depresión y su enfoque médico que plantean más o menos la misma preocupación por parte del personal de salud (Haig, 2016). Solomon escribe: “patologizamos lo curable, y lo que puede ser fácilmente modificado se comienza a tratar como enfermedad, inclusive si antes se trataba como personalidad o ánimo”<sup>19</sup>.

La depresión se presenta como un proceso complejo que involucra elementos más allá de la biología. Dado que la enseñanza en el ámbito médico a veces desconoce estas otras circunstancias, se produce una “patologización” de condiciones sociales y culturales, que podrían ser incluso normales.

*“... creo que es desafortunada la postura de la psiquiatría de medicalizar las emociones. Porque creo que desafortunado y es desafortunado creer que sé pero bueno no sé” (l. 126-128 - Psiquiatra 1)*

*“el sistema tampoco nos da suficientes herramientas para poder apoyarlos como lo necesitan ¿sí? Que yo te diga que yo ya tenía un paciente muy deprimido, que yo haya podido ver una vez a la semana que tenga más de media hora para hacer terapia con él con ella, que si decido iniciar medicación que se le pueda asegurar que el medicamento va a ser continuo todo el tiempo el tratamiento, que si por ejemplo requiere otro tipo de intervenciones pueda acceder... es muy complejo y yo con los pacientes con los que he tratado que les pondría la etiqueta de una depresión grave que ha sido resistente; el acceso a tecar que también es muy complejo si o ahorita por ejemplo que ya usamos técnicas de medidas de farmacogenética, pues ya salen pero se demoran seis meses” (l. 300-308 - Psiquiatra 1)*

---

<sup>18</sup> Entendiendo la salud como desligada de sus condicionantes culturales.

<sup>19</sup> Texto original en inglés: “We pathologize the curable, and what can easily be modified comes to be treated as illness, even if it was previously treated as personality or mood. [As soon as we have a drug for violence, violence will be an illness]”.

La invisibilización de otras causas diferentes a la narrativa biológica, produce una facilidad de acudir a respuestas que conciernen a lo biológico y la enfermedad, que perpetúan el ciclo de no reconocimiento de la dolencia más profunda y sus raíces.

*“Les digo a todo el mundo es como alguien que no tiene dinero para comer, no tiene dinero pues va a estar triste, más como por la miseria que obviamente puede estar contento y ser optimista y todo. Pero pues si saben que no tienen plata no tienen como oportunidad, pues eso igualmente deprime y no y eso es algo que es cultural también obviamente entran muchas más cosas a jugar a parte de eso” (l. 115-119 - Psiquiatra 2)*

*“sí siento que se abusa del término, que se le tire depresión a todo sin que necesariamente lo sea o habiendo unas bases diferentes en algunos casos” (l. 73-74 - Psiquiatra 3)*

El **contacto entre el médico y el paciente** se vuelve una experiencia casi inescapable, tanto para el psiquiatra que busca atender pacientes, como para el paciente que busca ayuda. Dada la importancia de esta interacción, no es de sorprenderse que haya expectativas importantes frente a su resultado. Desde experiencias negativas en el pasado, los pacientes (a futuro) presentan un nuevo conjunto de barreras para su atención continuada.

*“Para mí el ir al psiquiatra y al psicólogo significaba que me iban a hospitalizar otra vez” (l. 332 - Paciente 1)*

### 3. La utilidad del diagnóstico y el tratamiento

Desde el modelo médico de intervención, en el que se enmarcan las interacciones usuales entre pacientes y psiquiatras, se plantea el diagnóstico como un primer paso para la intervención. Es decir, el diagnóstico es apenas el inicio del proceso, es el norte que permite planear todo el resto del tratamiento.

*“es la manera en la que lo pueden solucionar o de pronto es la información que tienen pues digamos, no sé, como a la manera que tienen para mejorar de una u otra manera, no sé” (l. 316-318 - Paciente 3)*

El diagnóstico presenta una utilidad fuera de su proceso único; es decir, el diagnóstico no funciona por sí mismo, sino en función de qué se hace con él. En el caso en que no se utiliza con ningún fin, el diagnóstico resulta una etiqueta inútil que arrastra todo lo negativo sin ninguna ganancia (Linares, 1996).

*“pues era como, o sea, llegabas y te decían, bueno, si tienes esto, chao” (l. 180-181 - Paciente 6)*

*“... [te daban un] diagnóstico y si desaparecías de la universidad un año no pasaba nada” (l. 184 - Paciente 6)*

*“el paciente siempre busca que le pongan una etiqueta cuando escupe al psiquiatra, ¿no? Claro. ¿Sí? Piensa que le vamos a poner un sello acá. Y yo a veces le digo a la gente que qué va a hacer con ese diagnóstico. si ese diagnóstico se lo va a tratar o que si ese diagnóstico se lo va a quitar o qué va a hacer con ese diagnóstico” (l. 192-195 - Psiquiatra 4)*

Sin embargo, cuando el diagnóstico es útil, puede ser útil tanto para el paciente como para el médico. Dado que la presencia del diagnóstico se da en medio de una relación entre el médico y el paciente, es de esperarse que cualquier elemento que impacte a uno, también produzca un efecto en el otro. Incluso, el sistema de salud saca alguna ventaja de la realización del diagnóstico (Bergman, 2018).

*“Creo que a veces el diagnóstico es más para el psiquiatra que para el paciente. Porque uno tranquiliza como, ay sí, hice el diagnóstico y ya, queda tranquilo; es que es una depresión. Pero al paciente eso no le cambia nada” (l. 231-233 - Psiquiatra 1)*

*“aunque uno no quiera igualmente le toca dejar algún diagnóstico para reclamar los medicamentos, y dejar la historia clínica entonces siempre aparece algo” (l. 214-215 - Psiquiatra 2)*

El diagnóstico también tiene una utilidad comunicacional entre médicos. Es un punto en el que las perspectivas múltiples de médicos diferentes convergen, y permiten “hablar un mismo idioma”.

*“Es muy difícil en cualquier elemento de una ciencia médica conocer el unicornio rosado que da diagnóstico en algún momento donde o va a tener contacto con otro o ineludiblemente por una causa no psiquiátrica va a tener contacto con otro médico algo va a cambiar” (l. 137-139 - Psiquiatra 8)*

Además, la atención puede no ser motivada por parte del paciente, sino por su entorno inmediato. Esto a su vez produce un efecto tranquilizador en este círculo íntimo que solicita la consulta —“al menos ya está en manos de alguien que sabe”—.

Cabe aclarar la confianza, la fe, que le tienen los pacientes a los medicamentos. A pesar de la fama (justificada o no) que tiene la psiquiatría dentro del pensamiento

social (en la que se concibe como el alienista, que está encargado del uso de fármacos para mantener a la población dócil y atontada), muchos de los pacientes entrevistados consideran los medicamentos como una piedra angular de su mejoría.

*“¿qué consejo te darías a ti misma para sobrellevar esa situación? Medícate ya” (l. 430-433 - Paciente 4)*

*“uno cuando va a los fármacos empieza como a mejorar esos, esos tacos de la luz de la casa, como, como a cambiar un poco las vías, entonces que, que la energía entonces como si fuera un carro, ¿no? Yo a veces pienso que es como un carro que tiene luces, que tiene todo eso” (l. 361-364 - Psiquiatra 4)*

Los psiquiatras entrevistados, por el contrario, ofrecen una perspectiva más escéptica sobre lo que los medicamentos pueden (o no) conseguir. Tal vez se produce esta postura desde el entendimiento de la depresión como una situación que **trasciende el enfoque biológico**, y de esta manera los medicamentos se convierten en una **medida insuficiente**.

*“no tiene nada que ver y en ese sentido los medicamentos por eso no curan, ¿sí? Lo que hacen es aturdir las emociones tanto la alegría como la tristeza pero muchas personas encuentran disminuir su sufrimiento así ¿y quién es uno para decir que no?” (l. 406-408 - Psiquiatra 1)*

#### 4. La relación con la sociedad y el sistema de salud

Siguiendo la idea del inicio de esta categoría, con la consideración de Sontag sobre el trato diferencial que recibe el enfermo por su condición de enfermedad —sea la que sea—, se presenta la idea de los roles sociales que se cumplen por parte del enfermo. Según Parsons, ya en 1951 (Silvestre, 1998), el enfermo adquiere un nuevo rol dentro de la sociedad. Se le relevan las responsabilidades diarias y se centra en la búsqueda de ayuda competente (esto, claro, entendido desde su cosmovisión específica). Esto es un papel que tiene fecha de caducidad, ya que se espera que el enfermo busque activamente abandonar el rol del enfermo (es decir, sanar) lo más pronto posible (Silvestre, 1998).

El enfermo, dentro de su papel, tiene ciertos derechos de evadir las responsabilidades de la gente sana; se justifica un “mal funcionamiento” que puede presentarse de manera más entendible (más “organizada”) en el proceso del duelo (Wakefield, 2016). Sin embargo, esto no lo libera de “toda” responsabilidad, notablemente las de su propio rol (Benavides, 2023).

El rol del enfermo cursa con ciertas obligaciones, sin embargo también otorga ciertos derechos (o beneficios). Se excusa su comportamiento y su ausencia de

cumplimiento de otras obligaciones (lo esperado del individuo sano), pero esto tiene que atravesar un escrutinio público sobre qué tan “enfermo” en realidad se está desde la visión ajena. Esto es particularmente duro en la depresión, que carece de estigmas objetivos evidentes (Linares, 1996) (Bonnett, 2013).

*“estaba con un muy buen trabajo, ganando unos muy buenos honorarios. Estaba haciendo una maestría. Estaba ad portas de... organizando mi matrimonio. ¿sí? Problemas económicos cero. O sea, es decir, estaba en un momento que todo el mundo puede querer estar porque está uno muy bien. Cuando uno piensa y asimila el bienestar como... como el éxito y como la tranquilidad económica, social, esto. Que a veces uno cree que estar bien es eso y realmente no lo es. pero tenía esto, porque la gente le dice a uno cuando lo ve a uno con depresiones” (l. 68-74 -Paciente 2)*

El individuo es el centro de la experiencia terapéutica, se favorece su perspectiva como experto y como facilitador de su propio proceso (Castañeda, 2023). Se espera que el paciente —el “enfermo”— cumpla su rol de experto, de maestro; mientras el médico ha de plantearse como un “aprendiz” sobre la vida y el proceso del paciente (McNamee, 1992).

*“Pero pues seguro conozco qué es la depresión” (l. 114 - Paciente 4)*

El enfermo tiene la labor de asegurarse de que es validado socialmente; el rótulo de enfermo se puede otorgar en privacidad, pero ha de llevarse de manera pública, y esta responsabilidad recae en la persona (Zamarrón, 2019) (Zamarrón, 2021).

El enfermo, al asumir su rol, adquiere cierta responsabilidad personal en su propio proceso. Se hace cargo de continuar con su seguimiento y su tratamiento, de asumir su vivencia y de las responsabilidades propias de la percepción social de “estar enfermo” (Bergman, 2018). Esto va de las manos con ciertas responsabilidades (u obligaciones), así como de “poner de su parte” para asegurar de que el rol del enfermo pueda culminarse a cabalidad.

*“me doy muy duro cuando caigo en las crisis nuevamente, porque digo, yo voy a llegar, pero es que si yo sé cómo hacer esto, si yo sé que si yo me alimento bien, si yo sé que si yo no consumo licor, si yo sé que si yo hago ejercicio. Si yo sé que debo tener esos hábitos, si yo sé que no me debo recargar de cosas, ¿por qué lo hago?” (l. 253-256 - Paciente 2)*

El pronunciamiento como “enfermo” también lleva ciertas cargas “informales”, o que son elementos esperados para el individuo que no necesariamente se describen en otros ambientes. Se espera, socialmente hablando, que aquél que

tiene alguna enfermedad, la “sufrir”; es decir, de alguna manera, el rol del médico también es el hecho de sufrir constantemente por su dolencia<sup>20</sup>.

*“Todo el tiempo estuve bien. Me fui a una reunión que tenía de Emaús. Perfecto, ¿sí? Entonces eso sucede. Pero en esta ocasión, me ha dado duro ver esa situación de que otra vez recaí, que normalmente no me pasa. Normalmente cuando veo que salí, que aparecí, ¿tengo brillo? Ya pasó. Aquí no. Aquí otra vez se fue, se fue para..” (l. 377-380 - Paciente 2)*

Dados los **cambios históricos** que se han producido desde el inicio del tratamiento de los pacientes en psiquiatría (heredado, aún, del modelo manicomial), antes no se esperaba que los pacientes aprendieran de su diagnóstico por fuera del contacto unidireccional y asimétrico con el médico. El médico, pues, estaba en plena libertad de brindar tanta (o tan poca) información como quisiera sobre la situación clínica del paciente. Hoy en día, este balance de poder informático se ve trastocado, incluso en favor (a veces) del paciente. El paciente es capaz de, y por lo tanto **debería**, informarse sobre su dolencia desde un punto de vista más amplio que únicamente la información que recibe “pasivamente” del médico<sup>21</sup>.

*“antes de saber como todo este tipo de cosas, de investigar, de leer, de ver, pues digamos como ya ahorita hay tanta información en todo lado, pues digamos que uno lo podría relacionar ya más o menos como, no sé, estoy triste o me siento achantado o estoy decaído o no sé, equis o ye, pero pues digamos que ahorita ya pues al verlo más como algo únicamente llamado pues como depresión, pues digamos que sí. me pone también la cabeza como a volar con muchas cosas y más lo que te digo” (l. 40-45 - Paciente 3)*

Por último, existe un imperativo adicional que se exige del enfermo: se le otorga un rol moral. El enfermo también se convierte en un escudo para los demás, para cuidarlos de las manifestaciones más catastróficas que pueda tener la enfermedad, asignando cierta responsabilidad personal al cuidado de los demás. De alguna forma, hay un "rol del enfermo recuperado" que involucra todas las cosas positivas, así como las obligaciones de cuidado con los demás (particularmente los nuevos “enfermos”). Sin embargo, a pesar de que es algo individual, el contacto con personas cercanas enfermas, también da un título “honorario” de “enfermo recuperado”.

*“y si crees lo que yo creo, yo creo que la depresión no se cura, se controla. Aprendes de... aprendes cómo manejarlo. aprendes que... en qué momento, qué cosas te pueden precipitar a... sí, eres un ser humano. y evidentemente*

---

<sup>20</sup> Lo que, a su vez, sería la motivación “interna” para buscar ayuda y cumplir el resto de las labores del enfermo.

<sup>21</sup> Esto, por supuesto, también produce cierta modificación en lo esperado desde el médico, como un rol “social” que refleja los cambios en la díada médico-paciente.

*en un punto vas a tener tristeza, pero, ¿qué tanto te va a afectar eso? Por eso... y hay cosas que tú no sabes que te van a afectar. como lo que me pasó ese 31 que yo te decía. ¿qué no sabías? yo no sé qué me afectó, o sea, yo no sé. solo amanecí así” (l. 574-579 - Paciente 1)*

Se modela la ficción de que el enfermo es un ser moralmente incorruptible, dado que tener una enfermedad como la depresión hace, retrospectivamente, que el individuo sea un “genio” (Wakefield, 2016, p. 42).

Adicionalmente, el diagnóstico se vuelve un plan de acción pero no únicamente para el paciente, o para el psiquiatra; sino que también involucra a **otros actores dentro de este proceso**, como lo pueden ser el sistema de salud, lo administrativo o epidemiológico.

*“cualquier manual que exista, no solamente de psiquiatría sino que de medicina. La idea va a ser como unificar estadísticamente las situaciones. Ojalá en aras no solamente de que se vuelva una cosa de ego como, ojo, diagnostiqué esto con todos los criterios del DSM. Sino que en el momento en el que alguien más tome el caso, en el momento en el que esa persona salga y tenga que enfrentarse otra vez a... El sistema que efectivamente no deja hacer los seguimientos en el momento en el que esa persona otra vez esté afuera y le pregunte, bueno, ¿por qué carajo es lo que le pasa a usted? Poder ponerle ese nombre y poder hacer algo con ese nombre” (l. 171-178 - Psiquiatra 9)*

El seguimiento estricto de protocolos y sistemas administrativos termina produciendo un anquilosamiento de los elementos terapéuticos, que se benefician de ser flexibles para poderse adaptar a cada paciente.

*“lamentablemente nos toca poner eso por cosas administrativas. Y también como para ponerle un nombre a eso que está pasando, ¿sí? Sobre todo para poner un orden mental de yo hacia dónde voy” (l. 219-221 - Psiquiatra 4)*

El modelo funcionalista de Parsons se fundamenta en el rol social del médico y del enfermo, desde una perspectiva ideal. Sin embargo, Goffman, adiciona que son importantes, también, las teorizaciones sociales que realizan los profesionales de medicina (Andrés, 2010).

Usualmente el primer contacto entre el paciente y el sistema de salud se hace a renuencia. Mucho más cuando se trata de la psiquiatría. Esto tiene limitaciones, tanto por el ambiente, como por los actores involucrados (que puede producirse desde lo interno (del paciente) como desde afuera) (Martin, 2023).

*“Nunca pensé que tenía que ir al psiquiatra. Vi al psiquiatra fue porque a mí me internaron en una clínica. La ayuda médica es por motivación externa” (l. 114-115 - Paciente 1)*

*“Para mí el ir al psiquiatra y al psicólogo significaba que me iban a hospitalizar otra vez” (l. 332 - Paciente 1)*

## Funcionalidad

En este apartado se presentará la funcionalidad del individuo como su manera de interactuar con su entorno. En un primer momento se abordará cómo el individuo se relaciona consigo mismo y con su ambiente inmediato, particularmente cómo logra esgrimir sus capacidades comunicacionales en favor de conseguir ayuda. En un segundo tiempo, se habla sobre cómo el individuo cambia su relación con los demás.

### 1. El individuo consigo mismo y su ambiente

La experiencia personal cobra un cariz de “narratividad” al forjar una identidad a través de dos formas de ser y existir: ser el mismo y ser “uno mismo”. Así, el carácter propio depende de las vivencias, experiencias propias; y ser “uno mismo” depende de qué tanto esa idea que se ha forjado del “yo” corresponde con el “yo” actual (Stanghellini, 2017) (Morales, 2017). Se produce una desconexión entre lo que la persona se percibe (cognitiva y emocionalmente hablando) y el concepto más profundo de la **identidad** (Grandes, 2022).

*“cómo te percibes, y cómo te amas” (l. 479 - Paciente 1)*

*“es que el sujeto no quiere escuchar ruidos, se vuelve totalmente hipersensible a los ruidos, no quiere que nadie le hable, no quiere que nadie opine, no quiere que nadie lo contamine y pone como una barrera de irritabilidad, por ejemplo, ¿no?” (l. 127-129 - Psiquiatra 4)*

En algunos casos puede ocurrir la sobre-identificación con un diagnóstico por el beneficio de la comunidad que se forma a través del mismo. Es decir, una persona puede buscar “conseguir” o continuar con un diagnóstico por su componente de pertenencia del grupo.

*“La depresión y los trastornos mentales todavía tienen mucha estigmatización y no hay una sociedad que esté educada para acompañar a las personas con depresión por tanto no hay comunidad en la depresión y yo creo y soy fiel*

*creyente que en colectivo nosotros podríamos construir mejor, y sanar mejor y vivir mejor” (l. 208-211 - Paciente 9)*

La relación con el “sí mismo” y los demás puede facilitar una invisibilización de los síntomas posibles presentes en la depresión, lo que se produce, indirectamente, desde la pluralidad de la vivencia de la depresión. Al haber tantas manifestaciones posibles, ninguna es más válida que las demás, y por tanto no es factible indagar por todas (Linares & Campo, 2000).

*“Hay zonas del país particularmente más enfrascadas en ciertos valores tradicionales. Que terminan haciendo como que la afectividad se desplace. Que no sea una cosa de la que se hable todos los días. Que se vuelva una situación de un tabú, por ejemplo, en la casa. Eso no existe. Pues, sí, hay zonas de zonas en las que se influiría eso. Como si culturalmente, hablando, está mal llorar” (l. 77-81 - Psiquiatra 9)*

El paciente con depresión puede, como medida de afrontamiento de la depresión, facilitar la evitación de sus obligaciones o de situaciones que faciliten la aparición de los síntomas depresivos. Así, se realiza una estrategia para evitar la afrenta a la identidad propia que peligra al distanciarse de lo que el individuo reconoce como propio.

*“Al sentir que no soy capaz, a veces me freno y ni siquiera lo intento. Entonces me ha pasado, por ejemplo, que dejo los trabajos, saco el cuerpo, tengo una audiencia entonces simplemente no la voy a realizar. No la realizo” (l. 91-93 - Paciente 2)*

*“La solución es salir corriendo” (l. 94-95 - Paciente 2)*

## 2. El individuo y los otros

La familia se convierte en un punto de comparación y conocimiento de la experiencia ajena. Se puede llegar incluso a trivializar (en el buen sentido de la palabra) y desculpabilizar al individuo al tener casos similares cerca.

*“sé lo que es una depresión porque con la familia mía por parte de papá han habido problemas depresivos” (l. 48-49 - Paciente 2)*

*“que también pasa por eso de vez en cuando” (l. 51-52 - Paciente 2)*

La relación del individuo con los demás se modifica, de manera a pedir ayuda —como hace parte de sus “responsabilidades” al estar enfermo—, pero también para hacer un control de expectativas ajeno. El paciente, el enfermo, comunica su

enfermedad de manera a “excusarse” con los demás sobre su pobre desempeño en diferentes áreas; y, sin embargo, el ambiente externo no siempre se presta para entenderlo. El individuo se percibe como separado de los demás, solitario dentro de su dolencia.

*“Yo acá no tengo nada más a que volver. Mis amigos ni siquiera me hablan, me ven como algo raro. Quiero volver a empezar”* (l. 218-219 - Paciente 1)

Como manifestaciones esperadas de la depresión, se encuentra un deterioro social que aleja a la persona de sus contactos más próximos en diferentes ambientes. La depresión trasciende la soledad; e incluso, las tentativas de ayuda de los demás —que surgen de la buena fe y el desconocimiento— pueden resultar en mayor daño percibido por el paciente.

*“la demás gente en su afán de ayudar a su círculo, pues obviamente creen que hay situaciones por las que se debe tratar de... de colaborar a la persona para que salga de allí. pero no es lo que uno está buscando. Yo me acuerdo en alguna depresión mi papá llegaba con la biblia a leerme, venga, leemos acá este salmo, no sé qué”* (l. 357-360 - Paciente 2)

*“pues he tratado como de exteriorizarlo y hablarlo... con amigos. esa parte sí lo he hecho. Pero también... eh... han habido momentos en los que digamos... eh... no sé si de pronto la gente pues no tiene como las herramientas o como toda la manera de poder abordar estos temas”* (l. 161-164 - Paciente 3)

*“Yo realmente me alejé mucho de las personas, yo, yo desde siempre... Sí, sí, sí. Yo siempre he sido una persona, eh, tal vez que, pues, soy muy fiel, muy leal a mis amigos, eh, yo estoy siempre dispuesto a ayudar, siempre dispuesto a estar, más nunca he sido esa persona de, de buscar ayuda, siempre estoy presto a, a colaborar, a ayudar, pero nunca me ha gustado de transmitir mis, mis problemas, mis tristezas a los demás”* (l. 100-104 - Paciente 8)

El contacto entre pacientes permite desmitificar y crear una experiencia compartida. La importancia de las relaciones sociales se produce, entonces, incluso entre individuos deprimidos y no sólo entre gente deprimida y gente “sana”. Este contacto facilita el apoyo y la esperanza para el caso propio, desde la lectura interna de la experiencia ajena.

*“yo digo, no, es que mi psiquiatra me dijo tal cosa, ¿su psiquiatra? ¿qué, y qué, y qué pasa? digo yo, no, a alguien. Entonces, de pronto alguien dice, entonces, eso sirve para que alguien llegue y diga, no, es que yo también voy a la psiquiatra”* (l. 266-268 - Paciente 2)

*“me sirvió mucho como poderme apoyar en poder hablar con una persona que no se va asustar con que uno los llame agitados y diciéndole que me estoy muriendo y no sabes qué hacer” (l. 323-325 - Paciente 4)*

Las limitaciones comunicacionales entre diferentes sectores potenciales de ayuda para el individuo son otra barrera para la obtención de la ayuda. La psiquiatría no es la única, o más válida, avenida de ayuda (Linares & Campo, 2000).

*“no es necesaria la psiquiatría [para salir de la depresión], hay personas que dicen yo la bandeé porque me vio el pastor, porque me hice blabla; yo esa entre comillas puntos o elementos de atención también sería ideal manejar un lenguaje en común entre todos los que pueden brindar esa intervención inicial” (l. 219-222 - Psiquiatra 8)*

El aprendizaje cultural y social se da por medio de la comparación con el otro; se niega de entrada la individualidad subjetiva, que es una experiencia que no se puede replicar.

*“o me hicieron pensar como ah tus sentimientos no valen y tal como que siento que al medirme con la regla de mis pares simplemente me dije pues es que no me dije estás teniendo todas estas dificultades porque tienes una condición de salud mental” (l. 416-419 - Paciente 6)*

*“Intenté aislarme, sí, con mis amigos, pues, tal vez me reunía menos y todo eso, y cuando me reunía con ellos, tal vez un poquito más callado de lo habitual” (l. 91-92 - Paciente 7)*

Para finalizar, particularmente desde la perspectiva de los pacientes entrevistados<sup>22</sup>, se contempla la posibilidad de la depresión como un proceso que moldea un deterioro a futuro. Lo social no se recupera por completo con la mejoría de los demás síntomas de la depresión, sino que deja cicatrices, que usualmente no dependen únicamente del individuo sino de sus redes sociales raídas.

*“Porque yo siento que la gente cambia como su percepción de uno mismo. Aparte de eso yo siento que me fastidia la gente. Es tedioso” (l. 236-237 - Paciente 1)*

*“Pues se me rompió la cabeza pensando única y exclusivamente como. El dolor que estaba sintiendo y demás. Y mira que yo pasaba todo el día*

---

<sup>22</sup> Esta es una perspectiva que no surgió en ninguna de las entrevistas con los psiquiatras; retomando la idea de que los pacientes tal vez ven la depresión como algo más potencialmente destructor que lo que determinan los médicos.

*encerrada en mi apartamento. Caminando de un lado para el otro” (l. 83-85 - Paciente 4)*

De la misma manera, se presentan consecuencias “internas” de la depresión, dentro de las cuales se manifiestan la pérdida de energía previa (por el drenaje energético que la depresión produce), pero también por la conceptualización nueva de las relaciones sociales como situaciones que requieren de energía y planeación.

*“El poder contar, conocer a la gente. El escuchar y todo esto me cansa mucho” (l. 238 - Paciente 1)*

*“Es como mi forma de ser de relacionarme. Yo siento que fue como una secuela que me quedó de lo sucedido” (l. 258-259 - Paciente 1)*

Las relaciones sociales en las que se ve inmerso el individuo también cambian (se producen cargas, asimetrías y modificaciones en las relaciones mantenidas hasta ese momento). Desde lo “externo” al individuo, se producen pérdidas de redes sociales, y ciertos obstáculos para su reanimación posterior a la resolución de la depresión. Son elementos que perduran en el tiempo. Estas redes sociales se fatigan, dejan de nutrirse de manera adecuada, y por tanto se presentan anémicas cuando es el momento de reiniciarlas.

*“Tal vez yo no habría llegado al hecho de intentar suicidarme” (l. 389 - Paciente 1)*

*“El miedo más grande es... no lo puedo dejar porque... ¿y si se hace daño? ¿y si se mata? La pierdo y no quiero que sufra más. Sabes que estás sufriendo. sabes que te duele. sabes que es un sufrimiento doloroso. ¿Qué te puedo decir? O sea, duele” (l. 632-634 - Paciente 1)*

## Categorías emergentes

Como hallazgos emergentes se encontraron cuatro grandes categorías que no se contemplaron desde el inicio. Éstas son: la construcción social de la realidad, lo espiritual y el sufrimiento, el rol moral del médico —que hace la contraparte al rol del paciente— y las metáforas y el lenguaje. Cada una de estas categorías será presentada a continuación desde un enfoque teórico diferente al de la mimesis de Ricoeur ya abordada previamente.

Sobre la construcción social de la realidad

La realidad no es un mundo objetivo cognoscible por los individuos; de manera que cada quien conoce “su pedazo” de la realidad más grande y conjunta. Esto, por supuesto, se ve impactado por la vivencia subjetiva individual, de manera a construir un “mundo vital” personal (Stanghellini, 2017).

La realidad se construye pues, para el individuo, según su base genética, biológica y fisiológica; pero también por la cultura y factores sociales. Cada individuo tiene una vivencia subjetiva, que combina con las demás para dar una manifestación del “dolor” que se da socialmente, como una “enfermedad” entendida colectivamente. Se da una definición social y cultural de los síntomas en cada contexto, aprendida por la socialización (Silvestre, 1998) (Abo-Rass, 2022) (González, 2017).

La realidad es un concepto que, si bien puede existir objetivamente, dentro de las aproximaciones prácticas tiene unos bordes menos rígidos. En la labor del psiquiatra (y de la medicina, en general), la dimensión simbólica de la depresión cobra importancia con el lenguaje utilizado, ya que este ayuda a construir la realidad. Esto no es un proceso únicamente desde lo “externo” sino desde cómo esa realidad es introyectada por el individuo (Sadowsky, 2022).

*“hay personas que no han escuchado como se podría asemejar la depresión y lo dicen con lo que conocen” (l. 98-99 - Paciente 1)*

*“siento que eso me dio como herramientas para decir, ok. O sea, yo lo llamo como una bruma, está esto que me pasa a veces y debería intentar resistirme a eso, y ser un poco más consciente, y las cosas que me dijo de los disparadores, para las alarmas y cosas muy cognitivo-conductuales ayudan a levantar esa bruma” (l. 62-66 - Paciente 6)*

Dado que el observador es una parte integral dentro de lo observado, todo empeño por descubrir (y describir) una enfermedad mental está siendo cómplice en su aparición (Keeney, 1983). Esto se produce desde el paciente y su forma de hablar sobre su vivencia; pero también se encuentra desde lo médico. La terminología médica utilizada tiene también un impacto sobre cómo se conceptualiza a la medicina, al paciente y la enfermedad.

*“yo estoy un poco en contra de esta perspectiva de la enfermedad mental como un problema de la funcionalidad, porque es otra vez a nosotros instrumentalizarnos y la preocupación no es tanto mi bienestar por mi bienestar sino mi bienestar en la medida en que yo estoy capaz de hacer otras cosas” (l. 276-279 - Psiquiatra 1)*

*“tener un diagnóstico es tranquilizador, porque le estás poniendo un nombre a lo que tienes, y cuando las cosas tienen un nombre, generalmente pues tienen un tratamiento, tienen algo por hacer, que si de pronto tienes unos*

*síntomas ahí, qué ni idea, y tratas de sobrellevarlos, y personas que llevan un año así, pues como que a veces sí, como que se les nota un poco la tranquilidad de saber qué es lo que tienen” (l. 125-130 - Psiquiatra 3)*

Se evita navegar por el mar de la incertidumbre, originado por el no saber, al rotular la realidad de manera inteligible para el individuo; sin embargo, la certeza del rótulo no asegura un cambio en la interacción. Se debe trascender el “principio dormitivo” al bautizar la realidad con algo que se asegura de su propia perpetuación (Watzlawick, 1994, p. 158).

El lenguaje, en su labor comunicacional del individuo con el entorno (pero también del individuo consigo mismo al ayudarlo a poner límites a su realidad) tiene un poder “re-figurador” que le permite al mundo narrado ser dinámico y sujeto a cambios. El individuo es un ser “enredado” en historias (Néspolo, 2007).

El lenguaje es el medio de la experiencia cognitiva, y cualquier cosa dicha se expone entre observadores. Una vez un concepto se construye, se externaliza en la percepción propia y se toma como si fuera algo “ajeno” a la percepción propia de la realidad “externa” (Segal, 1994, capítulo 1) (McNamee, 1992).

Así, los problemas se crean (y se destruyen) dependiendo de la manera de percibirlos y de narrarlos (Ramos, 2010, capítulo 7). Es por medio de los símbolos que el individuo se relaciona con lo “real”, dado que la naturaleza de la experiencia propia es, por extensión, lingüística e histórica (Zamarrón, 2019) (Trujillo, 2020, p. 52).

*“mi hermano, me dice venga lo puedo llamar y yo no, es que estoy ocupado. Y me hablan de eso y yo no quiero, ¿por qué? Porque el hablarlo también me derrumba” (l. 165-167 - Paciente 2)*

*“el hablarlo me va a hacer como concentrarme en eso y sentir que estoy viviendo eso” (l. 171-172 - Paciente 2)*

Conocer el universo es, de cierta forma, mirarse en el espejo, porque no hay visión que no involucre los preconceptos propios; “es imposible que lo que llamamos saber pueda ser una imagen de una “realidad” no tocada por la experiencia” (Watzlawick, 1994, capítulo 1). El lenguaje es acción, y las acciones se ven condicionadas por los demás de forma (tal vez incluso más) importante por los demás. La importancia de un evento se asigna únicamente en función del individuo que lo vive, y de alguna forma lo relata (Cronen, 1994) (Segal, 1994, capítulo 2); dado que no hay correspondencia directa entre un suceso que ocurre “fuera” de las personas y la experiencia interna de dichas personas (Keeney, 1983).

*“O sea, en teoría sí se hizo lo que uno debía hacer, pero yo creo que genera más frustración que otra cosa porque más allá de ponerle el nombre, pues uno sí busca que la persona esté mejor. Y pues si la persona no está mejor, pues listo, le puse el nombre a eso, pero no, pues no se está logrando nada”* (l. 248-251 - Psiquiatra 3)

*“Está en tu mente, sí, o sea, si tú dices que estás enferma, te vas a enfermar más y es como, no”* (l. 269 - Paciente 6)

El proceso de construcción social de la realidad se hace en un único sentido: siempre se construye más. Es difícil (si no imposible) “de-construir” socialmente la realidad. Esto se vuelve problemático desde el punto de vista en que la depresión se configura como un evento social.

Si bien la depresión tiene componentes sociales, la sociedad en general puede tener también manifestaciones “depresivas”. El influjo social, con sus presiones y agendas, puede facilitar la aparición de comportamientos o pensamientos que fácilmente pueden categorizarse como síntomas de depresión (Solomon, 2015)..

*“y el punto es que él le contó a la rectora y entonces, el punto es que a él no le iban a aceptar pero a él lo aceptaron con la defensa de que el colegio iba a ser demandado porque, bueno, en ese tiempo era como el boom de que los chicos se intentarían suicidar en el colegio”* (l. 165-168 - Paciente 1)

*“un gran profe de psiquiatría infantil de [XXX], decía que la depresión en los escolares no existía, la depresión endógena, que solamente eran... Que solo había problemas psicosociales, entonces uno ve que al chino le hacen bullying, que se murió la mamá, que los papás se separaron, que hay un conflicto pesado, ¿sí? Y uno ve que la tristeza de... o tiene problemas académicos, y uno ve que la tristeza de ese niño viene de unos entornos de su alrededor muy difíciles”* (l. 453-458 - Psiquiatra 4)

La idea de que puede haber cierta “moda” en cuanto a los síntomas psiquiátricos, y específicamente de la conducta suicida<sup>23</sup>, no es nueva. Sin embargo, esto plantea una interrogante preocupante: ¿hasta dónde puedo considerar que los síntomas que veo son una manifestación clínica, de una depresión “real”, y qué tanto son la mímica inducida por la sociedad? E, incluso, peor, una duda más profunda: ¿importa realmente esa diferencia?

Por último, el diagnóstico es una experiencia compartida dentro de una cultura y unos recursos geográficos más o menos definidos. Al utilizar este lenguaje (conceptualizado en occidente, desde una perspectiva con valores occidentales), los

---

<sup>23</sup> Ver el caso de [Las penas del joven Werther](#).

mismos psiquiatras se hacen partícipes de invisibilizar los demás elementos sociales que pueden tener que ver en la depresión (tanto en su génesis, perpetuación o tratamiento).

*“Yo no diría que es el mismo cuadro y pienso que al final nosotros nos regimos por conceptualizaciones del norte global, y estas conceptualizaciones nacen de sistemas sociales muy distintos al nuestro” (l. 157-159 - Psiquiatra 1)*

El individuo puede entonces presentar una separación entre los componentes sociales e individuales de la enfermedad, de manera a dar cuadros diferentes: un componente social e individual de enfermedad (el paciente “está enfermo”), un componente individual sin el componente social (el paciente está enfermo, pero no es reconocido como tal), un componente social sin uno individual (el paciente en “negación”) (Silvestre, 1998) (González, 2017) (Pankowski, 2021).

La dimensión social de la depresión la presenta como un problema comunicacional; la comunicación necesaria para enfocar todos los esfuerzos en el mismo sentido se ven truncados por esta dificultad relacional que presenta la depresión.

*“lo que uno con depresión piensa que es más importante solucionar, tal vez no es lo mismo que consideran importante solucionar las demás personas. Sí total” (l. 526-529 - Paciente 1)*

La depresión, pues, produce un tipo de sufrimiento específico en el que la persona se ve aislada, comunicacionalmente hablando. Esto se ve reflejado durante la depresión como proceso clínico, pero también durante los momentos posteriores a su resolución.

*“como estoy deprimido o tengo un trastorno por depresión, o lo que es peor tengo depresión crónica porque no van a entender nada” (l. 452-454 - Paciente 6)*

*“Entonces pues siento que me ha mejorado un poco en esa parte de tratar de comunicarme, de expresarme, de hacer saber a las personas cómo me estoy sintiendo, pero pues no ha sido totalmente así tan fluido, tan fácil” (l. 146-148 - Paciente 8)*

El “sentirse enfermo” no es, tampoco, una experiencia puramente individual, ya que es condicionada por la cultura y no necesariamente depende de los factores biológicos de la dolencia. El individuo fundamenta su sentir (es decir, lo experiencial) en lo cognitivo y social; es importante resaltar las experiencias previas personales con el síntoma/enfermedad, las familiares y de otros significativos, los modelos

aprendidos cultural y socialmente y las creencias y normas sociales frente a las cuales el individuo espera actuar acorde (Silvestre, 1998).

La multiplicidad de la depresión es tanto interpersonal (entre personas) como intrapersonal (dentro del mismo individuo) dado que cada episodio de depresión puede ser diferente de los anteriores, aunque sea la misma persona. Se tiene únicamente conocimiento del mundo interno en el momento dado y de la interpretación puntual del mundo externo y de los demás.

*“ahí hay un problema grande de base de la psiquiatría, es la conducta versus la experiencia personal de cada persona, ¿no? O sea, si yo me siento triste todo el tiempo, todos los días, eso no se va, pero igual salgo a socializar porque, no sé, porque me obligo. Digo, ¿estoy o no estoy deprimido? Sí, claro. Entonces, es experiencia subjetiva versus comportamiento. Yo creo que hay que crearle más a la experiencia subjetiva” (l. 120-124 - Psiquiatra 10)*

*“cada persona es un mundo pequeño. Y en su mundo, cada persona lo sufre con lo que tiene” (l. 104-105 - Paciente 1)*

*“yo creo que quien lo vive es quien lo goza” (l. 356 - Paciente 2)*

### Sobre lo espiritual y el sufrimiento

En la formación del personal en salud, se aborda la enfermedad desde múltiples lentes. Uno de ellos es el modelo de autorregulación de Leventhal, según el cual el individuo interioriza la enfermedad de manera a poner en juego los mecanismos de afrontamiento que posee (Abo-Rass et al., 2020a; Antoniades et al., 2017). Esto, aplicado a la depresión, permite encontrar valores fuertemente negativos en dimensiones como la “identidad” (entendida como los síntomas y etiquetas asociados con la enfermedad), la “temporalidad” (cuánto dura la enfermedad) y las “consecuencias” (el impacto en la vida del enfermo) (Baines & Wittkowski, 2013; Brown et al., 2007); se encuentran otros moderadamente negativos en cuando al “control personal” (la capacidad del individuo de manejar la enfermedad), el “tratamiento” (la capacidad de aliviar la enfermedad) y la “coherencia” (el entendimiento de la propia enfermedad) (Abo-Rass, 2022; Bear, 2021).

Al no contar con una explicación para el sufrimiento, para las situaciones emocionales desagradables y los síntomas presentados (lo que en estos casos suele traducirse en no tener diagnóstico), se produce la inacción, la incapacidad de actuar frente al problema.

*“Pero, por ejemplo, ahora con este cuento ya no respeta días, eso es, miercoles, jueves, sabado, domingo, el lunes, Pero el punto de cómo se siente uno para seguir con el tema de cómo se siente uno es, es una vaina, es una vaina terrible, es una vaina terrible que, porque no hay una causa aparente” (l. 390-393 - Paciente 2)*

Hay elementos positivos del diagnóstico que permiten una explicación, una justificación de la vivencia. La información tranquiliza al individuo, y a su vez permite mitigar las preocupaciones sobre su explicación.

*“más llevadero el hecho de que atraveses un diagnóstico, como cualquier enfermedad” (l. 419 - Paciente 1)*

*“no todo el mundo lo entiende de buena manera tal vez pues hay personas que no tienen como mucha idea del tema y lo van a ver como tal vez algo catastrófico” (l. 296-297 - Paciente 3)*

La enfermedad es un evento que se puede dotar de sentido (Zamarrón, 2019, p. 315); y este sentido lleva a que la persona pueda mejorar. Si no se desarrollan actitudes concretas —motivadas, de alguna manera, por una *causa*—, habrá mayor sufrimiento (Ceberio y Watzlawick, 2006).

El relato de la experiencia del paciente suele ser el punto de partida del encuentro clínico; por tanto, es poco sabio desvirtuar la experiencia subjetiva de un proceso de salud-enfermedad en el paciente. Tanto la enfermedad como la curación poseen significados que sólo el enfermo conoce (Zamarrón, 2019). Ésta se fundamenta en una dimensión temporal, con elementos voluntarios e involuntarios que se pueden volver superficiales gracias al auto-conocimiento del individuo (de Robles, 2023) (Castañeda, 2023) (Benavides, 2023).

El sufrimiento de la depresión puede mitigarse por percibirse que se atraviesa por un motivo, por un **propósito**.

*“En alguna oportunidad, yo le pedí a dios que me diera un propósito. Entonces, yo le decía, no, mi carrera no es mi propósito. Mi carrera es de lo que yo vivo y con lo que yo me mantengo y eso. entonces, pedí eso y yo empecé a darme cuenta, eso fue ya hace unos años, empecé a darme cuenta que mucha gente se hablaba conmigo, me hablaba conmigo y terminamos hablando siempre de un punto que era la depresión” (l. 238-242 - Paciente 2)*

El modelo de autorregulación de Leventhal, también llamado "Modelo del Sentido Común" —en contraste al conocimiento científico en el que los médicos

basarían su conocimiento— presenta un proceso en dos niveles (emocional y cognitivo) que ocurre de manera simultánea y paralela y que produce objetivos distintos que pueden llegar a ser incluso contradictorios entre ellos (Quiceno, 2010; Castillo, 2016).

Importan, por encima de otras cosas, la severidad percibida del síntoma y la interferencia con la vida de la persona (el grado de incapacidad que produce en la vida cotidiana); sin embargo, los síntomas de por sí no conducen a la gente a buscar ayuda (González, 2017). Es la narrativa personal negativa sobre los síntomas lo que, usualmente, motiva al individuo a solicitar asistencia (Álvarez-Ramírez, 2008) (Vivier, 2021).

La exculpación del individuo se puede hacer desde la ignorancia (sin emplear este término peyorativamente). Aquel que no sabe, no tiene forma de cargar la culpa de actuar.

*“pienso que es un poquito difícil y no juzgo a las personas que no lo saben comprender porque tendrán otras cosas o nunca les hará falta o vivirán contentos con eso pero pues para mi digamos a veces llenan vacío con otra cosa”* (l. 348-351 - Paciente 5)

La relación del paciente con los demás se moviliza en el sentido de la ayuda solicitada (así sea involuntariamente) por el paciente. Los demás se vuelven una fuente de apoyo y esperanza.

*“entonces ese tema de los amigos y de la red de apoyo también es fundamental”* (l. 236-237 - Paciente 4)

*“así fuera una sola parte de la que yo tenía que fue con la que me quedé no sé una o dos relaciones más profundas familia, amigos, habría sido mucho más fácil. Mucho menos difícil, más bien, el tránsito en ese periodo. O sea, el apoyo emocional que siento que es indispensable, y todas estas cosas espirituales en lo que tú creas independientemente de lo que creas”* (l. 297-301 - Paciente 4)

Sin embargo, este modelo omite algunos elementos sociales de la enfermedad, que son, en ocasiones, cruciales para las enfermedades con síntomas visibles, o que tienen una alta carga de estigma social (como es el caso de la depresión y las enfermedades mentales) (Walicka, 2021) (Bear, 2021). Se revela la importancia de las relaciones sociales como vigías o puntos de comparación.

*“lo de las personas que me acompañaban como que me permitió darme cuenta de que, eso fue en el 23, de que generalmente llevaba unos cinco años en cama, sabes porque, o sea, yo llegaba a mi casa y entonces pues*

*estaban estas personas y los veía, y hacer cosas. Y para mí es tan raro decirte esto, porque para ti es como, generalmente tiene que ser obvio, pero es como lo vivía yo, yo los veía hacer cosas como leer, algunos estaban escribiendo su tesis, otros simplemente cocinaban, otros simplemente se quedaban viendo televisión, y como ver a las personas teniendo mundo interior y exterior, me hizo darme cuenta de, wow, yo solo estoy sobreviviendo” (l. 67-75 - Paciente 6)*

La fuente del sufrimiento en la depresión se produce por múltiples situaciones, muchas de las cuales se fundamentan en la imposibilidad del contacto con el otro. La ausencia de entendimiento se convierte en el catalizador principal del malestar que produce la enfermedad.

*“un correcto apoyo psicológico y psiquiátrico me hubiera ayudado a entender” (l. 389-390 - Paciente 1)*

Una vez la depresión instaurada, el sufrimiento surge del “no-reconocimiento” por parte de los demás<sup>24</sup>. La búsqueda del diagnóstico, es, de alguna manera una búsqueda de **identidad**, de respuestas que permitan salvar este abismo que se abre entre el paciente y el resto de la humanidad (Solomon, 2015).

*“estoy casi segura que hace mucho peor la depresión porque es básicamente como que estás luchando sola contra eso. Y mucha gente simplemente hace como no me importa y como, qué más, cómo está ah, bueno, qué bueno ya si te saluda” (l. 336-338 - Paciente 9)*

Esto se dificulta dado que la experiencia humana compartida requiere esfuerzo cognitivo; la empatía es un proceso activo que busca re-establecer esos puentes comunicacionales entre las experiencias subjetivas.

*“o nos interesamos justamente por saber de fondo qué piensa esa persona qué está sufriendo y por qué está sufriendo y qué le pasó en toda su vida para que eso le esté pasando y cómo eso lo está llevando para saber justamente estas respuestas de qué es lo que más le pesa a [XXX] entonces no hay un interés” (l. 328-332 - Paciente 9)*

El problema social, como génesis inicial de la soledad, deja la duda de si en realidad la depresión es un problema social “patologizado”, o si la sociedad es “patogénica” y facilita las dificultades comunicacionales. La soledad puede ser tan intensa, que el equipo de salud mismo puede convertirse en un grupo de apoyo frente a la soledad percibida por el paciente.

---

<sup>24</sup> Similar al proceso de “desconfirmación” desde el enfoque sistémico.

*“yo pienso que eso es lo que más funciona, porque también el hecho de sentirse adherido a un grupo, eso también muchas veces hace sentir bien a la persona” (l. 171-172 - Psiquiatra 3)*

Se produce sufrimiento en el resto de personas (tanto en el paciente como en sus allegados) por la preocupación de no saber cómo ayudar. En los casos de los pacientes recuperados, esto se ve mitigado por el aprendizaje de la experiencia propia con la depresión.

*“El no saber cómo poder ayudar. El no saber qué... porque es una enfermedad a la que realmente nadie, aparte, pues, de los médicos, de la medicina y demás, le podrán ayudar. porque nadie sabe realmente lo que siente la persona depresiva” (l. 292-294 - Paciente 2)*

Según Ricoeur, la experiencia humana, tramada por ideas y valores, puede ser contada a alguien más; se transmite fenomenológicamente una experiencia vivida (Escalante, 2013). Las enfermedades tienen un componente privado, pero también uno público en el que se espera no incurrir desde el sufrimiento privado (Ricoeur, 2008).

Evidentemente, la consulta con el médico no es un ambiente en el que esa trivialización no ocurra; esto facilita un contacto difícil (incluso traumático) del paciente, quien percibe que se encuentra en una situación en la que no es escuchado.

*“Es violento porque elimina la experiencia humana, elimina al final cuando uno se ha arrojado el lenguaje en el lenguaje existe tanta diversidad de formas de experimentarlo y expresarlo que tener la expectativa de reducir toda esta experiencia la tristeza y la anhedonia... es algo muy violento con la experiencia humana y uno como terapeuta creo que también es algo que a uno lo limita mucho a la hora de entender el el sufrimiento de otro” (l. 163-168 - Psiquiatra 1)*

La depresión permite un cierto grado de aprendizaje gracias al proceso introspectivo que fomenta. A pesar de ser una experiencia desagradable (incluso traumática en algunos casos), permite un mayor crecimiento posterior, al estilo de un capullo que se abre. Se convierte en una oportunidad, una herramienta, que se aprende a utilizar en retrospectiva (Solomon, 2015).

*“Experiencia. Para ayudar. Es mi opinión, a raíz de, desde que yo pasé por todas esas cosas, muchas personas me hablaban para..., y que sabían, ¿no? Obviamente. ellos me hablaban para consejos” (l. 484-486 - Paciente 1)*

El paciente no identifica únicamente el crecimiento (o el **aprendizaje**) como algo únicamente motivado por sí mismo, sino que el tratamiento mismo puede ser un proceso de aprendizaje “guiado” para el individuo, para darle a reconocer lo que ya es competente para solucionar.

*“también buscan otras cosas para... Ocultar todo esto, porque lamentablemente pues está como muy mal visto el hecho de que un psiquiatra o un psicólogo solo, o sea, dicen que es para locos, pero en realidad piensan que no es solo eso, sino es como un maestro, unas herramientas que necesitas para que, digamos, en esos choques tan fuertes sepas qué hacer” (l. 52-56 - Paciente 5)*

Sin embargo, el proceso de introspección sobre uno mismo no necesariamente se traduce en mejoría clínica del cuadro. El pensamiento es el ambiente principal en donde se producen los problemas del auto-concepto, dado que es el componente cognitivo el que se encarga de tomar esos elementos **identitarios** propios y evaluarlos constantemente. Es por medio de la introspección de las vivencias externas (ya sean propias o ajenas) que se produce el aprendizaje del médico; no se puede “forzar” el aprendizaje de alguien, sino que se hace desde una **motivación interna (Ramírez-Bermúdez, 2022)**.

*“sí me ha mejorado en cosas. He sido, de pronto, un poquito más consciente de ciertos actos. De ciertas actitudes, pero, pues, hoy en día sigo con esa misma tristeza, con esa misma desilusión, con esa misma idea de querer devolver el tiempo para hacer las cosas mejor” (l. 46-49 - Paciente 8)*

El sufrimiento inherente del enfermar se ve potenciado por la respuesta social frente al enfermo, al que rechazan por su potencial destructivo pasivo. El enfermo se convierte en una bomba de tiempo para los demás, tanto por el reflejo desagradable que le muestra a la sociedad sobre su propia mortalidad (Sontag, 1990), como por la misma fragilidad humana del que es el exponente más próximo (Rodríguez, 2010).

A pesar de los elementos positivos descritos por pacientes (principalmente), cabe aclarar que no todos lo ven como una ganancia neta frente a sus capacidades/herramientas previas. En algunos casos, estos elementos positivos de la depresión no son sino una ganancia insuficiente para compensar todo lo que se ha perdido (Haig, 2016) (Martin, 2023).

*“han habido mejoras en conjunto, o sea, como que finalmente tuve la fuerza de venir a un psiquiatra, eh, regularmente, de medicarme, encontré un buen psicólogo, bla, o sea, han habido mejoras dentro del proceso, pero si en realidad la depresión no hubiera comenzado, no hubiera tenido que hacer nada de eso en un primer lugar” (l. 308-311 - Paciente 6)*

*“volverlas a apreciar pero pues no termina siendo una cosa de ¡ay qué bonito deprimirse para darse cuenta de lo bueno que es la vida!” (l. 276-277 - Psiquiatra 9)*

## Sobre el rol moral del médico

Retomando lo expresado previamente (en la categoría de abordaje: salud-enfermedad) sobre la teoría de Parsons —y retomada por Sontag en su trabajo sobre la vivencia de la enfermedad en la sociedad— sobre el rol del enfermo, se propone en este apartado abordar la otra parte del contacto entre médico y paciente. Parsons identifica al médico teniendo también un rol que desempeñar, legitimado por la sociedad y que sabe utilizar sus conocimientos con cierta distancia de sus propias emociones para ejercer de manera justa. El psiquiatra, en este caso, no se desliga por completo de una labor esperada desde lo social; el contacto que presenta, pues, se hace desde un imaginario cultural que ha de cumplirse, otorgando al médico ciertos derechos y ciertas obligaciones. Cabe aclarar que la mayoría, si no la totalidad, de estos imperativos sociales y culturales que se exigen del médico surgen de las entrevistas realizadas a los psiquiatras, y que ocasionalmente algún paciente comenta algo sobre ello.

### 1. Qué se espera que haga psiquiatra

Dado que el contacto en calidad de médico y paciente se produce en el encuentro clínico, cabe esperar que uno de los puntos centrales de la labor del médico consista en ofrecer el tratamiento a la dolencia que motiva al paciente a pedir ayuda. Estos tratamientos, si bien pueden estar estandarizados para su aprendizaje, deben ser moldeados para la individualidad de la persona particular.

Dentro de los manejos, se puede plantear una progresión: los medicamentos se encargan de lo externo del individuo (el cuerpo); la psicoterapia se encarga de lo interno (la mente) y eventualmente el individuo mismo se encarga de la autoapreciación (el espíritu).

*“porque si la medicación creo que no la medicación siento que es muy necesaria a pesar de que obviamente creo en todas estas otras cosas políticas que siento yo que me han ayudado mucho, meditar y respirar y bueno. Un montón de cosas que he venido practicando en este medio que sí se me han dado muchas herramientas al respecto, pero en principio si la medicación sí es muy difícil, pero cuando ya empiezas la medicación y ya te puedes enfocar, pues empiezas a descubrir cosas también de ti misma y te*

*empiezas a dar crédito por la fuerza que llegas a tener y pues eso igual también” (l. 414-420 - Paciente 4)*

Estas estrategias de tratamiento, aprendidas durante la formación en la academia o durante la experiencia por la práctica con pacientes, recaen en alguna forma como “antídoto” de las situaciones que generan el sufrimiento originalmente. Se toma una aproximación mecánica hacia la “corrección” de la causa, ofreciéndole al paciente el entendimiento que se le ha negado por parte de los demás, la desculpabilización moral —por medio de la explicación biológica de la dolencia—, así como la esperanza que se ha perdido. Así, la narratividad en la medicina (y particularmente en la psiquiatría) puede configurarse no sólo como una herramienta hermenéutica, sino también como una estrategia terapéutica para ayudar al paciente (Zamarrón, 2021, p. 8).

*“fue como oye tú has luchado mucho para llegar hasta aquí y la verdad con tus condiciones con las que creciste y con toda tu vida, el resultado podría haber sido peor, porque no todo el mundo llega tan lejos como tú llegaste” (l. 363-366 - Paciente 1)*

*“Y es como si alguien te hubiera tocado el hombro y te hubiera dicho tranquilo, mira, eso que escuchas es un lobo, lejos; eso que escuchas, tranquila, es un búho, no te preocupes. Venga, traje pilas para esta linterna; venga, vamos. Tranquila, es como el poder explicar por qué tú ves eso, porque tú sientes eso, por qué en un punto te apagas, por qué en un punto tú sientes un montón de... sientes esto, por qué ya no sientes, por qué piensas, y por qué reaccionas así a ciertas situaciones. Ahí es como que tú dices bueno, si está bien” (l. 412-417 - Paciente 1)*

Esta desculpabilización se puede producir en varias etapas: en la reunión clínica (el encuentro entre el médico y el paciente), el entorno del paciente, el diagnóstico (que otorga una nueva explicación exculpante del proceso médico) o como medida terapéutica. Sin embargo, también puede ser “desculpabilizante” para el médico; el diagnóstico puede retirar la falla moral/laboral/identitaria del médico al “fallar terapéuticamente”. Se puede plantear la depresión como una “inevitabilidad” del proceso.

*“inicialmente pues es el manejo farmacológico con la psicoterapia, en esa medida pues uno va evaluando, puede llegar a su dosis, puede llegar a juntar otro medicamento y pues ya dependiendo de los casos, pues es importante también yo pienso que entrar a evaluar como otros factores, por ejemplo eso como qué personalidad de base está” (l. 210-214 - Psiquiatra 3)*

Así mismo, existe la “esperanza” como ayuda para el paciente por parte del terapeuta. La esperanza funciona como tranquilizador, como guía y como

verbalización de un acompañamiento tácito por parte del otro (siendo ese otro el terapeuta, un familiar, un amigo o un desconocido) (Bonnett, 2013).

*“esto es como es esperable de que tú en este contexto pienses eso. No te sientas perdida, hay esperanza”* (l. 395-396 - Paciente 1)

*“como si estuvieras en posición fetal en medio del bosque, con un montón de ruidos y piensas: ya, aquí fue. No voy a seguir, no puedo. Y es como si alguien te hubiera tocado el hombro y te hubiera dicho tranquilo”* (l. 410-412 - Paciente 1)

Al concebir el acto terapéutico como un acto narrativo, se abren nuevas posibilidades de relacionamiento del individuo con su enfermedad. Parte de la labor del médico consiste, pues, en fraguar esta narrativa del paciente sobre su propio proceso de salud y enfermedad para conseguir una historia identitaria que le permita al individuo *sufrir menos*<sup>25</sup>. Se identifican tres actos narrativos de la enfermedad (Benavides, 2023):

- a. la narrativa reparatoria: busca representar la recuperación completa del bienestar perdido y su voluntad por parte del enfermo (es aquella que respeta el rol del enfermo, según describe Parsons)
- b. la narrativa del caos: es un proceso desestructurante del individuo en su identidad y su relación con el mundo, en el que la persona no encuentra un sentido claro para su dolencia
- c. la narrativa de búsqueda: busca darle un significado, una lección (que no necesariamente implica la resolución de la enfermedad; es aquella que se centra en la re-significación de la vivencia y la que se aplicaría desde la psicoterapia) - (Zamarrón, 2019, p. 315) (Quiceno, 2021)

El acto médico —psiquiátrico, en este caso— consistiría en permitir al individuo replantear su proceso patológico (usualmente desde la narrativa del caos que trae el paciente) para conseguir una narrativa reparatoria o de búsqueda.

Sin embargo, este acto terapéutico también ha de contemplar la mitigación de las expectativas, idea verbalizada exclusivamente por parte de los psiquiatras entrevistados; así como la complejidad relativa de las soluciones —se entiende el tratamiento como un conjunto de estrategias multidimensionales, para afrontar un problema multidimensional—. La actividad del psiquiatra se produce desde la ciencia, y las expectativas se fundamentan desde la evidencia. El manejo de las expectativas se convierte en un arte que tiene utilidad para el psiquiatra de forma a reafirmar su postura desde la realidad “objetiva”. Se busca hacer lo “razonable” desde las posibilidades disponibles.

---

<sup>25</sup> Puede ser fantasioso tomar como objetivo el cese completo del sufrimiento.

*“Y yo creo que poder darle la tranquilidad un poco de que, aunque no tenemos la cura milagrosa, no tenemos la ropita de la felicidad, no se la han inventado, nos quedaríamos sin trabajo, a pesar de eso, hay esperanza de que las cosas se pongan mejor” (l. 339-342 - Psiquiatra 9)*

*“siento que la tristeza es un indicador muy fuerte de que me estoy exigiendo... Cosas que de pronto no son justas ni razonables como lo veíamos alguna vez con un profe... Pues tú no lo conociste, el profe [Muñoz de TCC] Él decía como lo humanamente posible, ¿sí?” (l. 95-98 - Psiquiatra 1)*

*“ahora te estás sintiendo así con lo que vamos a hacer lo que vamos a hablar con el tratamiento que vamos a plantear va a mejorar, no vas a estar al 100% bien pero si le plantearía porque consejos pues no iría con el psiquiatra esperando uno es más un algo más a profundidad porque la familia entera le dice o otras personas le plantean directamente los consejos esperando uno un poco más aterrizado y la idea es que uno de pueda dar ciertos elementos un poco más aterrizados entonces” (l. 248-253 - Psiquiatra 8)*

En contraposición, una postura únicamente verbalizada por parte de los pacientes, pero no por los médicos entrevistados, es aquella de fundamentar esta esperanza en las capacidades propias. Esto se encuentra reflejado en textos fundamentados en la psicoterapia, más que en el tratamiento farmacológico y el entendimiento de la psiquiatría desde la biología, ya que se busca que el individuo no se centre en los problemas que lo aquejan (o en la enfermedad que tiene) sino en las capacidades que se tienen para resolverlos; se busca promover la auto-competencia del individuo, y que el discurso que tiene el cliente sobre sí mismo mejore continuamente (Ramos, 2010) (Trujillo, 2020, p. 117) (Castañeda, 2023).

*“primero, obviamente que luche por, por mis cosas. Yo, yo siempre... Eh, lo que digo, siempre es, fui una persona muy presta a las personas, y eso a mí, pues, me hace feliz. Yo no lo hago por, por obligación, ni por, ni por, eh, sí, por sentirme comprometido. Simplemente, a mí me gusta ayudar a las personas, pero, pero en esa ayuda a las personas siempre me descuide, o sea, viéndolo hoy, hoy en día en este punto, descuide pronto lo que a veces yo quería, o si no, a veces no quería, pues, no quería y ya. Entonces, eh, es darme ese consejo que realmente no me abandone, no, no me deje solo” (l. 296-302 - Paciente 8)*

*“de pronto lo que puede como nutrir un poco el discurso de ustedes los médicos” (l. 436 - Paciente 4)*

## 2. Quién se espera que sea el psiquiatra

El psiquiatra presenta una imagen, que puede ser la primera barrera que se tiene con el paciente. Así, uno de los elementos no formales de la labor del psiquiatra es presentar una imagen que le permite a los pacientes acudir a él/ella y disminuir su sufrimiento. Esto se fundamenta en factores no controlados por el médico (por ejemplo, la imagen de la vejez como aquél que "no entiende" los problemas de las demográficas más jóvenes), pero también con su comportamiento (comunicación entre médico y paciente).

*“Cuando yo visité a un psiquiatra, era viejito. O sea, su cita fue como ¿Estás bien? Y yo sí. Ah bueno, chao, avalada. Entonces me avalaron para ir y yo no volví. Esa fue mi última visita al psiquiatra” (l. 170-172 - Paciente 1)*

Hay un umbral de empatía en el que se mueve el psiquiatra; no es indispensable conocer el 100% del sufrimiento ajeno, pero sí es útil tener algún entendimiento rudimentario. El psiquiatra se convierte en el “experto en sufrimiento ajeno” (por la depresión, pero no únicamente por esto), y esto puede limitar y “distraer” al médico de una buena labor de ayuda si se reconoce desde lo personal con mucha intensidad. La empatía se limita en la búsqueda de “no hacer más daño”.

*“no creo que digamos desde el ámbito profesional el no vivir una depresión los limite a ustedes digamos con sus herramientas y capacidades para poder darle un manejo de alguna forma creo que no es necesario pero si tampoco creo que puedan llegar a comprenderlo 100%” (l. 472-475 - Paciente 4)*

A pesar de que la vivencia subjetiva de la depresión es algo individual, imposible de comunicar en su extensión, es un proceso que puede acompañarse. Entre los entrevistados se plantea la labor del médico (del psiquiatra) como el personal mejor equipado para lidiar con esto, y brinda ayuda emocional.

*“hay una gran estigmatización y un poco acompañamiento a las personas con depresión entonces casi que nos toca hacer un poco de eso de estar solos buscar ayuda, ir al psiquiatra ir al psicólogo hacer cosas por nosotros muy solos y está bien, creo que tenemos la responsabilidad de hacerlo nosotros, y nosotras; pero qué lindo si otros pudieran acompañarnos en este cambio de comportamiento y pensamiento respecto a los trastornos mentales” (l. 247-251 - Paciente 9)*

Para cumplir estos propósitos, el médico (en este caso no únicamente el psiquiatra), ha de aprender, ha de formarse para poder ayudar mejor. Así, no sólo es lo esperado dentro de sus quehaceres, sino que se vuelve un imperativo moral.

*“que los profesionales que están en salud mental sean personas capacitadas precisamente para dar esa ayuda. No necesariamente significa que todo el mundo lo haga, hay excepciones para todas las reglas, pero debe ser gente capacitada para poder dar esa ayuda que están buscando los pacientes”* (l. 200-203 - Psiquiatra 9)

*“si llegan eventualmente con estas dudas reales a una persona que no esté capacitada actualmente y lo devuelva a esa incertidumbre como de, no, si usted no tiene nada, usted tiene buena energía, usted tiene un techo sobre su cabeza, no está comiendo todos los días. ¿Se da depresión? Joder. Ahí no hicimos nada”* (l. 219-222 - Psiquiatra 9)

Evidentemente, desde lecturas sociales como la de Foucault, o la de Goffman, se plantea la medicina —y en específico la psiquiatría— como una autoridad que, para bien o para mal, tiene demasiado poder. El psiquiatra adquiere, como parte de su investidura de poder, la obligación de obrar según un estándar moral superior al de los demás; igualmente, es imposible de desligar por completo de su poder político.

En el pensamiento de Foucault, un dispositivo es un conjunto heterogéneo que tiene una función estratégica concreta, inscrito en una relación de poder y que resulta del cruzamiento de relaciones de poder y saber. Así, la medicina es (y la psiquiatría en particular) un dispositivo que se manifiesta frente al paciente (Agamben, 2011).

Por su poder dentro de la comunidad, el “sanador” siempre se ha presentado como uno de los individuos capaces de crear una realidad social con mayor peso que otras personas. Después de todo, es el que tiene la autoridad de pronunciar al otro como “enfermo” y excusarlo de su rol social asignado por otros sectores; pero particularmente en cuestiones de psiquiatría, es aquel que se encarga de definir quién se encuentra “en la misma realidad” y quién está “loco”. La labor del médico como un efector del control social, como un tipo de “policía del pensamiento” no es algo nuevo, y por tanto, no es de sorprender que salgan a relucir algunos de estos elementos durante las entrevistas realizadas.

*“eso era un humano sano un humano sano; es el que puede contribuir a una sociedad capitalista”* (l. 290-291 - Psiquiatra 1)

El médico es el “mecánico de la sociedad”, quien se encarga de que económicamente los trabajadores se conviertan en máquinas de producción de capital. La instrumentalización de la medicina (y especialmente la psiquiatría) para este fin, es ampliamente criticada desde pensadores como Foucault, quienes esgrimen que el médico es una herramienta económica y política. Heredados de lo que eran los “alienistas”, los psiquiatras actuales se ven en la encrucijada de presentar un gran poder social, sin un foco claro que los guíe para usarlo.

*“lo negativo que es digamos como este tema de sobre diagnosticar los trastornos mentales en general sobre todo lo que es ansiedad y depresión porque ha sido como la masificación de hablar del tema en redes sociales pues digamos en el voz a voz con las personas pues ha llevado que la gente en cierto modo como que más capaz o sienta como menos temor; porque en cierto modo muchas veces a la gente le aprena el temor como al rechazo o el temor a que juzguen sus emociones los lleva a digamos como a dejar de hablar de esto yo pienso que algo que si ha sido positivo de ahora que la salud mental este en boca de todos es que ha permitido que la gente sea capaz de expresar sus emociones con mayor” (l. 203-210 - Psiquiatra 6)*

El médico, dada su posición como “enemigo de la enfermedad”, se ve penosamente definido como aquello que busca destruir. El reconocimiento de esta identidad, definida casi en exclusividad por su contrario, produce que el médico sólo pueda saberse médico cuando está ejerciendo su “labor” de sanador. La enfermedad se convierte en una condición indispensable para que el médico pueda existir.

*“hombre que nos da trabajo” (l. 262 - Psiquiatra 10)*

*“Estableces un tratamiento ya digamos como que es como hacer un flujograma tiene depresión y no iniciar x tratamiento esperar de 3 a 4 semanas, no subirle la dosis esperar otras 2 a 4 semanas mejor o si no cambiar medicamento me parece que es como un poco en ese sentido sencillo y además porque yo siento que a nosotros no nos dan obviamente las herramientas” (l. 318-321 - Psiquiatra 6)*

Peor aún, desde algunas perspectivas, la labor del psiquiatra es casi únicamente necesaria en emergencia, "cuando corre riesgo la vida de la persona". Es decir, se vuelve insuficiente el diagnosticar una “enfermedad mental”, sino que ha de ser una que produzca un riesgo vital inmediato.

*“el tratamiento no debe ser patrimonio digamos que hay situaciones que son muy complejas que requieren indiscutiblemente una intervención por nosotros que requieren una hospitalización porque corre peligro la vida ¿sí? en esos casos sí pienso que es que es pues imprescindible nuestra intervención ¿no? cuando corre un inminente peligro la vida de la persona pero el resto yo pienso que todo todo está bien” (l. 259-263 - Psiquiatra 7)*

Como el médico se define en función del enfermo, cuando el enfermo (en su etiqueta identitaria) se rehúsa a actuar como tal y rechaza su identidad, se rompe el pacto de cuidados y, por consiguiente, también sufre la identidad del médico.

### 3. Las cualidades del psiquiatra

Se espera que el psiquiatra cumpla con ciertas características, algunas más espirituales que físicas, de manera a comportarse según lo que el paciente —y el resto de la comunidad médica— espera. Esto comienza desde lo intuitivo, ya que una de sus competencias más útiles es suscitar la confianza en el otro de forma instintiva, de manera a conseguir la información y la posibilidad terapéutica en el paciente. De alguna manera, el médico es más sensible a ciertas influencias (o ciertos pedidos de ayuda), que lo enfocan hacia un tipo de sufrimiento específico.

*“pues uno es psiquiatra y tiene su profesión, pero nace como con esa cosa ahí bien puesta de que la gente le suelta a uno cosas y uno no sabe por qué siempre le contaron cosas, ¿no? Yo era psiquiatra desde antes y uno va viendo cómo es la sensación. La sensación de la presión del portero, del de la lancha, del aeropuerto, del que se siente usted a hablar con tal lado y uno va viendo que la gente o le van contando a uno, entonces uno va un poco como aprendiendo de eso y pues es interesante porque si hay bien unas conductas humanas que son universales en la cultura y la religión modifica un poco como ese actuar de la... de las personas frente al malestar emocional”*  
(l. 103-110 - Psiquiatra 4)

El rol del médico es enfrentarse al sufrimiento, el dolor y la fragilidad humana. Esto, a pesar de ser el objetivo último, puede producir cierto distanciamiento de la humanidad propia del médico (Morales, 2017). Así, el médico concibe al individuo como un ente escindido entre mente y cuerpo, como dos mundos que no se tocan (Agdal, 2005).

El rol del médico debe, por tanto, flexibilizarse para permitirle al médico una existencia desligada del caso extremo de la enfermedad y la muerte (y en el del psiquiatra de la enfermedad mental grave, en su rol de alienista). Su labor deja de ser “curar”, para convertirse en “acompañar”, o incluso mejor, disminuir el sufrimiento.

*“no tiene que empezar a estudiar primero el contexto del paciente qué es lo que pasa qué cambios ha tenido si falta algo y suena feo pero hay pacientes que necesitan comer toda la carne, todas las proteínas... obviamente a veces si no llega a tecar y si no pues no he tenido como la oportunidad pero igualmente hay algunos casos que está de psiquiatría paliativa más fuera del mundo como que igualmente se les puede ayudar a encaminar yo creo que igualmente si un paciente a veces ya no puede, uno sí debería ayudarles a tener como como tal calidad de vida que los síntomas se reduzcan que se sientan medio bien que pues medio”* (l. 313-320 - Psiquiatra 2)

El médico se convierte en el personal de ayuda idóneo, ya que funciona como salvador o como rehabilitador, según la circunstancia lo solicite. A veces no es suficiente como que la persona mejore, sino que también se vuelve una labor acuciante. Se requiere que la persona mejore “rápido”.

*“¿Cómo enfrentas tu a un paciente que no responde al manejo? Como yo te mencionaba, me apoyo mucho en psicólogos que hay que hacer y eso que muchas veces los psicólogos son los que le remiten el paciente a uno y yo soy como lo que se está haciendo está bien; digamos no hay como perderla o afanarse por la vista de un paciente pero pues obviamente que escogió esto cuando inicio el pregrado uno lo que quiere es que la gente se mejore y se mejore lo antes posible” (l. 333-339 - Psiquiatra 6)*

El médico ha de ser constante en su labor de ayuda, pero también en su aprendizaje. El psiquiatra es un aprendiz perpetuo, que debe nutrirse intelectual y prácticamente desde las enseñanzas disponibles en los pacientes —lo que hace la contraparte del paciente como maestro—, para llegar a cierto grado de erudición.

*“si lo viví o creo que lo viví pues nunca acudí al psiquiatra pues obviamente no fue un caso tan severo en caso de haberlos ido pero echando cabeza en retrospectiva lo más probable es que sí ahí en esa época precisamente que me ayudó mucho fue mi familia o sea como que yo me empecé a acercar mucho a ellos llegaba por ejemplo de del hospital a abrazarlos a estar con ellos como sentirme acompañado y siento que en últimas eso fue lo que más me ayudó y por eso yo le doy tanta importancia a los vínculos y a la red de apoyo” (l. 409-415 - Psiquiatra 6)*

El médico no deja de lado su labor de investigador, pero el psiquiatra ha de ser tanto más sutil en su aproximación. La idea es que el contacto con el psiquiatra se sienta mucho menos evidente que con cualquier otro médico; hay un grado de pericia y complejidad adicionales en la labor esperada para el médico, que ha de ser alguien diestro con las palabras y ágil con el pensamiento.

*“Yo normalmente trato de hacer preguntas más abiertas, no tan directas, pues para no predisponer de pronto al paciente la respuesta” (l. 102-103 - Psiquiatra 3)*

*“por ejemplo solían salir con los amigos, ir a cine, le gustaba, no sé, salir con la pareja, y muchas veces dejan de hacerlo, o lo hacen en menor medida, o lo hacen pero ya no sienten el mismo gusto que sentían antes” (l. 109-111 - Psiquiatra 3)*

El psiquiatra, haciendo frente a la **depresión como proceso simbólico**, tiene un rol de intérprete de manera a permitir el re-encuentro de la persona con su

**identidad** perdida. Se le otorga la responsabilidad de interpretar y traducir los símbolos del paciente a su propio idioma médico, y después rehacer el mismo proceso al revés para poder comunicarse con el paciente (Ramírez-Bermúdez, 2022).

*“yo pienso que el trabajo de uno es ayudarlos como a eso como a reencontrarse consigo mismos y con todos estos elementos que hacen parte de de la vida de las personas para que justamente esa sensación de pérdida que básicamente es la génesis de la tristeza para que esa pérdida real o imaginaria pues no se sienta tan grande y sea más fácil de sobrellevar porque claro, la pérdida hay que sentirla y tiene que doler pero la idea es que esa tristeza no lleve a que uno piense en acabar con todo” (l. 273-278 - Psiquiatra 6)*

*“el trabajo del psiquiatra de listo esto que el paciente me describe, es esto esto que el paciente dice que siente como una nubosidad en la mente que no lo deja pensar bien que pues lo podemos entender como la hipoprosexia por decirlo así pues no todos se lo describen así o no todos se dicen si no me cuesta concentrarme muchos lo describen de estas formas un poco más metafóricas” (l. 389-393 - Psiquiatra 6)*

Por último, no sólo el médico categoriza el mundo, sino que se encuentra en una posición de particular peligro al pronunciar la realidad según categorías restrictivas (Watzlawick, 1994, p. 158) (Keeney, 1983).

El médico tiene ciertas labores esperadas, dentro de las cuales se encuentra la de categorizar, en sentido amplio. Se manifiesta como una clasificación de pacientes, de enfermedades, de tratamientos; y por tanto, el hecho de poder conseguir su cometido es “ansiolítico” para él. La estructura es una estructura sine qua non para el psiquiatra; y por eso se buscan “cuantificar” emociones, duraciones y manifestaciones subjetivas (Beyebach, 1999).

*“Creo que también para uno, como profesional, es tranquilizador, porque si tú también tienes un diagnóstico, pues tienes unos lineamientos para seguir en cuanto al tratamiento” (l. 137-138 - Psiquiatra 3)*

*“no poder conseguir tener el diagnóstico, no poder lograr como encasillar a la persona, sí le puede generar a uno algo de frustración, porque eso implica que pues vas a mirar lo mejor que puedas hacer, pero no hay datos como tal pues que respalden tu decisión de un tratamiento” (l. 139-142 - Psiquiatra 3)*

*“el paciente siempre busca que le pongan una etiqueta cuando escupe al psiquiatra, ¿no? Claro. ¿Sí? Piensa que le vamos a poner un sello acá. Y yo a veces le digo a la gente que qué va a hacer con ese diagnóstico. si ese*

*diagnóstico se lo va a tratar o que si ese diagnóstico se lo va a quitar o qué va a hacer con ese diagnóstico” (l. 192-195 - Psiquiatra 4)*

La categorización en la que incurre el médico se produce para una aproximación práctica, y para justificar las conductas que se toman (Watzlawick y Nardone, 2014). A veces, incluso se plantea la conducta primero y la clasificación retrospectiva como una justificación dilatada en el tiempo (Solomon, 2015).

*“si no tiene ese diagnóstico pues cual es la justificación que yo podría tener para iniciarle un medicamento y es por eso que muchas veces se ven esos diagnósticos como trastorno mixto de ansiedad depresión que al final es tiene todo pero no tiene nada, entonces” (l. 326-329 - Psiquiatra 6)*

#### 4. Cómo se espera que actúe el psiquiatra

La labor del médico requiere de un marco moral (más que legal) para asegurar la confidencialidad, veracidad y consentimiento en la relación médico-paciente, ya que el paciente se encuentra en una posición de vulnerabilidad para tomar sus propias decisiones (Morales, 2017).

El médico se ve confrontado a un papel moral, más allá del profesional, que suelen estar ligados. La labor del médico se inscribe dentro de una obligación del “bien” desde la inspiración aristotélica y kantiana (Colegio Médico de Chile, 2020).

*“... o le vendamos tampoco la solución máxima a una persona porque no existe, no la tenemos a la mano. eso también como que lo prepara el hecho de que si no funciona, o si no me siento bien al día siguiente de que me tomo la pepa, o si me da algún efecto adverso, la respuesta no sea, sí, yo sabía, no tengo solución, ya me jodí, ya fui al psiquiatra, ya me dio esta pepa, esta pepa no me puso bien, por eso también pues terminaría siendo contraproducente y siento que también le pasa mucho a la gente” (l. 342-347 - Psiquiatra 9)*

El médico debe ser capaz de priorizar sobre todos los elementos que potencialmente detonan el sufrimiento en el paciente, para enfocarse en cada uno de manera óptima. Así, el médico requiere de una aproximación flexible y abierta a la improvisación (no en su totalidad, sino en su abordaje para presentar y adecuar el proceso para cada paciente) para poder hacer frente a los imprevistos y limitaciones propios de la labor médica.

*“que no sea como una lista de chequeo y pero finalmente o sea que uno tenga como la pregunta de fórmula si oiga y se ha aislado de la gente sí, claro ah, bueno ya tiene un aislamiento social pero esas otras formas de*

*preguntarlo como lo hemos como resulta uno preguntándolo se da es ahí en el fragor ¿no?” (l. 195-199 - Psiquiatra 7)*

Dentro de las obligaciones del psiquiatra está también el ser culto/estar informado de cosas no-médicas. Esto le permite, además de su conocimiento médico, tener mayor rapidez en el reconocimiento de patrones en los relatos de los pacientes, y entender al paciente deprimido como una persona en un contexto definido. Al saber más sobre campos no-médicos, el psiquiatra puede situar su conocimiento en un entorno diferente al “ideal” descrito en los textos médicos<sup>26</sup>. Así, esto le permite, también, ayudar con mayor presteza a los demás.

*“generalmente los psiquiatras tenemos que ser un poco cultos o lo que uno va conociendo en el mundo, porque los psiquiatras somos chismosos y nos gusta hablar con la gente y mirar la gente que está haciendo cuando usted esté ya grande, va a empezar como a desarrollarse” (l. 98-100 - Psiquiatra 4)*

El rol del médico tiene, también, manifestaciones emocionales. La incapacidad de ayudar al otro produce frustración, el “no saber qué hacer” produce ansiedad, y el tener las cosas claras tranquilidad (Bergman, 2018).

*“... no poder conseguir tener el diagnóstico, no poder lograr como encasillar a la persona, sí le puede generar a uno algo de frustración, porque eso implica que pues vas a mirar lo mejor que puedas hacer, pero no hay datos como tal pues que respalden tu decisión de un tratamiento” (l. 139-142 - Psiquiatra 3)*

*“Cuando un paciente no responde como uno quiere, cuando está mal, cuando te dice eso no me está sirviendo, no me hace nada, pues eso genera frustración” (l. 230-232 - Psiquiatra 3)*

Incluso, en ocasiones, es desde esta postura emocional que el psiquiatra toma decisiones para el tratamiento y el diagnóstico. Es, entonces, posible encontrar diagnósticos apresurados o estrategias terapéuticas ineficaces (Linares & Campo, 2000).

*“Y se nos olvida, que es que yo no empecé a ver esa depresión yo solita del día uno. Que ya viene el paciente tocado de otros lados, y me toca echar para atrás, y mirar, a veces les toca a uno como si que, y los pacientes, mamoncísimo, y la familia también, pero, creo que yo siempre que me, que a mí siempre que me, que me ha pasado eso con un paciente adulto, o incluso con adolescentes, me ha pasado eso, siempre encuentro algo. Algo en el camino” (l. 417-422 - Psiquiatra 4)*

---

<sup>26</sup> Es decir, le permite trascender la enfermedad “pura”, no contaminada por la vida cotidiana del individuo, como la manifestación esperada a buscar.

*“todos los que trabajamos en la depresión. Sí. En salud mental tuvimos que tener alguna experiencia cercana con alguna enfermedad. Mmm. O la tuvimos, o tuvimos un familiar al lado que la tuvo, o tuvimos una familia conmocionada por una enfermedad mental” (l. 534-536 - Psiquiatra 4)*

*“si no tiene ese diagnóstico pues cual es la justificación que yo podría tener para iniciarle un medicamento y es por eso que muchas veces se ven esos diagnósticos como trastorno mixto de ansiedad depresión que al final es tiene todo pero no tiene nada, entonces” (l. 326-329 - Psiquiatra 6)*

El psiquiatra no siempre es consciente del rol emocional que se le otorga al enfrentarse con la realidad de los pacientes y la práctica clínica. Estas emociones pueden facilitar una reacción cognitiva estimulante, cómo alarma para no relajarse y deteriorar la calidad del cuidado; o pueden, por el contrario, paralizar y anquilosar al detective, volviendo lo irracional. Se espera del médico que sepa manejar sus emociones en un ambiente emocionalmente adverso, como lo puede ser estar confrontado al sufrimiento humano.

*“Eso sí eso sí es frustrante ¿no? eso sería interesante y yo no sé cuántos psiquiatras ya les haya preguntado eso pero ¿cómo? ¿cómo? ¿cómo se siente eso? ¿no? o sea ¿cómo siente? ¿cómo experimenta? fenomenológicamente el psiquiatra que que que como ¿cómo afronta la refractariedad? La refractariedad, la, la resistencia al tratamiento ¿no? Es duro ¿no? Porque es claro es frustrante es a veces angustiante es un reto también es un reto intelectual” (l. 296-300 - Psiquiatra 7)*

*“ocasiones si se ve de esa manera que no es porque algo debe estar pasando en su nicho social algo debe estar pasando de lo más sencillo es pedir niveles de vitamina B12, de plantear causas orgánicas replantearse la impresión diagnóstica pero si el paciente sigue sintiéndose mal es porque hay algo que está generando ese discomfort. Entonces es aproximarse a él es intentar entender un poco últimas instancias si uno comprende eso un poco de donde viene ese discomfort, para adaptar a una manera en que cree que puede ser más funcional, uno tiene que tiene que comprender que no felicidad completa del paciente sería muy ilusorio pensarlo” (l. 228-235 - Psiquiatra 8)*

Sobre metáforas y lenguaje

Para finalizar este trabajo, se abordarán las metáforas utilizadas con mayor frecuencia para hablar de la depresión, en una profundidad mayor a la presentada

en apartados previos. Para esto, se establecerá un análisis desde la teoría de los códigos múltiples de Bucci.

A partir del trabajo de Antonio Damasio, la **hipótesis de los marcadores somáticos** —según la cual, el comportamiento y las decisiones se ven afectados por un procesamiento emocional—, surge la teoría de los códigos múltiples de Wilma Bucci, donde no solamente existe un procesamiento emocional que producirá un comportamiento, sino que este se da por medio de un procesamiento simbólico. Es decir, las emociones se ven mediadas por el símbolo.

Aunque no hay una conexión directa entre las palabras que se utilizan para referirse a una situación y la situación en cuestión, la interpretación de las palabras produce imágenes, que a su vez serán interpretadas por el sistema límbico en sensaciones y cambios fisiológicos. Así, la teoría de códigos múltiples plantea tres “sistemas” que permiten representar y procesar la información emocional (Mariani, 2020):

- el subsimbólico no-verbal: en el que se encuentran los patrones de sensaciones y de actividad motora durante los eventos emocionales; es decir, la respuesta “fisiológica” que se produce frente a la emoción.
- el simbólico no-verbal: las imágenes que se asocian con el evento, que son la interpretación de las palabras en una proyección que permite al sistema límbico reaccionar de manera acorde.
- el simbólico verbal: las palabras que se utilizan para referirse a un suceso.

La comunicación entre estos tres sistemas es bidireccional (puede pasar de cualquiera de estos niveles hacia y desde cualquier otro), y no depende de la educación del individuo. Así, las palabras que se utilizan para referirse a un evento —que hacen parte de los conceptos, construidos socialmente, asociando fonemas que no representan de por sí mismos una situación específicas— se procesan por medio de la metáfora hacia lo simbólico verbal y no-verbal (Mariani, 2020).

Nombrar el sufrimiento es un medio de sobrepasarlo, de disminuirlo y de cambiar su significado previo (Ramírez-Bermúdez, 2022). Así, la literatura es una de las manifestaciones que permiten al individuo expresarse; es por medio de la metáfora que se permite la expresión de aquello que parece imposible de describir. Es por medio de la metáfora que el sufrimiento encuentra una forma de manejarse (Linares y Campo, 2000).

A lo largo de este apartado entonces se hará el enlace entre los últimos dos niveles de procesamiento —el simbólico verbal y no-verbal—, ya que se exponen las palabras, las metáforas, que evocan las imágenes que se asocian con la vivencia para su procesamiento cognitivo y la asignación de significado a las sensaciones fisiológicas producidas.

## 1. La depresión como inescapable<sup>27</sup>

La metáfora no se busca necesariamente para su uso en la práctica clínica, sino como una práctica reflexiva que revela los significados de la experiencia. “La metáfora crea nuevos significados, crea una nueva realidad” (Ricoeur, 2001 - EN Zamarrón, 2021).

La metáfora no es un juego de palabras únicamente, sino es una transferencia de sentido que otorga un significado (y un afecto relacionado) a otra cosa. En medicina (y particularmente en psiquiatría) la metáfora cobra importancia porque describe la realidad; se inserta la biografía personal dentro de la experiencia de la enfermedad (Zamarrón, 2019, p. 487).

La depresión es un proceso insidioso, gradual, que progresa dentro del individuo como una infección hasta que se hace evidente cuando ha avanzado lo suficiente. Es un enemigo interno (Solomon, 2015).

*“siempre he sentido que vivo como irritado. como que hay muchas cosas que no me gustan, no hay muchas cosas que me desagradan. Y eso hace que yo me enoje con facilidad, o me indisponga con mucha facilidad. digamos algo que también le comentaba la psicóloga, y es que ahora me está irritando gente que ni siquiera conozco” (l. 234-237 - Paciente 3)*

*“quisiera evitar como también llegar a ese probablemente límite en el que realmente pues no me contenga” (l. 252-253 - Paciente 3)*

La depresión impide continuar con el control propio, con todo aquello del cuerpo que todavía se mantiene dentro de la voluntad del individuo. El llanto, pues, pasa a convertirse en una manifestación tangible de la pérdida del control sobre las emociones (Bonnett, 2013) (Styron, 1992).

*“que desencadenó un montón de pues de sensaciones negativas para mi. Pero entonces ya eran la mayoría del tiempo, la mayoría del día. Y ponle tú tres meses después de eso. Yo ya trataba de concentrarme, trataba de hacer las cosas. Y obviamente no podía hasta que llegó un punto en el que yo lloraba” (l. 96-99 - Paciente 4)*

## 2. La depresión como algo espiritual

---

<sup>27</sup> Como se presentó en el apartado de las [Fuerzas enunciativas compromisorias](#), la depresión se presenta como “inescapable” en el sentido de que la única posible salida es la muerte, que se contempla como el “menor de dos males”.

La depresión se presenta como la falta de amor propio, en donde es una carencia afectiva tan intensa, que la única forma de presentarla al mundo es por medio de la tristeza extrema.

*“No tengo ganas de levantarme de lo que voy a hacer, hacer, porque nadie lo va a hacer por mí. Entonces también existe la terapia del amor propio, del irse conociendo a uno mismo, y un montón de cosas que necesita como uno para saber llevarlas” (l. 60-63 - Paciente 5)*

La depresión puede, también percibirse como la ausencia de elementos un poco más etéreos, más difícilmente explicables. Se presenta como una enfermedad del “alma” y de los elementos espirituales que surgen del mundo de las ideas<sup>28</sup>. La depresión se facilita por la ausencia de la imaginación, de la ilusión, de la esperanza.

*“todo el mundo que tenga una persona con depresión cerca, y pues lo ideal es informarse mucho porque obviamente esa persona está viendo el mundo muy diferente a como es realmente. O sea no está viendo lleno de monstruos, catástrofes” (l. 400-403 - Paciente 4)*

La depresión es un desgaste constante, en el que las capacidades energéticas del individuo se ven truncadas. El individuo está, metafísicamente hablando, incompleto (Linares, 1996).

*“más a darme cuenta es como no sé he vivido media caña siempre así como prendidita y bueno esos momentos en donde realmente estuve deprimida fue cuando me dejé pie para dar un ejemplo como que siempre igual de pronto siempre había estado como ahí un poquito, y como que esos episodios ya muy heavy fueron como como que subió de nivel” (l. 357-360 - Paciente 4)*

Así, incluso acciones que se considerarían “pasivas” (que no requieren de energía), como el “dejar de preocuparse” toman cierto grado de esfuerzo de la persona. La depresión se convierte en un drenaje de energía en dos tiempos, es una energía doblemente utilizada, el desgaste energético máximo que es hacer para deshacer.

*“He tratado de bajar un poco la guardia, porque pues en su momento siempre que me preguntaban algo o querían saber de mí, tal vez yo ponía mucha barrera, era tal vez muy cortante o simplemente a veces era muy explosivo al momento de responder” (l. 153-156 - Paciente 8)*

---

<sup>28</sup> Entendido como el concepto de Platón, según el cual el mundo físico no es sino una representación poco fiel de un mundo ideal, del que surgen los conceptos.

La depresión se manifiesta además como un deterioro de la voluntad, es un arrebató volitivo de los planes y las actividades del individuo. Es una enfermedad de la pasividad, que impide que el individuo se defienda a tiempo mientras progresa, y le dificulta acudir a buscar ayuda de cualquier fuente.

*“... como muy apagado, como achantado por ese tipo de, como por las cosas que pasan en general. Tal vez como no sé, como sin esas ganas, tal vez a veces uno ve como un otro tipo de personas que tal vez están como un poco más... más activas o motivadas, no sé, también. pero es un error como no compras con la gente, pero sí, pues no sé, sí siento que es como la tristeza, como cuando uno está ahí en un estado como, no sé, como apagado” (l. 54-58 - Paciente 3)*

La depresión se convierte en un monstruo, en un depredador, que devora la vida de la persona de a pocos, sometiéndolo a un proceso de pasividad constante.

*“En las personas que he conocido que tienen depresión y están diagnosticadas, muchas veces sienten que la vida es insuficiente y uno les puede decir muchas, muchas cosas y luego es como pero no, no es suficiente” (l. 74-76 - Paciente 9)*

### 3. Lo negativo sin matices

La depresión se manifiesta como dolor, como sensaciones físicas desagradables que empujan al individuo a la acción, pero sin facilitarle cuál es el curso de acción que los ayudará. El cuerpo y su vivencia se modifican para el individuo, y hay cierto grado de desconexión con el cuerpo, que antes se hallaba en sintonía.

*“Nada más que dolor. Yo siento dolor, realmente es dolor Es algo doloroso, pero es así. Y eso es lo que yo contemplo” (l. 66-68 - Paciente 1)*

*“A mí me pasa que me duele el pecho, me duele la cabeza, y es como si te pesara todo el cuerpo” (l. 81-82 - Paciente 1)*

Incluso, la depresión puede tener explicaciones místicas que mantienen la idea de una invasión por fuerzas externas, malevolentes.

*“Mi familia no cree mucho en la salud mental. Mi abuela es cristiana y ella decía que eran demonios” (l. 208-209 - Paciente 1)*

La depresión se manifiesta como una bruma en la que es más fácil extraviarse. En medio del desorden, del caos, el individuo se convierte en una presa mucho más fácil.

*“me siento perdida”* (l. 211 - Paciente 1)

*“tú estás en un caos dentro”* (l. 392 - Paciente 1)

La depresión no es "más fácil" sino "menos difícil" cuando hay ayuda, denotando una constancia de lo negativo como una de las facetas más evidentes de la depresión (Solomon, 2015).

*“así fuera una sola parte de la que yo tenía que fue con la que me quedé no sé una o dos relaciones más profundas familia, amigos, habría sido mucho más fácil. Mucho menos difícil, más bien, el tránsito en ese periodo. O sea, el apoyo emocional que siento que es indispensable, y todas estas cosas espirituales en lo que tú creas independientemente de lo que creas”* (l. 297-301 - Paciente 4)

# Conclusiones

## 1. El análisis de la depresión desde la triple mimesis

La vivencia de los pacientes sobre procesos de enfermedad —y las narrativas resultantes— no es algo nuevo en la investigación. Se han realizado enfoques desde múltiples patologías, en diferentes poblaciones (Curtin, 2018; Vivier, 2021); sin embargo, su análisis desde el enfoque narrativo de la triple mimesis es nuevo en cuanto a la depresión. Aunque se entienda que la depresión es un proceso más complejo que únicamente la experiencia emocional de la tristeza, y que involucra una estructura y un proceso fuertemente anclada en la cultura (Álvarez-Ramírez, 2008), es por medio de este análisis narrativo que se permite una exploración de mediaciones simbólicas del individuo en el mundo.

Es gracias a esta conjunción que se consigue un entendimiento más profundo sobre la historia individual, cómo ésta se modifica por parte de la enfermedad, y cómo todo esto se procesa para dar una narrativa de enfermedad —en este caso, de depresión— que identifica al individuo como un “enfermo” y a su vivencia como algo intrínseco a sí mismo (Ángel, 2011). Entender esto permite, de la misma forma, una explicación sobre por qué obra el proceso de re-significación de una vivencia en terapia, dado que las narrativas son dinámicas y maleables gracias a fuerzas tanto internas del individuo como externas a él —como lo puede ser un terapeuta—. Así, es más fácil plantear una descripción sobre por qué la terapia —y su enfoque narrativo— ayuda a los consultantes.

Este trabajo abre la puerta para volver a interesarse por la fenomenología, más allá del enfoque biomédico reduccionista, que se critica en la medicina actual; es un primer paso para volver a desarrollar una interacción médico-paciente centrada en las necesidades del que padece, como un genuino interés por el otro como un ser humano. Enseñar la psiquiatría como una disciplina que se interesa —de nuevo— por lo que el otro tiene que decir, y cómo lo dice, podría a futuro facilitar un cambio en la psicoterapia de manera a intentar reconciliar la historia vivida por la persona y sus propios mecanismos para el cambio.

## 2. La depresión entendida desde lo personal

La depresión involucra sensaciones emocionales aversivas, que pasan a un plano casi físico (Styron, 1992), alterando el mundo vivido tanto física, como emocional y mentalmente. El individuo deprimido deja de ser su “yo-mismo” para ser un “yo” diferente, enfermo, de quien la narrativa de enfermedad se hace parte tanto formal —con el diagnóstico— como informalmente. El tiempo se ve también

modificado, de manera a volverse dinámico: los momentos se alargan o se acortan dependiendo del filtro emocional según el cual se perciben (Stanghellini, 2017).

La relación que tiene el individuo con su propia identidad se ve truncada, ya que se rompe la relación del "yo" con el pasado que le da una historia, como con el futuro que le da un objetivo (Styron, 1992). El cuerpo y el espacio sufren una modificación similar, de manera a desligar al "yo" de sus anclas en el mundo físico, lo que facilita un desdoblamiento de la persona: su imagen real y su imagen percibida por sí mismo ya no se superponen. El individuo deprimido "deja de ser" el que siempre ha sido.

Estos hallazgos parecen reforzar lo mencionado por Fuchs (2013), según lo cual "el mundo vivido" por la persona es el reflejo de los síntomas que padece, lo cual obra una transformación significativa en la totalidad de las experiencias personales. Si la salud mental depende de una percepción principalmente subjetiva del individuo, interesarse por cómo estos cambios obran podría ser un punto de partida para entender un freno posible para éstos —o incluso alguna manera de revertirlos—. El entendimiento de la depresión desde la perspectiva individual podría ser una oportunidad hasta ahora inexplorada para permitirle al clínico enfrentarse al objetivo difuso de "mejorar la salud mental".

### 3. Las fuerzas enunciativas en la depresión

La depresión se propone como una experiencia con un "prototipo" de cómo ha de vivirse. Esta es una expectativa tanto por parte de los pacientes como por parte de los psiquiatras, lo que limita su capacidad de reconocimiento cuando la experiencia narrada se sale de lo esperado (Wakefield, 2016). Así, se sobrevalora la dimensión biológica de la depresión desde sus modelos explicativos, pero también desde lo que la población general considera que es más —o menos— válido como proceso de enfermedad. La "depresión", como categoría diagnóstica y como lenguaje médico, termina por desestimar la experiencia de vida de algunas personas, sistematizando la manera en que se concibe la enfermedad, pero también invisibilizando algunos elementos que pueden ser de igual —o mayor— peso en cuanto a sufrimiento personal se refiere.

Se resalta una tendencia en las dos poblaciones entrevistadas para referirse a la depresión —y al encuentro clínico en general— de manera diferente. Los médicos tienen unas expresiones más estandarizadas, con una menor riqueza semántica en el lenguaje que utilizan, y se valen menos de metáforas explicativas para hacer entender este lenguaje técnico, mientras los pacientes presentan una mayor riqueza en las expresiones utilizadas, conseguida a detrimento de la "claridad" del

entendimiento propio<sup>29</sup>. Esto podría facilitar que los médicos, en general, tengan ciertos “puntos ciegos” dado que su lenguaje —y por tanto su manera de conceptualizar el problema— es más rígido. Además, la vivencia reflejada del contacto clínico también se hace de manera diferente: los pacientes identifican el encuentro con el médico —y con el sistema de salud— como algo intimidante, atemorizante o desagradable; se ven enfrentados a obstáculos constantes que hacen parte del mismo sistema de salud. Los médicos, por otra parte, perciben como una interacción más “frustrante” que “intimidante” el encuentro con los pacientes, sobre todo en condiciones particulares —por ejemplo, los pacientes que no mejoran, o que tienen una enfermedad “no pura” en su presentación—, y no mencionan con la misma facilidad las limitantes del sistema de salud, sino de las aproximaciones propias de la medicina; se dejan de lado los posibles contactos que se tienen en la depresión con otro personal no-médico.

La depresión se conceptualiza desde metáforas principalmente negativas, tanto desde el plano físico, como espiritual y simbólico, lo que produce una vulnerabilidad moral y política, más allá de lo personal (Morales, 2017). Se dan explicaciones de la depresión —tanto para su generación como para su alivio— que terminan integrando elementos culturales y esotéricos más allá de lo puramente biológico, lo que da un atisbo a lo que la enfermedad significa socialmente y cómo ha sido reforzada (Sontag, 1990). Esto facilita un cuestionamiento sobre si lo que es categorizado como depresión es una equivalencia real con lo que la gente vive como depresión, y no tan sólo lo que se ha concebido médicamente como la única experiencia “válida” de la depresión. En las entrevistas realizadas, los médicos presentan la depresión y su vivencia proyectada como algo libre de ese “temor a lo desconocido” que muestran los pacientes en las entrevistas; lo cual probablemente se puede explicar desde la conceptualización de la depresión como un “malo conocido”, desde la explicación biomédica. Estos hallazgos podrían permitir ampliar la sensibilidad de búsqueda de manifestaciones depresivas que antes podrían haber pasado desapercibidas, abriendo nuevas avenidas de ayuda para los pacientes.

#### 4. La perspectiva de la enfermedad y sus roles

Cada uno de los grupos entrevistados habla, casi exclusivamente, desde su rol asignado. Así, en el encuentro clínico —que por definición es entre dos personas con roles complementarios— los pacientes únicamente hablan sobre la depresión desde la perspectiva del paciente, y los médicos hablan de la depresión desde su propio rol como clínicos, en vez de hablar de lo que sería, por ejemplo, tener depresión. Así, surgen dos proyecciones sobre lo que es la enfermedad: la postura médica —fundamentada en la ciencia y en elementos objetivos y medibles— y la

---

<sup>29</sup> En este caso, se hace referencia a la menor facilidad de los pacientes para encontrar las palabras específicas para describir aquello a lo que quieren hacer referencia.

postura vivencial —fundamentada en elementos cualitativos y subjetivos—. Sin embargo, los psiquiatras critican esta aproximación desde una intransigencia científica, flexibilizando lo que se espera del paciente y del psiquiatra.

La vivencia emocional cobra importancia tanto desde su aproximación subjetiva —es el centro de lo que motiva el contacto clínico— (Cantillo, 2017), pero también obra como un punto de enfoque desde el mismo médico para permitir el surgimiento de la empatía. El psiquiatra se vale de una vivencia emocional también para ayudar a sus pacientes, para producir un entendimiento —así sea teórico— de lo que el otro puede estar sintiendo. Sin embargo, aunque las emociones pueden servir en favor de lo cognitivo, hay elementos también que se escapan a la razón, y permiten un intercambio entre el mundo interno de la persona —su mente, si se quiere— y el medio externo a la persona pero propio de la cultura (Rodríguez, 2010).

Se sugiere plantear un enfoque desde la educación médica —y la práctica profesional— que permita un reconocimiento de los roles propios esperados más allá que, únicamente, favoreciendo el poder del médico por encima del paciente. La alianza de ambos —consultado y consultante— enfrentándose al mismo problema puede mejorar las capacidades para prevalecer en un proceso tan largo y complejo como puede serlo la depresión. Así mismo, el médico puede reconocer —y valerse de— las estrategias propias del paciente para continuar ayudándole a él y a los que consultarán posteriormente.

## 5. El proceso de la depresión

El proceso de enfermar se propone desde el modelo biomédico como una serie de eventos según los cuales se pierden los procesos normales del individuo —usualmente desde lo físico y biológico—; la enfermedad es un "déficit", un estado indeseable de minusvalía y capacidades disminuidas respecto a lo ideal, lo normal, de la salud. Sin embargo, esta perspectiva en ocasiones invisibiliza procesos de sufrimiento que no necesariamente se conceptualizan como "enfermedad" o se "patologizan" elementos de la vida cotidiana. El contacto entre el médico y el paciente es un evento relacional que pronuncia una nueva realidad tanto para el paciente como para el médico, en el momento en el que se emite un diagnóstico (Capella, 2013). Esta comunicación ha de ser, entonces, lo más transparente posible para que esta realidad compartida sea un pacto médico-paciente.

La medicina —y, por extensión, la psiquiatría— se presenta miope frente a la riqueza de esta realidad en la que el paciente se adentra, como si el médico no tuviera ninguna responsabilidad al respecto. Se reviste de "ciencia" a un enfoque en el que la espiritualidad y las explicaciones no-científicas, no tienen cabida, negando una gran parte de las interpretaciones individuales que se dan frente a la depresión.

El diagnóstico tiene múltiples utilidades, tanto para el paciente, como para el sistema de salud (Bergman, 2018), pero también para el mismo médico, ya que se encuentra cierto componente ansiolítico en etiquetar a alguien con "depresión", porque lo anexa al universo conocido también por el psiquiatra.

## 6. La funcionalidad en la depresión

El individuo con depresión pierde la identidad que lo ha caracterizado hasta ese momento. No sólo abandona la idea de "estar sano", sino que tiene que reconciliar el nuevo entendimiento de su espacio, su tiempo y su cuerpo. La pluralidad de la depresión (Linares & Campo, 2000) hace que sea casi imposible caracterizar a profundidad cada una de las experiencias, y sin embargo al tener el mismo diagnóstico se puede dar un fenómeno de "sobre-identificación" en el que el paciente encuentra una nueva identidad en la misma enfermedad, que después le es difícil abandonar para retomar el estar sano.

La depresión tiene consecuencias tanto en el individuo como en su entorno social, de manera que se cambian las relaciones establecidas hasta ese momento, lo que requiere dinamizar los roles del enfermo y de sus potenciales cuidadores —abandonando temporalmente la etiqueta que define dichas relaciones<sup>30</sup>—. Esto dificulta que las relaciones puedan volver a su estado previo, de manera que el desgaste asociado a la enfermedad es algo que atañe al paciente, pero también a su familia y amigos; esto produce ciertas "secuelas" sociales, de las que después no es sencillo para los pacientes salir (Sluzki, 2009).

## 7. La construcción social y cultural de la depresión

Al concebir la realidad como algo que se construye socialmente, se ha de tener en cuenta que no todas las perspectivas tienen la misma fuerza para determinar esta realidad. Esta "narrativa comunal", según la cual se define qué es normal, qué es enfermedad y qué es estar sano, está abierta a modificaciones, y los médicos son quienes tienen mayor voz para pronunciarse al respecto. Y sin embargo, es el paciente quien permite que su mundo se vea modificado por la acción del psiquiatra; el poder médico que se tiene, se tiene por la aprobación —así sea tácita— del paciente al dejarse pronunciar como "enfermo" o "sano" (Keeney, 1983). Así, la depresión es una construcción cultural y social que se nutre de algunos elementos propios y que ignora —tal vez conscientemente— algunos otros. Concebir la enfermedad como algo desligado de la sociedad es, en el mejor de los casos, inexacto.

---

<sup>30</sup> Es decir, se deja de ser "hermano", "pareja" o "hijo" y se convierte en "cuidador".

En psiquiatría —y en específico en la depresión— es, por tanto, el sufrimiento individual más que la idea de la enfermedad lo que compete al médico. Es por el sufrimiento que se acude al médico, esperando alivio. Dependiendo de cómo se concibe este sufrimiento, y particularmente de la narrativa según la cual se explica, se puede iniciar un proceso de sanación (Zamarrón, 2019). El procesamiento cognitivo y emocional de las situaciones se puede hacer a destiempo, y el sufrimiento puede, pues, procesarse de manera diferencial entre los planos emocional y cognitivo, requiriendo diferentes estrategias para su manejo (Quiceno, 2010). Los psiquiatras cuentan con algunas estrategias disponibles para facilitar estos procesos; a pesar de esto, no todos los casos se acompañan igual.

## 8. El rol del médico

El médico adquiere un rol en el encuentro clínico que es una mezcla entre lo que se es y lo que se espera que se haga. Una de las expectativas que se tienen —tanto por parte del paciente como del mismo médico— responde a esta concepción principalmente biomédica de la labor: utilizar medicamentos y modificar el cuerpo con sus características físicas para re-encontrar el balance perdido por la enfermedad. La hermenéutica, el entendimiento de la vivencia del paciente, permite ampliar este enfoque para abarcar otras dimensiones del individuo, menos enseñadas en la academia, pero no por eso menos reales en su carácter constitutivo de la persona (Zamarrón, 2021).

El médico debe actuar como un autómata, obrando únicamente desde la lógica y lo cognitivo; pero no debe abandonar por completo su humanidad y los elementos emocionales que le pueden ser de utilidad en el contacto con pacientes (Morales, 2017). Así, tanto médico como paciente se ven como individuos escindidos entre lo mental y lo físico, entre lo emocional y lo racional, promoviendo una ficción irrealizable tanto para uno como para el otro. De alguna manera, se espera del médico que ayude en la creación de una nueva identidad —si no bien que la asigne como tal— con la que el paciente se sienta más acorde, dada la pérdida previa de su condición de "sano".

El perfil que se propone para el psiquiatra "ideal" según estos hallazgos sería un individuo empático, que se interese genuinamente por la situación narrada y vivida del paciente y que sepa valerse de recursos propios y del enfermo para proponer soluciones en alianza con el paciente. Se buscaría una relación más simétrica, en la que el paciente y el médico se encuentran en igualdad de condiciones, pero con un conocimiento diferencial: el psiquiatra conoce más sobre la teoría médica y debería comprender el lenguaje enunciativo y metafórico del paciente sobre las particularidades propias sobre las cuales el médico puede construir soluciones.

## 9. El lenguaje de la depresión

Las metáforas obran dentro del entendimiento del mundo y lo moldean según lo que, simbólicamente, representan. Así, hablar sobre el sufrimiento propio le da un nombre, una salida al mundo y permite evacuarlo del medio interno, cambiando su significado previo (Ramírez-Bermúdez, 2022). Se permite entonces cambiar las emociones asociadas a una determinada idea, o vivencia, y "re-narrar" una experiencia de manera a darle un nuevo significado (Zamarrón, 2019).

Algunas de las metáforas utilizadas en las entrevistas para referirse a la depresión la presentan como un proceso insidioso, de instauración más espiritual que física, aunque pueda producir manifestaciones físicas, y que mantienen esta idea de pérdida tan frecuente en la percepción de la enfermedad según el enfoque biomédico. Se hace énfasis en lo caótico de la situación emocional, y de la indefensión que se siente durante el proceso; pero también se presenta como situaciones en las cuales la ayuda puede darse —y, en muchos casos, se brinda desde el encuentro médico—.

## 10. El encuentro clínico y la depresión

Dado que lo que compete a este trabajo es, principalmente, una perspectiva clínica se ha de profundizar sobre las particularidades de las narrativas que se refieren al encuentro entre el médico y el paciente.

Se ha presentado en este trabajo un desglose de lo que la depresión es, cómo se vive y se identifica, tanto por parte de los individuos que la sufren, como por parte de los profesionales que la manejan. Se presenta la depresión como un conjunto de manifestaciones empíricas que abarcan la totalidad de la experiencia vivida de la persona, alterando el mundo, al individuo y sus formas de relacionamiento.

La depresión, en contraposición a la tristeza como exponente de las emociones "normales", carece de todos esos elementos útiles propios de las emociones. La depresión cumple funciones comunicacionales mucho más extremas, y se diferencia en su catarsis ya que requiere de apoyo externo para solventarse.

Las personas —los "enfermos"— han de hacer frente no sólo a múltiples limitantes, como lo pueden ser el acceso a los servicios de salud, la facilidad para acceder a un diagnóstico o cumplir con un tratamiento, sino también al estigma social. La depresión es una enfermedad silenciosa e invisible, que cuando muestra algunas de sus manifestaciones más características, está en relación con un largo tiempo de evolución. Además, han de cumplir un rol social, pronunciado médicamente, que les otorga nuevas obligaciones para ser reconocidos como enfermos, y también para mantener la benevolencia del público.

El individuo con depresión cede aspectos de su vida a la enfermedad, empujándose y viendo minados sus esfuerzos por mantener sus áreas de funcionamiento en regla; sin embargo, se le responsabiliza en cierta medida de continuar con los esfuerzos de su propio tratamiento. Las relaciones sociales que busca mantener el individuo se ven carcomidas por el oleaje constante de la enfermedad, deteriorando incluso su propia relación con el “yo” que se hace por medio de la memoria (Ricoeur, 2000).

La depresión, así como otras enfermedades, hace parte de un continuum de conceptos médicos, mediante los cuales la comunidad científica ejerce un poder moral, político y económico (Rodríguez, 1981), que convierte al médico en un “empresario moral de la sociedad”, interesado por mantener los ideales económicos capitalistas vigentes; razón por la cual no ha de olvidarse el poder legal, judicial y político que ostenta el médico (Coleclough, 2012). Los enfermos ven su rol, según la perspectiva de Parsons, modificado para atenerse a una nueva sociedad, una tal vez menos clemente con aquellos que no pueden seguirle el paso.

Por esto mismo, el médico debe tomar el manto de una obligación moral que en muchos casos no está oficialmente reconocida como parte de la labor, para paliar el sufrimiento de los pacientes. Herramientas tan intuitivas como la empatía se prestan para este trabajo, sin embargo, no es suficiente al desconocer la distancia que separa la postura del médico y del paciente. Hay perspectivas únicas para cada uno de estos dos grupos que, en primera instancia, parecen irreconciliables, desde la gravedad de la enfermedad hasta la complejidad de su manejo.

Nussbaum establece una postura según la cual las emociones, desde su ámbito cognitivo, pueden servir para profundizar en esta empatía (Bicocca, 2017), reconociendo su importancia dentro de la vida moral tanto individual como social (Cantillo, 2017). Así, el agente moral —en este caso el paciente— puede ser dañado de forma irreparable no sólo por una enfermedad, sino por su mal reconocimiento por parte de la sociedad (Pineda, 2019). Se debe reconocer, pues, la depresión como una enfermedad social tanto en su generación y perpetuación, como en su terapéutica.

## 11. El enfoque clínico PHD<sup>31</sup> de Stanghellini

Según Stanghellini (2019), existe la posibilidad de integrar este entendimiento del mundo narrado al contacto médico —y particularmente, psiquiátrico— de tratamiento. Propone un estilo de psicoterapia fundamentado en la entrevista clínica,

---

<sup>31</sup> En este caso la sigla hace referencia a “phenomenology, hermeneutics and (psycho)dynamics”.

que integra elementos de la fenomenología, la hermenéutica y el abordaje psicodinámico.

Así, se propone un encuentro clínico entre el paciente y el terapeuta —que en este caso sería el psiquiatra— fundamentado en el interés del profesional por conocer la vivencia propia del sujeto, entenderla en una profundidad relativa, y utilizar los elementos psicoterapéuticos para “devolverle” al paciente una reformulación de su problema que le ayude a cambiar su enfoque.

Conociendo el concepto del “mundo vivido” —o “mundo vital”— que se explicó más arriba, la importancia de la palabra para el diálogo en la entrevista clínica y el principio dialéctico según el cual los síntomas psicopatológicos son el producto del individuo siendo contrastado con lo “otro”, Stanghellini propone tres momentos significativos dentro de la relación médico-paciente:

- el “desdoblamiento” fenomenológico: en el cual el terapeuta consigue armarse de datos y conocimiento sobre el mundo vital del paciente, fundamentándose en detalles como su interpretación del espacio, el tiempo y el cuerpo.
- el análisis hermenéutico: en el que se busca profundizar en la interpretación que le da el paciente a sus propias experiencias, mientras el terapeuta obra sutilmente para tomar activamente una perspectiva diferente frente a su vivencia.
- el análisis dinámico: en el que se re-enmarca la experiencia vital y el mundo vital psicopatológico en la narración que tiene el paciente de su propia vida. Es decir, se realiza una narrativa individual que integre esta vivencia sin poner en riesgo la identidad previa construida.

El contacto con el paciente, particularmente en psiquiatría, tiene la riqueza disponible para practicar una integración de todas las herramientas puestas en práctica durante este trabajo, desde la indagación por los síntomas hasta su re-significación por medio de la narración del propio paciente. Esto se sustenta en las capacidades propias del paciente, que se convertirán en una piedra angular del proceso sobre el cual el terapeuta ejerce la fuerza del proceso terapéutico.

## 12. La propuesta de educación desde Nussbaum

Finalmente, retomando la propuesta de Nussbaum, a lo largo de este trabajo se ha expuesto cómo existe una distancia entre la experiencia vivida por los pacientes y su reconocimiento por parte de los psiquiatras. Aunque pueda ser imposible conseguir una relación 1:1 entre ambos puntos de vista, sí podría ser útil profundizar en estas indagaciones de la perspectiva personal de manera a ejercitar

la empatía que tanto los pacientes como los psiquiatras consideran una herramienta menester para el abordaje de la depresión.

Nussbaum propone —aplicado a otros contextos, más orientados a la formación emocional “primaria”— que existen estrategias para fomentar el “genuino interés por el otro” que en la formación en psiquiatría podría ser de provecho (Bicocca, 2017). Esto, según lo evaluado en este trabajo, se podría lograr ahondando en la perspectiva fenomenológica de la vivencia de los pacientes, más allá que en su perspectiva biológica únicamente por parte de la academia. Esto puede fundamentarse en un contacto más “humano” con los pacientes, más que como casos clínicos, como individuos; e incluso podría fundamentarse en una educación literaria que permita a los futuros especialistas contrastar lo que se les enseña de la teoría —lo académico— con las experiencias narradas por individuos que han pasado por estas situaciones —lo empírico—.

No parece, pues, accidental que tanto los psiquiatras como los pacientes entrevistados consideren que hay todavía “algo” que falta en el contacto clínico usual; la propuesta de este trabajo es hacer evidente que esto ocurre y proponer algunas de las alternativas disponibles para salvar esta distancia, de manera a que como médicos se pueda ejercer una mejor ayuda, reconociendo el poder que se le ha otorgado a la medicina.

### 13. Limitaciones y recomendaciones

Este trabajo presenta limitantes frente a los resultados obtenidos, dado que no son representativos de una población a mayor escala. Desde la investigación cualitativa esto no es, algo negativo sino parte de lo que se espera de los hallazgos, pues no se busca extrapolar la información obtenida de una muestra, sino profundizar en lo que una cantidad limitada de personas tiene como vivencias, de manera a permitir una mejor explicación y comprensión de lo que se describe. Las muestras se tomaron en unos ambientes relativamente controlados, lo que puede producir una disminución en la riqueza de los hallazgos obtenidos comparado a si se hubiera admitido una población más diversa. Este trabajo no exploró la comorbilidad que puede haber entre la depresión y otras patologías —tanto médicas como psiquiátricas—, lo que podría también haber permitido una caracterización más completa de la depresión con sus aristas posibles. Sin embargo, los hallazgos representan una oportunidad para resaltar la importancia del lenguaje que se utiliza a lo largo del contacto entre el médico y el paciente; la metáfora no es únicamente una manera de hablar para comunicar significado, sino que puede ser un motor mediante el cual opera el cambio para beneficio del paciente. Es una herramienta doble para el clínico: por un lado, permite un mayor entendimiento del sufrimiento real de la persona, pero también es una ayuda fácilmente utilizable.

Teniendo en cuenta los hallazgos de esta investigación, se sugiere, que el encuentro clínico se modifique en dos momentos: su enseñanza y su ejecución en la vida profesional. En cuanto a la enseñanza, se propone que el encuentro clínico con los pacientes con depresión —aunque también serían aplicables a otras consultas— se haga teniendo en cuenta cómo la misma perspectiva biomédica se filtra dentro de este entendimiento diferente de la experiencia del paciente, de manera a no invalidar la experiencia personal narrada de manera involuntaria; así como tener en cuenta los diferentes puntos de vista que se puede tener sobre el mismo problema sin que necesariamente uno sea “más real” que el otro.

En cuanto a la práctica profesional, se sugiere a los profesionales en salud mental —principalmente psiquiatras, pero aplica también para el resto del personal— que estén conscientes del pacto implícito al que están sujetos desde las expectativas de los pacientes, y de los otros médicos; pero también realizar una aproximación razonada a la utilidad del diagnóstico y sus consecuencias —tanto positivas como negativas—.

## Bibliografía

Abo-Rass F, Shinan-Altman S, Werner P. Depression Illness Representations Among Arabs in Israel: a Qualitative Study Comparing Younger and Older Adults. *J Cross Cult Gerontol.* 2020 Dec;35(4):353-366. doi: 10.1007/s10823-020-09413-9. Epub 2020 Sep 19. PMID: 32949318

Abo-Rass, Fareeda & Werner, Perla & Shinan-Altman, Shiri. (2022). Cognitive illness representations among Israeli Arabs diagnosed with depression and their relationship with health-related quality of life. *International Journal of Social Psychiatry.* 68 (3). 582-588. DOI: 10.1177/0020764021992406

Ackerknecht, E. H. (1993). *Breve historia de la psiquiatría.* Ed. Universitat de Valencia. ISBN 8460087093

Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, año 26, número 73, pp. 249-264, mayo-agosto de 2011.

Agdal, R. (2005). Diverse and Changing Perceptions of the Body: Communicating Illness, Health, and Risk in an Age of Medical Pluralism. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* (Vol. 11)

Agoff, Carolina, & Herrera, Cristina. (2019). Entrevistas narrativas y grupos de discusión en el estudio de la violencia de pareja. *Estudios sociológicos*, 37(110), 309-338. <https://doi.org/10.24201/es.2019v37n110.1636>

Aguayo, F. (2022). Male depression and its symptoms: A qualitative study with Chilean adult men. *Salud Colectiva*, 18. <https://doi.org/10.18294/SC.2022.3942>

Álvarez-Ramírez, L. Y., Peñalosa-Gómez, F., & Barrera, M. I. (2008). Young adult groups' response to a depressive prototype narrative in Bucaramanga, Colombia. *Revista de Salud Publica (Bogota, Colombia)*, 10(3), 395–404. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642008000300004>

Amey, C. (2010). Suspected antidepressant-induced switch to mania in unipolar depression: A first-person narrative. *Journal of Affective Disorders*, 125(1–3), 111–115. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2010.05.004>

Ángel Pérez, Darío Alberto. (2011). La hermenéutica y los métodos de investigación en ciencias sociales. *Estudios de Filosofía*, (44), 7. Retrieved May 16, 2024, from

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-3628201100200002&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-3628201100200002&lng=en&tlng=es)

Aragonès E, López-Cortacans G, Cardoner N, Tomé-Pires C, Porta-Casteràs D, Palao D; INDI-I Research Team. Barriers, facilitators, and proposals for improvement in the implementation of a collaborative care program for depression: a qualitative study of primary care physicians and nurses. *BMC Health Serv Res.* 2022 Apr 5;22(1):446. doi: 10.1186/s12913-022-07872-z. PMID: 35382822; PMCID: PMC8981603

Arroyave Bernal, Carlos Andrés. (2010). El dilema del médico como paciente: Otra mirada a la experiencia de la enfermedad. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 10(1), 36-55. Retrieved July 22, 2023, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-4702201000100004&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-4702201000100004&lng=en&tlng=es)

Averous, P., Charbonnier, E., & Dany, L. (2021). Assessment of illness representations in mental disorders: A mini review. *L'Encéphale*, 47(2), 137–142. <https://doi.org/10.1016/J.ENCEP.2020.09.011>

Ávila Morales, Juan Carlos (2017). Consideraciones de la fragilidad humana frente a la conducta moral del médico. *Revista Med*, 25(2), 117-125. Retrieved October 10, 2025, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-5256201700200117&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-5256201700200117&lng=en&tlng=es).

Baddeley, J.L., Daniel, G.R., Pennebaker, J.W., 2011. How Henry Hellyer's use of language foretold his suicide. *Crisis* 32 (5), 288–292. DOI: 10.1027/0227-5910/a000092

Barrios, Berta Elena. (2015). Tres momentos críticos de la Teoría Fundamentada Clásica. *SAPIENS*, 16(1), 31-47. Recuperado en 28 de diciembre de 2023, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1317-5815201500010003&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1317-5815201500010003&lng=es&tlng=es)

Bartels SM, Cardenas P, Uribe-Restrepo JM, Cubillos L, Torrey WC, Castro SM, Williams MJ, Oviedo-Manrique DG, Gómez-Restrepo C, Marsch LA. Barriers and facilitators to the diagnosis and treatment of depression in primary care in Colombia: Perspectives of providers, healthcare administrators, patients and community representatives. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2021 Jul;50 Suppl 1(Suppl 1):64-72. doi: 10.1016/j.rcpeng.2021.01.001. Epub 2021 Jul 17. PMID: 34281805; PMCID: PMC8666103

Bear, H. A., Krause, K. R., Edbrooke-Childs, J., & Wolpert, M. (2021). Understanding the illness representations of young people with anxiety and depression: A qualitative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(4), 1036–1058. <https://doi.org/10.1111/papt.12345>

Benavides Fernández, M. (2023). La enfermedad como metáfora: un enfoque desde la hermenéutica de Paul Ricoeur. *EN-CLAVES del pensamiento*, 0(33), e602. <https://doi.org/10.46530/ecdp.v0i33.602>

Berg M, Malmquist A, Rozental A, Topooco N, Andersson G. Knowledge gain and usage of knowledge learned during internet-based CBT treatment for adolescent depression - a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2020 Sep 10;20(1):441. doi: 10.1186/s12888-020-02833-4. PMID: 32912154; PMCID: PMC7488317

Berg, J. H. van den (1972). *A Different Existence. Principles of Phenomenological Psychopathology*. Pittsburgh, Duquesne University Press.

Bergman, (2018) *Pescando barracudas: pragmática de la terapia sistémica breve*. Editorial Paidós. ISBN 8475096832

Berrios GE. Melancholia and depression during the 19th century: a conceptual history. *Br J Psychiatry*. 1988 Sep;153:298-304. doi: 10.1192/bjp.153.3.298. PMID: 3074848.

Beyebach M, *Introducción a la Terapia Breve Centrada en Soluciones* publicado en (J. Navarro Góngora, A. Fuertes y T. Ugidos, eds.) *Intervención y Prevención en Salud Mental*. Salamanca: Amarú, 1999.

Bhat A, Goud BR, Pradeep JR, Jayaram G, Radhakrishnan R, Srinivasan K. Can Mobile Health Improve Depression Treatment Access and Adherence Among Rural Indian Women? A Qualitative Study. *Cult Med Psychiatry*. 2020 Dec;44(4):461-478. doi: 10.1007/s11013-019-09664-3. PMID: 31916181

Biurrun, I. M., & Salvá, C. P. (2021). *Soy lo que me persigue: El terror como ficción del trauma*. Ed. Dilatando Mentes. ISBN: 978-84-124174-4-9

Blanco, Mercedes. (2011). Investigación narrativa: una forma de generación de conocimientos. *Argumentos (México, D.F.)*, 24(67), 135-156. Recuperado en 28 de diciembre de 2023, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-5795201100300007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-5795201100300007&lng=es&tlng=es)

Bonet, M. T. (2005). La narración histórica en la teoría de Paul Ricoeur. Fragmentos de un debate. *E-latina*, 3(12), 47–67. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/elatina/article/download/6388/pdf>

Bonnett, P. (2013). *Lo que no tiene nombre*. Editorial Alfaguara. ISBN13 9789587585339

Bourdieu, P. (1990). Structures, habitus, practices. In *The Logic of Practice*, pp. 52–79. Stanford, CA: Stanford. ISBN 10: 0804720118

Braam MWG, Rasing SPA, Heijs DAM, Lokkerbol J, van Bergen DD, Creemers DHM, Spijker J. Closing the gap between screening and depression prevention: a qualitative study on barriers and facilitators from the perspective of public health professionals in a school-based prevention approach. *BMC Public Health*. 2023 May 12;23(1):884. doi: 10.1186/s12889-023-15705-9. PMID: 37173740; PMCID: PMC10176867

Brown S, Rittenbach K, Cheung S, McKean G, MacMaster FP, Clement F. Current and Common Definitions of Treatment-Resistant Depression: Findings from a Systematic Review and Qualitative Interviews. *Can J Psychiatry*. 2019 Jun;64(6):380-387. doi: 10.1177/0706743719828965. Epub 2019 Feb 14. PMID: 30763119; PMCID: PMC6591751

Buriticá Chica, A. M. (2023). *A phenomenological approach to OCD*. Trabajo de grado para doctorado. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en <https://repositorio.unal.edu.co/items/3da142dd-57d2-4d07-b1af-45bab6a8b75a>

Campo-Redondo, María, & Labarca Reverol, Catalina. (2009). La teoría fundamentada en el estudio empírico de las representaciones sociales: un caso sobre el rol orientador del docente. *Opción*, 25(60), 41-54. Recuperado en 28 de diciembre de 2023, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1012-1587200900030004&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-1587200900030004&lng=es&tlng=es)

Cancrini, L. (2007). *Océano Borderline: Viaje por una patología inexplorada*. Grupo Planeta (GBS). ISBN 8449320135

Capella, Claudia. (2013). Una propuesta para el estudio de la identidad con aportes del análisis narrativo. *Psicoperspectivas*, 12(2), 117-128. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol12-Issue2-fulltext-281>

Castañeda Montoya, J. y Tamayo Lopera, D.A.(2023). Identidad narrativa: aportes a la psicología, a las ciencias sociales y a la educación. *Psicoespacios*, 17(30). <https://doi.org/10.25057/21452776.1490>

Castillo Godoy, A. Representaciones cognitivas y emocionales del cáncer y la hipertensión: Aplicaciones del modelo de autorregulación en población sana. Granada: Universidad de Granada, 2016. [<http://hdl.handle.net/10481/43570>]

Ceberio, M. R., & Watzlawick, P. (2006). La construcción del universo: conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico. Editorial Herder. ISBN 9788425424687

Ciampi, Luc. (2007). Sentimientos, afectos y lógica afectiva: Su lugar en nuestra comprensión del otro y del mundo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(2), 153-171. Recuperado en 10 de octubre de 2025, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352007000200013&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000200013&lng=es&tlng=es).

Claus N, Marzano L, Loechner J, Starman K, Voggt A, Loy F, Wermuth I, Haemmerle S, Engelmann L, Bley M, Schulte-Koerne G, Platt B. Qualitative evaluation of a preventive intervention for the offspring of parents with a history of depression. *BMC Psychiatry*. 2019 Sep 18;19(1):290. doi: 10.1186/s12888-019-2273-6. PMID: 31533676; PMCID: PMC6751651

Creswell, J. W. (2012). *Qualitative inquiry and research design: Choosing Among Five Approaches*. SAGE Publications. ISBN 1412995302

Cronen V., Lang P., *Language and Action: Wittgenstein and Dewey in the Practice of Therapy and Consultation*. Human Systems. *The Journal of Systemic Consultation & Management*. Vol.5. 1994 (5-43)

Curtin A, Martins DC, Schwartz-Barcott D. Coping with mental health issues among older Hispanic adults. *Geriatr Nurs*. 2019 Mar-Apr;40(2):123-128. doi: 10.1016/j.gerinurse.2018.07.003. Epub 2018 Aug 12. PMID: 30107949

Curtin AJ, Martins DC, Genere AA, Perez DM, Cabrera E, Viveiros N, Schwartz-Barcott D. Perceptions of Mental Health Among Hispanic Older Adults: Findings Among Immigrants from the Dominican Republic, Colombia, and Guatemala. *J Gerontol Nurs*. 2018 Nov 1;44(11):44-50. doi: 10.3928/00989134-20181010-05. PMID: 30358887

Damasio, A. R. (2004). Emotions and feelings: a neurobiological perspective. In Manstead, A. S. R., Frijda, N., and Fischer, A. (eds.), *Feelings and*

Emotions: The Amsterdam Symposium. Cambridge University Press, pp. 49–57

Dardas LA, Shoqirat N, Abu-Hassan H, Shanti BF, Al-Khayat A, Allen DH, Simmons LA. Depression in Arab Adolescents: A Qualitative Study. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2019 Oct 1;57(10):34-43. doi: 10.3928/02793695-20190528-01. Epub 2019 Jun 12. PMID: 31188459

De León, O. G. P., & Sontag, S. (1990). La enfermedad y sus metáforas. *Revista Española De Investigaciones Sociológicas*, 49, 264. <https://doi.org/10.2307/40183439>

De Robles, S (2023). What does Paul Ricoeur understand by “narrative identity”, (video de youtube). Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=8j1RDFqeMec>

Donnelly TT, Al Suwaidi JM, Al-Qahtani A, Asaad N, Singh R. Arab Men and Women's Conceptualization of Mental Health and Depression: A Qualitative Study from the Middle East. *J Immigr Minor Health*. 2019 Oct;21(5):1102-1114. doi: 10.1007/s10903-018-0809-3. PMID: 30120675

Dosani A, Arora H, Mazmudar S. mHealth and Perinatal Depression in Low-and Middle-Income Countries: A Scoping Review of the Literature. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Oct 21;17(20):7679. doi: 10.3390/ijerph17207679. PMID: 33096738; PMCID: PMC7589927

Eichenberg, C., Strobl, L., Jaeger, T., Kirsha, A., Laugharne, R., & Shankar, R. (2022). Comparison of attitudes to media representation of mental illness between journalists and mental health professionals in Russia with German-speaking countries of Switzerland, Germany, and Austria. *International Journal of Social Psychiatry*. [https://doi.org/10.1177/00207640221141589/SUPPL\\_FILE/SJ-DOCX-1-ISP-10.1177\\_00207640221141589.DOCX](https://doi.org/10.1177/00207640221141589/SUPPL_FILE/SJ-DOCX-1-ISP-10.1177_00207640221141589.DOCX)

Escalante (2013). La perspectiva ricoeuriana y el análisis de las narrativas. *Fundamentos en Humanidades*. Universidad Nacional de San Luis – Argentina. Año XIV – Número I (27/2013) 175/192 pp.

Espíndola, A. V., Quintana, A. M., Farias, C. P., & München, M. A. B. (2018). Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. *Revista Bioética*, 26(3), 371–377. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263256>

Fessler, L. (1961) *Melancholie Und Manie. Phänomenologische Studien (Melancholia and Mania. Phenomenological Studies)*: By Ludwig Binswanger.

Pfullingen, Germany: Verlag Günther Neske, 1960. 147 pp.. Psychoanalytic Quarterly 30:433-435

Fortune, G., Barrowclough, C., & Lobban, F. (2004). Illness representations in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(4), 347–364. <https://doi.org/10.1348/0144665042388955>

Fried EI, Coomans F, Lorenzo-Luaces L. The 341 737 ways of qualifying for the melancholic specifier. *Lancet Psychiatry*. 2020 Jun;7(6):479-480. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30169-3. Epub 2020 May 20. PMID: 32445681.

Frost R, Beattie A, Bhanu C, Walters K, Ben-Shlomo Y. Management of depression and referral of older people to psychological therapies: a systematic review of qualitative studies. *Br J Gen Pract*. 2019 Mar;69(680):e171-e181. doi: 10.3399/bjgp19X701297. Epub 2019 Feb 11. PMID: 30745355; PMCID: PMC6400601

Fuchs T. Melancholia as a desynchronization: towards a psychopathology of interpersonal time. *Psychopathology*. 2001 Jul-Aug;34(4):179-86. doi: 10.1159/000049304. PMID: 11549927.

Fuchs, T. (2013). The Phenomenology of Affectivity. *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* (pp.612-631)Chapter: The Phenomenology of AffectivityPublisher: Oxford University Press DOI: <https://doi.org/10.1093/OXFORDHB/9780199579563.013.0038>

Gilman, C. P. (1990). *The yellow wallpaper*. Editorial Orchises Press. ISBN 979-8409846992

Gonçalves, O. F. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa: Manual de terapia breve*. Editorial Desclee De Brower. ISBN 8433016725

González, Mariela. (2017). Modelo de Representación de la Enfermedad y Salud. ¿Se aplicaría a las enfermedades crónicas de las vías digestivas?. *Gen*, 71(4), 137-142. Recuperado en 10 de octubre de 2025, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-3503201700040005&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-3503201700040005&lng=es&tlng=es).

Grandes, A. (2022). *La madre de Frankenstein*. Editorial Tusquets. ISBN: 978-958-42-8556-0

Guerrero-Muñoz D, Salazar D, Constain V, Perez A, Pineda-Cañar CA, García-Perdomo HA. Association between Family Functionality and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Korean J Fam Med*.

2021 Mar;42(2):172-180. doi: 10.4082/kjfm.19.0166. Epub 2020 Jun 10. PMID: 32521579; PMCID: PMC8010447

Haig, M. (2016). *Reasons to Stay Alive*. Editorial Penguin. ISBN: 9781782115083

Hernández González, Osvaldo, & Zaragoza Viera, Inalvys. (2020). La indagación narrativa, un tema emergente en la investigación cualitativa. *MediSur*, 18(6), 1075-1077. Epub 02 de diciembre de 2020. Recuperado en 28 de diciembre de 2023, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2020000601075&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000601075&lng=es&tlng=es)

Hervas, G., & Vazquez, C. (2006). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59(1), 9–36. <https://www.researchgate.net/publication/235428353>

Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar: un marco conceptual para el cambio de sistemas*. Fondo de Cultura Economica USA. ISBN 9681621050

Hopwood M, Cama E, de Wit J, Treloar C. Stigma, Anxiety, and Depression Among Gay and Bisexual Men in Mixed-Orientation Marriages. *Qual Health Res*. 2020 Mar;30(4):622-633. doi: 10.1177/1049732319862536. Epub 2019 Jul 17. PMID: 31315511

Howorth K, Paddick SM, Rogathi J, Walker R, Gray W, Oates LL, Andrea D, Safic S, Urasa S, Haule I, Dotchin C. Conceptualization of depression amongst older adults in rural Tanzania: a qualitative study. *Int Psychogeriatr*. 2019 Oct;31(10):1473-1481. doi: 10.1017/S1041610218002016. PMID: 30602397

Hsieh WJ, Sbrilli MD, Huang WD, Hoang TM, Meline B, Laurent HK, Tabb KM. Patients' Perceptions Of Perinatal Depression Screening: A Qualitative Study. *Health Aff (Millwood)*. 2021 Oct;40(10):1612-1617. doi: 10.1377/hlthaff.2021.00804. PMID: 34606357  
[https://doi.org/10.1177/00207640221141589/SUPPL\\_FILE/SJ-DOCX-1-ISP-10.1177\\_00207640221141589.DOCX](https://doi.org/10.1177/00207640221141589/SUPPL_FILE/SJ-DOCX-1-ISP-10.1177_00207640221141589.DOCX)

Humphreys, K. L., King, L. S., Choi, P., & Gotlib, I. H. (2018). Maternal depressive symptoms, self-focus, and caregiving behavior. *Journal of Affective Disorders*, 238, 465–471. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2018.05.072>

Hunter A, Marck CH, Butler E, Allan M, Edward KL, Giles A, Kulkarni J, Rajendran D, Shaw S, Grech LB. Improving the detection and treatment of depression in Australians with multiple sclerosis: A qualitative analysis. *Mult Scler Relat Disord*. 2021 Nov;56:103290. doi: 10.1016/j.msard.2021.103290. Epub 2021 Sep 28. PMID: 34614457

Jassir Acosta MP, Cárdenas Charry MP, Uribe Restrepo JM, Cepeda M, Cubillos L, Bartels SM, Castro S, Marsch LA, Gómez-Restrepo C. Characterizing the perceived stigma towards mental health in the early implementation of an integrated services model in primary care in Colombia. A qualitative analysis. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2021 Jul;50 Suppl 1(Suppl 1):91-101. doi: 10.1016/j.rcpeng.2021.06.009. Epub 2021 Jul 10. PMID: 34257054; PMCID: PMC8658752

Julianna O, Koronczai B. Gender differences in the relationship between religion/spirituality, well-being and depression. *Psychiatr Hung*. 2021;36(4):479-493. PMID: 34939567.

Kaewjanta N, Rungreangkulkij S. How Thai men cope with depression: A qualitative study. *Perspect Psychiatr Care*. 2022 Apr;58(2):651-657. doi: 10.1111/ppc.12829. Epub 2021 May 3. PMID: 33938578

Keeney, B. P. (1994). *Estética del cambio*. Paidós Iberica Ediciones S A. ISBN 9788475096827

Kraus, A. (2002). Melancholie: eine Art von Depersonalisation? In T. Fuchs and C. Mundt (Eds), *Affekt und Affektive Störungen*, pp. 169–86. Paderborn: Schoeningh

Le Breton, D. (2002). *La sociología del cuerpo* (Nueva Visión, Ed.; 1st ed.). ISBN13 9788417454531

LeDoux, J. E. (2000). Cognitive-emotional interactions: listen to the brain. In Lane, R. D. and Nadel, L. (eds.), *Cognitive Neuroscience of Emotion*. Oxford University Press, pp. 129–155

Lin, E. C. L., Weintraub, M., Miklowitz, D. J., Chen, P. S., Lee, S. K., Chen, H. C., & Lu, R. B. (2020). The associations between illness perceptions and social rhythm stability on mood symptoms among patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 273, 517. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2020.05.019>

Linares J L, (2012), *Terapia Familiar Ultramoderna*. Editorial Herder. ISBN 9788425430626

Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa: La terapia familiar en la práctica clínica*. Grupo Planeta (GBS). ISBN: 9788449303029

Linares, J. L., & Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada: Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Grupo Planeta (GBS). ISBN 8449309905

Mariani, R., di Trani, M., Negri, A., & Tambelli, R. (2020). Linguistic analysis of autobiographical narratives in unipolar and bipolar mood disorders in light of multiple code theory. *Journal of Affective Disorders*, 273, 24–31. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2020.03.170>

Martin, C. (2023). *How not to kill yourself: A Portrait of the Suicidal Mind*. Editorial Pantheon. ISBN 059331705X

McNamee, Gergen (1992). *La Terapia Como Construcción Social*. Ediciones Paidós. ISBN 9788449302176

Mebarak, M., de Castro, A., del Pilar Salamanca, M., & Quintero, M. F. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología Desde El Caribe*, 23, 83–112

Milana, P. (2021). *Committed: a Memoir of Madness in the Family*. Editorial She Writes Press. ISBN 1647420423

Ministerio de Salud (2017). *Boletín de salud mental: Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

Moratalla, Tomás Domingo. ¿Es Paul Ricoeur un fenomenólogo? Entre fenomenología y hermenéutica. *Escritos - Fac. Filos. Let. Univ. Pontif. Bolívar*. [online]. 2018, vol.26, n.57 [cited 2025-09-25], pp.251-282. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-1263201800200251&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-1263201800200251&lng=en&nrm=iso). ISSN 0120-1263. <https://doi.org/10.18566/escr.v26n57.a02>.  
Electronic Document Format(ABNT)

Moreno, J. A. (2016). Representaciones sociales de la salud de una comunidad rural de Colombia. *Revista De Psicología Universidad De Antioquia*, 7(2), 47–62. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.325204>

Napierala, M., Bodnar, A., Chlopocka-Wozniak, M., Permoda-Osip, A., & Rybakowski, J. (2019). Electroconvulsive therapy and autobiographical memory in patients with treatment-resistant depression. *Psychiatria Polska*, 53(3), 589–597. <https://doi.org/10.12740/PP/85787>

Néspolo, J. (2007) El problema de la identidad narrativa en la filosofía de Paul Ricoeur. [En línea] *Orbis Tertius: Revista de Teoría y Crítica Literaria*, 12(13). Disponible en: <http://www.orbistertius.unlp.edu.ar/numeros/numero-13/sumario>, [http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.449/pr.449.pdf](http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.449/pr.449.pdf)

Newell, E. E., McCoy, S. K., Newman, M. L., Wellman, J. D., & Gardner, S. K. (2018). You sound so down: Capturing depressed affect through depressed language. *Journal of Language and Social Psychology*, 37(4), 451–474. <https://doi.org/10.1177/0261927X17731123>

Watzlawick P. (1994), *El Ojo del Observador*. Editorial Gedisa. ISBN 8474325129

Palacios Rodríguez, Oscar Alejandro. (2021). La teoría fundamentada: origen, supuestos y perspectivas. *Intersticios sociales*, (22), 47-70. Epub 03 de noviembre de 2021. Recuperado en 28 de diciembre de 2023, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-4964202100200047&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-4964202100200047&lng=es&tlng=es)

Pankowski, D., Wytrychiewicz-Pankowska, K., Janowski, K., Pisula, E., & Walicka, M. (2021). The Role of Illness-Related Beliefs in Depressive, Anxiety, and Anger Symptoms: An On-line Survey in Women With Hypothyroidism. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 614361. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2021.614361/FULL>

Paperny, A. M. (2020). *Hello I want to die please fix me: Depression in the First Person*. Editorial The Experiment. ISBN 1615194924

Páramo Morales, D., (2015). La teoría fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, (39),vii-xiii.[fecha de Consulta 28 de Diciembre de 2023]. ISSN: 1657-6276. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64644480001>

Parsons, Talcott (1951). *The Social System*, Glencoe, Illinois: Editorial The Free Press, ISBN 0710019319

Patoz MC, Hidalgo-Mazzei D, Blanc O, Verdolini N, Pacchiarotti I, Murru A, Zukerwar L, Vieta E, Llorca PM, Samalin L. Patient and physician

perspectives of a smartphone application for depression: a qualitative study. BMC Psychiatry. 2021 Jan 29;21(1):65. doi: 10.1186/s12888-021-03064-x. PMID: 33514333; PMCID: PMC7847000

Piña Osorio, Juan Manuel y Cuevas Cajiga, Yazmín (2004). La teoría de las representaciones sociales: Su uso en la investigación educativa en México. Perfiles educativos, 26(105-106), 102-124. Recuperado en 28 de diciembre de 2023, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-26982004000100005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982004000100005&lng=es&tlng=es)

Quiceno Osorio (2021) La identidad narrativa según Paul Ricoeur . Hacia una hermenéutica de la persona humana, Editorial Dykinson. ISBN: 9788413776583

Quiceno, Japcy Margarita, & Vinaccia, Stefano. (2010). Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del illness perception questionnaire. Psicología desde el Caribe, (25), 56-83. Retrieved October 10, 2025, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-417X201000100004&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X201000100004&lng=en&tlng=es)

Quiles Marcos, Yolanda, Terol Cantero, M.<sup>a</sup> Carmen, & Marzo Campos, Juan Carlos. (2009). Representación de la Enfermedad, Afrontamiento y Ajuste en los Trastornos Alimentarios. Clínica y Salud, 20(2), 159-175. Recuperado en 10 de octubre de 2025, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742009000200005&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000200005&lng=es&tlng=es)

Quintero Mejía, M. (2018). Usos de las narrativas, epistemologías y metodologías: Aportes para la investigación (1st ed.). Universidad Distrital Francisco José de Caldas. Disponible en: [https://die.udistrital.edu.co/sites/default/files/doctorado\\_ud/publicaciones/usos\\_de\\_las\\_narrativas\\_epistemologias\\_y\\_metodologias\\_aportes\\_para\\_la\\_investigacion.pdf](https://die.udistrital.edu.co/sites/default/files/doctorado_ud/publicaciones/usos_de_las_narrativas_epistemologias_y_metodologias_aportes_para_la_investigacion.pdf)

Ramírez-Bermúdez, J. (2020). Depresión: La noche más oscura, una mirada científica. Editorial: Debate. ISBN-13 : 978-6073194242

Ramírez-Bermúdez, J. (2022). La melancolía creativa. Editorial: Penguin. ISBN 9786073817851

Ramos Gutiérrez, (2010). Temas Para Conversar. Capítulo 7: Problemas y Recursos. Editorial Gedisa. ISBN 8497842340

Ricoeur, P. (1992). *Oneself as Another*. Editorial: University of Chicago Press. ISBN 0226713288

Ricoeur, P (1991) *Tiempo y narración I: Configuración del tiempo en el relato histórico*, Editorial Siglo XXI. ISBN 9682319668

Ricoeur, P (2008), *Lo justo 2: Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Editorial Trotta. ISBN: 978-84-8164-966-6

Rodríguez Ortiz (2020). La narrativa como un método para la construcción y expresión del conocimiento en la investigación didáctica. *Sophia*, vol. 16, núm. 2, pp. 183-195. Universidad la Gran Colombia. Recuperado el 28 de diciembre de 2023 de <https://www.redalyc.org/journal/4137/413766809004/html/>

Rosales sánchez, Juan J. (2015). Percepción y Experiencia. *EPISTEME*, 35(2), 21-36. Recuperado en 28 de diciembre de 2023, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-4324201500020002&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-4324201500020002&lng=es&tlng=es)

Russell JA. Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychol Rev.* 2003 Jan;110(1):145-72. doi: 10.1037/0033-295x.110.1.145. PMID: 12529060.

Wakefield, Demazeux (2016). *Sadness or Depression?: International Perspectives on the Depression Epidemic and Its Meaning*. Editorial Springer. ISBN 9401774218

Sadowsky, J (2022). *El imperio de la depresión*. Alianza Editorial. ISBN13 9788411480192

Salcedo, E. (2016). La identidad personal como identidad narrativa en Paul Ricoeur, *Apuntes Filosóficos*, ISSN 1316-7553, Vol. 25, Nº. 49, 2016 (Ejemplar dedicado a: Encuentros fenomenológicos y hermenéuticos: Vida y mundo, verdad y palabra.), págs. 117-131.

Salgado Lévano, Ana Cecilia. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78. Recuperado en 10 de octubre de 2025, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-4827200700100009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-4827200700100009&lng=es&tlng=es)

Segal (1994), *Soñar la Realidad, El constructivismo de Heinz von Foerster*. Editorial Paidós Ibérica. ISBN 9788449300325

Sharp M, Kara J, Almidani S, Ahram M, Mahmoud R, Khoshnood K. Exploring the bidirectional relationship between chronic disease and depression among female Syrian refugees and Jordanians: a qualitative analysis. *East Mediterr Health J.* 2021 Dec 28;27(12):1153-1161. doi: 10.26719/emhj.21.017. PMID: 35137383

Sibeoni J, Orri M, Manolios E, Spodenkiewicz M, Labey M, Verneuil L, Revah-Levy A. Early-treatment stage for adolescents with depression and their parents: An IPSE qualitative study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2023 Aug;32(8):1415-1426. doi: 10.1007/s00787-022-01952-5. Epub 2022 Feb 6. PMID: 35124719

Silvestre, D. (1998). Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad. *Cinta de Moebio: Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales*, ISSN-e 0717-554X, N°. 4 (December), 1998. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=304242>

Sluzki, (2009). *La red social: fronteras de la práctica sistémica*. Editorial Gedisa. ISBN 9788474325898

Solomon, A. (2015). *The Noonday Demon: An Atlas of Depression*. Editorial Scribner. ISBN 1501123882

Sontag, S. (1990). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Editorial Taurus.

Stanghellini, G. (2004). *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense*. Oxford: Editorial Oxford University Press. ISBN 0198520891

Stanghellini, G., & Mancini, M. (2017). *The Therapeutic Interview in Mental Health: A Values-Based and Person-Centered Approach*. Editorial: Cambridge University Press. ISBN 1107499089

Styron, W. (1992). *Darkness visible: A Memoir of Madness*. Editorial: Vintage. ISBN 0679736395

Tekola B, Mayston R, Eshetu T, Birhane R, Milkias B, Hanlon C, Fekadu A. Understandings of depression among community members and primary healthcare attendees in rural Ethiopia: A qualitative study. *Transcult Psychiatry.* 2023 Jun;60(3):412-427. doi: 10.1177/13634615211064367. Epub 2021 Dec 23. PMID: 34939463; PMCID: PMC10486165

Tellenbach, H. (1961/1980). *Melancholy: History of the Problem, Endogeneity, Typology, Pathogenesis, Clinical Considerations*. Pittsburg, PA: Duquesne University Press. University Press. ISBN 0391008609

Trujillo (2020). *Lenguaje, Identidad y Psicoterapia. La filosofía narrativa de Paul Ricoeur*. Tesis Doctoral. Universidad La Laguna. Disponible en [https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/25769/568980\\_1313348.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/25769/568980_1313348.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Universidad de los Andes. (2024). *Especialización en Psiquiatría*. Retrieved May 16, 2024, from <https://medicina.uniandes.edu.co/es/programas/posgrado/especializacion-psi-quiatria> Plan de estudios.

Universidad del Rosario. (n.d.). *Plan de estudios de la Especialización en Psiquiatría*. Retrieved May 16, 2024, from <https://urosario.edu.co/sites/default/files/2023-02/plan%20de%20estudios%20de%20la%20Especializaci%C3%B3n%20en%20Psiquiatr%C3%ADa.pdf>

Universidad Javeriana. (2024). *Especialización en Psiquiatría*. Retrieved May 16, 2024, from <https://www.javeriana.edu.co/especializacion-psi-quiatria-general> Plan de estudios

Universidad Nacional. (n.d.). *Plan de estudios :: Especialidad en Psiquiatría*. Retrieved May 16, 2024, from <https://medicina.bogota.unal.edu.co/formacion/especialidades-medicas/psiquiatria/item/941-plan-estudios>

Vivar, Cristina G., Arantzamendi, María, López-Dicastillo, Olga, & Gordo Luis, Cristina. (2010). *La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería*. *Index de Enfermería*, 19(4), 283-288. Recuperado en 28 de diciembre de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000300011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300011&lng=es&tlng=es)

Vivier, T., Moro, M. R., Baubet, T., Pionnie-Dax, N., Grandclerc, S., & Lachal, J. (2021). *Comportements suicidaires à l'adolescence en situation de migration : expériences masculines*. *L'Encéphale*, 47(2), 123–129. <https://doi.org/10.1016/J.ENCEP.2020.04.024>

Watzlawick, P., & Nardone, G. (2014). *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Grupo Planeta (GBS). ISBN 9788449330247

Zamarrón, Carlos. Hermenéutica del discurso del enfermo (Hermeneutics of the Patient's Discourse). *Critical Hermeneutics*, 5 special (2021) Received: 10/06/2021. *Biannual International Journal of Philosophy* Accepted: 10/06/2021. <http://ojs.unica.it/index.php/ecch/index> Published: 14/06/2021. ISSN 2533-1825 (on line); 10.13125/CH/4759

Zamarrón, 2019. Hermenéutica y análisis cualitativo del discurso del enfermo. Una aproximación desde la hermenéutica contemporánea. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=262080>