

Volverse extraño. Narrativas de personas en tratamiento por depresión referidas a las incomprensiones de sus entornos

Esteban Grippaldi

Universidad Nacional del Litoral

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

Argentina

grippaldiesteban@hotmail.com

eGrippaldi@fhuc.unl.edu.ar

<https://orcid.org/0000-0003-0549-2596>

RESUMEN

El artículo analiza narrativas de personas que sufren depresión acerca de las incomprensiones de sus entornos. Presenta resultados de una investigación que aplica el método de los relatos de vida, realizada en la ciudad de Santa Fe, Argentina. Analiza cuarenta y dos entrevistas en profundidad de personas que participan en espacios terapéuticos y están diagnosticadas o se autoperceben con depresión. En base al supuesto de que los vínculos cercanos de quienes sufren depresión ocupan un lugar destacado en los procesos de recuperación o perpetuación del malestar, este estudio se adentra en los conflictos de entendimiento con los allegados desde las perspectivas de quienes padecen. Identifica en las narrativas cuatro problemas de comprensión por parte de sus entornos que residen en los marcos de referencia empleados. Desde el punto de vista de las personas que padecen, los allegados tienden a utilizar marcos médicos y morales que interpretan los comportamientos como expresión de la enfermedad o de la personalidad.

PALABRAS CLAVE

Depresión, Marcos de referencia, Relatos de vida, Narrativas

DOSSIER/ artículo



Becoming strange. Narratives of people who are in treatment for depression and the misunderstandings of their environments

ABSTRACT

The article analyzes narratives of people suffering from depression about the misunderstandings of their surroundings. It presents results of an investigation that applies the method of life stories, carried out in the city of Santa Fe, Argentina. It analyzes forty-two in-depth interviews of people who participate in therapeutic spaces and are diagnosed or self-perceived as depressed. Based on the assumption that the close ties of those who suffer from depression occupy a prominent place in the processes of recovery or perpetuation of the discomfort, this study delves into the conflicts of understanding with those close to them from the perspectives of those who suffer. Four problems are identified in the narratives of understanding by their surrounding people that reside in their frames of reference. From the point of view of the people who suffer, those close to them tend to use medical and moral frameworks that interpret behaviors as an expression of illness or personality.

KEYWORDS

Depression, Frameworks, Life story, Narratives

FECHA DE RECIBIDO 12/07/2020

FECHA DE ACEPTADO 22/12/2020

COMO CITAR ESTE ARTICULO

Grippaldi, E. (2021) Volverse extraño. Narrativas de personas en tratamiento por depresión referidas a las incomprensiones de sus entornos. Revista de la Escuela de Antropología, XXIX, pp. 1-22. DOI 10.35305/revistadeantropologia.v0iXXIX.139

Introducción

Desde la década del ochenta, los denominados trastornos depresivos constituyen el padecimiento mental más frecuente en las sociedades occidentales (Whitaker, 2015). En publicaciones recientes la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) afirma que la carga mundial de depresión está en aumento, afecta a más de trescientos millones de personas en el mundo y es la principal causa mundial de discapacidad. A pesar de la relevancia social que concita esta problemática, son escasos los estudios locales en el ámbito de la antropología que aborden las experiencias de padecer depresión y los vínculos con el entorno significativo.



Las investigaciones en el área de las ciencias sociales sobre las experiencias de las depresiones relevan la centralidad que adquieren los vínculos sociales en el proceso de salud-enfermedad-atención y cuidado (Korman y Idoyaga Molina, 2009; Csordas, 2013; Ratcliffe, 2015; Grippaldi, 2017). Los estudios que abordan estas experiencias subjetivas indagan cómo es la vida en depresión (Karp, 2017; Ratcliffe, 2015; Svenaeus, 2014), los conflictos en el ámbito del trabajo y en la esfera pública (Kitanaka, 2015), la estigmatización (Neto y Alvez, 2012), los itinerarios terapéuticos (Idoyaga Molina, 2009), las experiencias de consumo de antidepresivos (Karp, 2006) y otras estrategias de afrontamiento (Glukhova, 2020) y las diferencias en diversas culturas (Jenkins, Kleinman y Good, 1991; Kleinman y Good, 1985; Haroz, et. al., 2017). A su vez, aquellos estudios que desarrollan un enfoque narrativo para comprender las experiencias de depresión (Ridge et. al., 2019; Kangas, 2001) no asignan como eje de análisis significativo a las perspectivas sobre los problemas de entendimiento con las personas que las rodean. En este artículo enfocamos el análisis en un aspecto que suele no contemplarse en las investigaciones. Indagamos a través de entrevistas biográficas en las narrativas de personas que padecen depresión sobre las dificultades para ser comprendidas por parte del entorno social significativo.

Las personas que sufren depresión suelen sentirse en el estatus de extranjero (Karp, 2017), están cerca y distante al mismo tiempo de quienes la rodean. Pueden estar de manera físicamente próxima, pero simultáneamente se perciben distantes porque no pueden compartir las percepciones y emociones que definen sus experiencias del mundo. El sociólogo David Karp (2017) recurre a esta categoría conceptual de la fenomenología social de Alfred Schutz (2003) para describir la vida en depresión con su concomitante "desconexión" y dificultades para hacer públicos sus malestares íntimos. Por su parte, Le Breton (2016) sostiene que en la depresión: "*El individuo experimenta una extrañeza dolorosa, arrojado fuera de sí y sin embargo manteniendo la misma persona...*" (pp.66). Este problema de rareza identitaria suele conllevar dificultades para compartir las vivencias con los



demás. Como expresa Sampietro (2016) al describir la depresión mayor: "¿Cómo le explicas a los demás que Yo no es? ¿Cómo expresas que el Ser se deshace? ¿Cómo nombrar esta vivencia? Todo esto tiene un nombre: *extrañamiento*" (pp.195).

Este extrañamiento en relación al mundo que caracteriza a la experiencia de la depresión (Côrtes, 2012) no se reduce a la percepción de quienes padecen. Las personas cercanas registran comportamientos extraños, cambios en los hábitos y en los modos de responder a los compromisos que incitan la búsqueda de categorías interpretativas para dar sentido a esas modificaciones. Estos *nuevos extranjeros* dejan de cumplir o compartir muchos de los supuestos básicos que regulan la distribución de tareas en los ámbitos en los que participan. Las personas con padecimientos psíquicos amenazan las rutinas de la vida cotidiana y el orden simbólico implícito en el que se asientan (Karp y Tanarugsachock, 2000). Los marcos de referencia (Goffman, 2006) habituales – entendidos como esquemas cognitivos que permiten a sus usuarios situar, percibir, identificar y etiquetar un conjunto de sucesos concretos en los términos en que el marco propone– que orientan la comprensión de las relaciones se desestructuran. El acervo de conocimiento que reúne los esquemas interpretativos capaces explicar a las prácticas habituales de los allegados no parecen útiles para comprender los comportamientos de las personas que se encuentran en depresión. Ahora bien, desde las perspectivas de quienes padecen: ¿cómo se vinculan los allegados con esos otros significativos que, a veces repentinamente otras veces gradualmente, se vuelven extraños para quienes lo rodean y para ellos mismos?

En el presente artículo abordamos esta cuestión. En especial concentramos el análisis en los conflictos y problemas de entendimientos por parte del entorno próximo desde el punto de vista de las personas que participan en espacios terapéuticos y sufren depresiones. En base a la consideración de otros estudios que sostienen que los vínculos cercanos de quienes padecen esta dolencia son centrales en la recuperación y/o perpetuación del malestar (Csordas, 2013; Ratcliffe, 2015; Karp, 2017),



profundizamos en las dinámicas conflictivas de entendimiento cotidiano, puesto que contribuyen a comprender los estigmas y prejuicios que pueden empeorar la salud de las personas. En este artículo presentamos resultados de una investigación empírica realizada en la ciudad de Santa Fe, Argentina¹. El siguiente apartado presenta la estrategia metodológica del estudio centrada en el método biográfico y el modo de entender el eje analítico principal, a saber: los conflictos de marcos interpretativos o problemas de entendimiento. Posteriormente presentamos los resultados. En las narrativas de estas personas que participan en espacios de psicología (de orientación psicoanalítica, cognitivo conductual y sistémica), terapias holísticas, espacio de rehabilitación psicosocial y reciben tratamiento psiquiátrico, identificamos cuatro modos de problemas de comprensión del entorno significativo. A partir de las entrevistas realizadas, describimos y analizamos en distintos apartados cada uno de estas formas de incompreensión que residen en diferencias en los marcos de referencia empleados por parte del entorno desde las perspectivas de quienes padecen depresión. Finalmente, destacamos la centralidad de los vínculos sociales para comprender y significar estas experiencias de padecimiento y señalamos algunas limitaciones y posibles vías de profundización del estudio.

Descripción del estudio y estrategia metodológica

Para abordar la cuestión presentada aplicamos el método biográfico en su versión de relatos de vida (*life story*) (Meccia, 2017; 2019), su variante más decidida por la interpretación. Este estilo de investigación procede a obtener datos de diversa procedencia para el análisis del discurso sobre la vida, los modos de enunciación de sí, la estructura y las formas de la narración. Por tanto, en este estudio los procedimientos de producción y recolección de datos diseñados están centrados en las formas de

¹ La investigación mencionada refiere a la tesis doctoral (AUTOR/A, 2020), financiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Agradezco a este organismo por financiar el estudio y muy especialmente a las personas que participaron del mismo y compartieron generosamente sus historias.



contar aspectos significativos de las biografías. Enfatizamos en el término *contar*, puesto que concebimos que más que la experiencia del padecimiento en sí misma lo que analizamos son los relatos producidos para volver coherente lo vivido (Good, 2003), como la forma a través de la cual la experiencia es representada (Recoder, 2011). Así, analizamos primordialmente la *puesta en intriga*, los modos de configurar una trama narrativa acerca de los conflictos y tensiones con las personas próximas.

El interés sobre los modos de construcción de narrativas biográficas coloca el foco analítico en la dimensión discursiva de los padecimientos y, por tanto, no pretende cotejar o corroborar el relato con otros documentos o voces. Los relatos asentados en categorías sociales permiten observar los modos específicos de percibir y lidiar con el mundo (Rabelo, 1999). Probablemente, las personas cercanas a quienes entrevistamos no adhieran a muchas de las significaciones que movilizan los relatos y dispongan de otras versiones sobre los hechos.

En relación al método de los relatos de vida, en esta investigación usamos la entrevista biográfica (Meccia, 2017; Muñiz Terra et al., 2018) como la principal técnica de investigación². En las entrevistas disponíamos de una pregunta generadora de narración, otro conjunto de cuestiones con la finalidad de abordar los tópicos de interés y estrategias para promover y contribuir a la elaboración de una trama narrativa sobre las experiencias biográficas.

El criterio de selección de participantes consiste en que al momento de las entrevistas se autoperciban con depresión y practiquen terapias. Utilizamos la expresión autopercepción para indicar a

² El método biográfico en su vertiente de los relatos de vida puede aplicarse a través de diversas técnicas de investigación (Bertaux, 2005). Además de la entrevista biográfica, en la investigación de referencia empleamos otras que en este artículo cumplen un rol secundario. Realizamos veinte entrevistas semiestructuradas y conceptuales (Flick, 2007) a profesionales del área de salud mental: psiquiatras, psicólogos y terapeutas de orientaciones holísticas. Estas personas fueron contactadas a partir de asistir a instituciones de salud privadas y públicas. Estas entrevistas adoptan una función complementaria respecto al objetivo del presente artículo, puesto que sirven para relevar las representaciones sobre la depresión desde el punto de vista de las personas expertas por formación y como medio de contacto con personas interesadas en participar del estudio. También analizamos fuentes secundarias y realizamos observaciones en los espacios terapéuticos en los que participamos.



aquellas personas que consideran sufrir depresión. Desde las premisas de la teoría de la desviación de Becker (2009) asumimos que padecer depresión implica un trabajo interpretativo de etiquetamiento que suele involucrar a profesionales y familiares. Así, indagamos en las narrativas biográficas de quienes han incorporado el rótulo de depresión para describir sus experiencias, reciban o no diagnóstico. Un elevado número de participantes declara tener un diagnóstico de depresión y adhieren a éste³. Mientras que otras se autoperceben como tales, pero no recibieron un diagnóstico, debido a que en las orientaciones terapéuticas por las que transitaban no trabajan con éstos⁴.

En este estudio utilizamos una muestra por propósitos teóricos en cual construimos subgrupos de entrevistados según el tipo de práctica terapéutica al momento de realizar la entrevista. Este criterio muestral se sustenta en el supuesto teórico de que las terapias operan como oferentes de significados y marcos de referencia que son reapropiados por los usuarios para refigurar sus biografías y dar sentidos a sus padecimientos⁵.

El contacto de las personas entrevistadas estuvo mediado, en su mayor parte, por profesionales del área de salud mental⁶. También contactamos a interesados a partir de la técnica de bola de nieve. Entrevistamos a cuarenta y dos personas, con las cuales nos reunimos en más de una ocasión. Al momento de ser entrevistadas, nueve personas practican psicoanálisis, ocho terapias holísticas, siete psicología (terapias cognitivo conductual y sistémica),

3 Como advierte Becker (2009), la persona etiquetada puede tener un punto de vista diferente a quienes etiquetan, no aceptan las reglas a partir de las cuales es observada o rechaza la competencia de los jueces.

4 Esta adscripción identitaria sin la validación profesional es común en personas que practican terapias que evitan colocar etiquetas o brindar diagnósticos a sus usuarios.

5 A diferencia de otros ejes analíticos -tales como las explicaciones de las causas y las estrategias de afrontamiento de la depresión- del estudio, en este artículo que concentra su interés en las dificultades para ser entendidos por parte del entorno desde las perspectivas de quienes padecen, este criterio para reagrupar y analizar las voces de las personas entrevistadas pierde relevancia al no arrojar recurrencias o singularidades significativas.

6 Previo a la realización de las entrevistas, informamos los objetivos del estudio y presentamos el Acta de Consentimiento Informado, con la finalidad de asegurar los derechos de las y los participantes y resguardar sus identidades. En este artículo los nombres personales e institucionales son ficticios.



nueve reciben tratamiento psiquiátrico-farmacológico y nueve son usuarias de un espacio de rehabilitación psico-social⁷.

La noción de conflictos de marcos interpretativos o problemas de entendimiento constituye un concepto sensibilizador (Blumer, 1992) entendido como guía de referencia que orienta al investigador en el planteo de las preguntas, la búsqueda de información y la interpretación de los datos. En este artículo la categoría refiere a las partes de los relatos elaborados por personas que padecen depresión que versan sobre las dificultades para ser comprendidos y los marcos de referencia que emplean quienes las rodean. Este concepto opera como eje para reagrupar y analizar las entrevistas obtenidas sobre este tópico. A partir de este eje, el análisis de los relatos permite establecer similitudes y diferencias con el fin de construir categorías de segundo grado –categorías de las categorías de los actores– que releven desde las perspectivas de quienes narran diferentes modos de incomprensión de los allegados. De acuerdo a los supuestos de la investigación cualitativa, efectuamos el análisis de datos en paralelo al trabajo de campo. Los datos los obtuvimos entre principios del 2017 y fines del 2019 en la Ciudad de Santa Fe.

Conflictos de marcos interpretativos

Las experiencias de personas que sufren depresión implican cambios en las percepciones del mundo y de sí mismo. Ratcliffe (2015) utiliza la noción de “cambio existencial” para designar esta modificación radical acerca del modo en que quienes sufren depresiones se encuentran en el mundo. Desde un abordaje fenomenológico esta categoría refiere a que estas experiencias implican cambios en la estructura de percibir, sentir y recordar en

⁷ Al finalizar las entrevistas, solicitamos que completen un cuestionario con la finalidad de relevar el perfil socio-demográfico de los participantes. La mayor parte de las personas entrevistadas –específicamente treinta y tres de cuarenta y dos– declara haber recibido un diagnóstico de depresión. Las restantes auto perciben como tales pero no recibieron un diagnóstico. La población está compuesta principalmente de personas provenientes de sectores medios y urbanos. Un número elevado dispone de obra social, posee estudios universitarios completos y empleo formal. En lo relativo al género, entrevistamos a veintinueve mujeres y trece varones.



la que un sentimiento de extrañeza conforma una parte importante de esta la misma (Ratcliffe, 2015). La percepción de “desconexión” y el proceso de aislamiento (Karp, 2017) está acompañado de una pérdida de desempeño de papeles sociales (Neto y Alvez, 2012). De acuerdo a los resultados del estudio de Karp y Tanarugsachock (2000), en el entorno de las personas con trastornos psíquicos impera, en determinado tiempo, una “anomia emocional”. Están confundidos por los comportamientos y no saben qué sentir y hacer. La alteración de la dinámica relacional conduce a que las personas del entorno significativo oscilen entre una amplia gama de afectos que fluctúan entre ira, enojo, impotencia, compasión y pena. En este estudio centrado en las perspectivas de quienes padecen depresión están presente una polifonía de voces (Frank, 2012) que utilizan para expresar lo que perciben que piensan y sienten quienes están próximos al que sufre.

Los relatos de vida de personas que sufren depresión permiten observar los intentos por entenderse con los allegados en los que se entrelazan y tensionan marcos interpretativos médicos y morales que oscilan entre leer los comportamientos como expresión de la enfermedad o de la personalidad. A continuación, presentamos desde el punto de vista de quienes padecen cuatro tipos de problemas de comprensión por parte del entorno en los que se visualizan estos conflictos en los marcos de referencia.

Una enfermedad invisible

Según el estudio de Karp y Watts-Roy (1999), los cuidadores de personas con enfermedades físicas graves rara vez cuestionan el diagnóstico. Estos autores señalan que, por el contrario, los diagnósticos psiquiátricos con frecuencia acarrearán una profunda desconfianza acerca de si los miembros problemáticos realmente tienen una enfermedad o “tienen algo” digno de atención profesional.

Al tratarse de un padecimiento considerado “mental”, la depresión a diferencia de otros puede resultar más ocultable y una experiencia más difícil de entender por parte de quienes no sufren. A partir de los análisis de Goffman (2015) es posible considerar la



depresión un atributo estigmatizante y ocultable, susceptible de ser desacreditado. Como se desprende de la investigación de Bone (2018) las personas, en algunas ocasiones, gestionan la información que comunican a sus allegados, ocultan su diagnóstico y mantienen una fachada de bienestar. Así, de forma insistente las personas entrevistadas contrastan la depresión con las enfermedades o discapacidades físicas. La ausencia de manifestaciones visibles es un factor crítico en la disminución de la empatía de quienes sufren (Karp, 2017). Por tanto, un elemento que genera conflicto es su carácter de "enfermedad invisible". En esta línea, Patricia, una mujer viuda que recibe tratamiento farmacológico desde hace décadas, comenta:

No es que te sale una mancha. O un tajo. Es una enfermedad que va por dentro. Y la familia tiene que colaborar mucho con el enfermo (...). La familia juega un rol muy importante, porque cuando la familia no te entiende, no te comprende, no te ayuda, te vive diciendo «levántate de esa cama, deja de estar tirado en un sillón, vení a comer, ¿por qué no comes? si no tenés nada». Porque es una enfermedad invisible, es una enfermedad silenciosa, vos no tenés nada que muestre. (Patricia)

A diferencia de otros sufrimientos que son registrables a través de la observación directa, la opacidad de la depresión reside en que "va por dentro". Si por momentos quienes sufren pueden gozar de los beneficios de ocultar su enfermedad en diferentes escenarios de interacción, en otras ocasiones tiene la desventaja de la falta de entendimiento de los otros. Desde las perspectivas de quienes padecen depresión el intento de suicidio, las autolesiones y las estadías en institutos de salud mental son experiencias que instan a cambiar los marcos de referencia del entorno sobre sus situaciones, al comenzar a considerar que se trata de una enfermedad o problema que requiere de atención especializada. De esta manera, muchas personas entrevistadas sostienen que luego de esas experiencias dejan de despertar sentimientos de disgusto, ira, enojo por sus rasgos de personalidad y pasan a suscitar empatía, lástima, compasión por su enfermedad por parte de los allegados.



Otra forma que aparece con insistencia en los relatos para expresar la invisibilidad de la enfermedad, consiste en utilizar metáforas comparativas. A modo de ilustración, Julián –un contador que ingresa paulatinamente en una profunda depresión cuando estaba por finalizar su carrera– reproduce afirmaciones frecuentes de su madre. Apela a una comparación con problemas físicos para evidenciar el malestar que le provocan las tentativas para que este mejor:

No sabés lo que estresa a un depresivo que el otro te quiera levantar de la cama. «Vamos a levantar el ánimo», vos no sabés lo que estresa eso. Es como alguien que está en silla de ruedas le digas: «levántate, camina». Como que vos lo presiones. Y vos le digas: «ivamos, camina, camina!». Eso te estresa, y eso a un depresivo, que venga alguien común, del mundo exterior y vos estás encerrado en tu cueva. «Vamos al sol, vamos a caminar». (Julián)

Para dar cuenta del malestar que provoca las buenas intenciones de los allegados, la comparación con alguien “en sillas de ruedas” sirve para explicar porque contiene esta dimensión de visible incapacidad. La analogía a la que recuren quienes cuentan sus experiencias, evidencia la diferencia entre un padecimiento perceptible de forma inmediata respecto de la depresión, generalmente imperceptible a través de los sentidos. Por tanto, una de las tensiones y conflictos de los problemas de entendimiento con las personas que padecen depresión es que en apariencia “no tiene nada”, no hay un registro visible que genere legitimidad a su sufrimiento.

La voluntad quebrada

La ausencia de síntomas visibles opera como obstáculo a la comprensión de quienes padecen. Esta invisibilidad está relacionada a que la dimensión que centralmente está alterada es la voluntad. Las enfermedades graves o crónicas suelen provocar un profundo impacto en las identidades de las personas (García, 2014; Recoder, 2011) y las depresiones no son una excepción. La particularidad de estas aflicciones reside en que lo que primariamente se encuentra afectado es la valoración de sí mismo y la voluntad (Karp, 2017;



Svenaesus, 2014). Así, las personas entrevistadas reproducen un conjunto de voces de allegados que se sintetizan en actos de habla que ordenan, piden y/o sugieren: “*es cuestión de poner voluntad*”, “*poné ganas*”, “*si querés, podés*”, etc.

Las personas entrevistadas sostienen que quienes las rodean suelen percibir la falta de voluntad como una decisión personal o una característica intrínseca de quienes sufren. A partir de esta interpretación se derivan valoraciones negativas. Según Rosana, una mujer con un amplio itinerario terapéutico, muchos no entienden que es una enfermedad:

Yo después de tantas veces, he logrado que todos mis hijos y todo mi alrededor se den cuenta que yo no estoy bien, y buscan la forma de ayudarme, de hablar con el médico. Pero yo conozco mucha gente que no entiende que es una enfermedad. O que la persona que está ahí todo el día calladita, está depresiva. No entienden. Creen que es porque no tienen ganas de trabajar. No tenés ganas de nada, se te va la voluntad, el deseo de salir, de arreglarte, todo se te va. Buscas la cama, que te dejen sola en silencio y que nadie te moleste (Rosana).

Según el relato, Rosana luego de un proceso consigue hacerse entender por su círculo próximo. Desde la perspectiva de quienes padecen, los allegados consideran que no tener ganas de trabajar es una cuestión volitiva entendida como electiva respecto de determinado objeto, donde la persona prefiere realizar otras actividades. Es decir, los entrevistados visualizan que el entorno a menudo evalúa sus comportamientos a partir de marcos de referencia morales –como defectos de personalidad– mientras quienes padecen los conciben como de orden médico –síntomas que manifiestan la enfermedad–.

En nuestras culturas terapéuticas (Papalini, 2015) estamos habituados a oír y leer narrativas sobre las enfermedades y su recuperación en las cuales las personas protagonistas, pese a un conjunto de adversidades logra sobreponerse a partir del esfuerzo y la fuerza de voluntad personal. Contrario a las narrativas heroicas, los relatos en tiempos de depresión sugieren el punto de vista opuesto. Así, pese en apariencia a tenerlo todo, el protagonista



sufre, carece de voluntad y fuerzas para mejorar su situación. La entrevista con Leonor, una médica jubilada que combina psicoanálisis con tratamiento farmacológico, ilustra este modo de incompreensión:

La depresión es poco entendida por mucha gente. También esto, como decir: «lo que pasa es que vos no haces tal cosa para salir. Vos tenés que poner voluntad para hacer tal cosa». Pero el asunto es ese, es que vos estas poniendo toda tu fuerza pero no tenés tanta fuerza, ni tanta voluntad, ni soy tan fuerte como pensaba. Yo creía que era fuerte y de golpe sentís que no. Que sos muy vulnerable, que hay cosas ante las cuales sos muy débil y que la inteligencia para eso no sirve para nada. (Leonor)

En el relato Leonor reproduce voces impersonales que señalan lo que tiene que hacer para mejorar. Entre esos “vos tenés” – como orden o consejo de médico lego– presenta el aspecto volitivo. El fragmento evidencia un modo de incompreensión que aparece insistentemente, en el que los allegados recurren a un razonamiento paradójico entre el problema y su solución: la falta de voluntad, ganas y fuerzas se revuelve con voluntad. Desde la perspectiva de quienes padecen los allegados aluden a una especie de “voluntarismo mágico” (Fisher, 2016) en el que el sujeto afectado puede reponerse a sí mismo a través de sí mismo. Este aspecto es el que cuestiona la narradora, puesto que, justamente, es la que la voluntad la que está afectada:

Yo he tenido voluntad en mi vida para un montón de cosas, para todo. Pero cuando yo estoy enferma la voluntad es lo primero que se viene abajo. Justamente, vos te deprimís y una de las cosas que no tenés es voluntad, porque no tenés el deseo o la satisfacción que te producen diariamente las pequeñas cosas o grandes cosas de la vida (Leonor)

Como se expresa en la entrevista de Leonor, desde el punto de vista de quienes padecen depresión las personas que la rodean en ocasiones demandan que ponga aquello que desde su percepción se encuentra afectado: la voluntad. De este modo, responsabilizan del estado emocional al imputarlo a su voluntad como decisión o elección



personal. Para comprender esta dificultad de entendimiento por parte de quienes rodean a la persona que padece, la comparación empleada en el anterior apartado por Julián permite destacar que es la voluntad la que está invisiblemente *quebrada*.

Desviación emocional: Discordancia entre afectos y contextos

Sentir tristeza o frustración ante la pérdida o el fracaso es una experiencia común y considerada socialmente esperable. Pero cuando en el contexto no se perciben factores que ameriten sentirse mal, el cansancio y el desinterés profundo que manifiestan las personas se torna injustificado. Así, otro motivo frecuente de incompreensión reside en la interpretación moral de la inadecuación o disonancia entre las expectativas normativas de lo que hay que sentir y lo que expresan frente a otros quienes padecen depresión. En los relatos observamos que en reiteradas ocasiones existe un periodo de confusión en el que las personas que sufren y quienes la rodean no consiguen atribuir el malestar a ningún factor extrínseco. Cuando no disponen de la etiqueta de depresión, parecen encontrarse mal sin motivos o porque quieren. Por tanto, se considera una angustia ilegítima, dissociada de una patología. Marta, una médica pediatra con extenso recorrido terapéutico en el ámbito de la psicología y el psicoanálisis, expresa esta discrepancia entre la mirada de los otros, su situación y su malestar:

Ya recibida de médica, con tres hijos, tenía todo, pero tenía un gran vacío. Y mucha falta de energía. Una angustia que no se puede describir, una angustia sin objeto. Una angustia sin decir me pasó esto, es por esto. Un malestar general. La vida no me cerraba. Y viste, como te decía todo el mundo, tenía todo para que te cierre. Y, la vida no cierra. (Marta)

En consonancia con los relatos que analiza Ratcliffe (2015), la angustia experimentada no es explicable por ningún objeto. Esta falta de origen y de referencia dificulta la elaboración de un sentido del sufrimiento. El malestar aparece como exageración porque existe una disonancia entre lo que siente y lo que debería



sentir. Por otra parte, la entrevista con Leonor sirve nuevamente para ilustrar este modo de incompreensión de allegados, al aludir a comparaciones con gente situadas en contextos (más) desfavorables:

La mayor parte de la gente no entiende. Porque es muy difícil todo lo de salud mental. Por ejemplo te dicen: «che pero hay gente que la está pasando mucho peor, que se le murió un hijo». Y bueno, sí, ya sé que hay cosas que son mucho peores que la mía. Pero uno no puede vivir la vida del otro. No podés. Yo ya sé que hay gente que está en una guerra. Y que la está pasando muy mal, no es el caso. Mi aquí y ahora es éste. (Leonor)

Leonor reproduce las palabras de otros impersonales que contrastan su situación con personas que están en peores escenarios. Estas voces se basan en el supuesto de que el contexto explica, o es correlativo con, la situación personal. Estos llamados al orden indican que una emoción o estado es inapropiado puesto que como se siente no es lo que corresponde sentir. La depresión es un modo de desviación emocional (Thoits, 1985) de las normas culturales. Pero desde el punto de vista de los entrevistados el problema de comprensión por parte de las personas que las rodean reside en que esta disonancia entre contexto y afecto es concebida como desarreglo moral y no como un problema de orden médico.

Convertirse en enfermo

Otros conflictos consisten en el signo opuesto a los descriptos anteriormente. Así, en vez de la falta de reconocimiento de una enfermedad que justifique evadirse de responsabilidades, alude a la adquisición de un rótulo identitario difícil de abandonar. Esta etiqueta opera como un comodín explicativo aplicable y extensivo a todos los comportamientos de quienes padecen depresión. Así, una vez asumido el rótulo, en tiempos de recuperación, es arduo el trabajo de hacer que desistan de este no solo al interior de instituciones psiquiátricas (Rosenhan, 1973) sino también en el entorno próximo. La etiqueta dificulta volver a ser considerado un *igual* (Goffman, 2015)



Contrario a esa angustia sin objeto, el malestar se torna legítimo –siendo más fácil asumir el rótulo de depresión– cuando suceden eventos imprevistos de carácter trágico que promueven los sentimientos de compasión de los allegados. El rol de enfermo (Scheff, 1999), que exime de los antiguos roles, se sustenta en la complicidad entre los allegados y el que padece. Lo que cuenta Antonella, una mujer que trabaja en aplicar técnicas holísticas aprendidas primero para su propia sanación, es útil para evidenciar estos problemas. Relata que producto de lo que desencadena su primer episodio fuerte de depresión –la muerte repentina del novio– fue apoyada por muchas personas del entorno. No obstante, algunos de estos cuidados y atenciones provocan una comprensión compasiva, considerada perjudicial:

Yo creo que lo hacían de «mirá qué pobrecita» ¿me entendés? Es como que «ay, pobrecita, se le murió el novio, tan bien que se llevaban». Se percibía explícitamente con algunas personas y con otras yo lo palpaba. Y eso no está bueno, el pobrecita no, porque comienza a jugar la cuestión del victimizarse a uno mismo y, obvio, funciona. Yo estuve en ese rol mucho tiempo. Es cómodo, muy cómodo (Antonella)

El término “pobrecita” –que le decían o intuía en las personas que la rodeaban– contribuye al rol de víctima, pero éste no sirve para gestionar una estrategia para salir adelante. Más que estar o tener provisoriamente un sufrimiento psíquico, ser considerado y tratado de enfermo –como condición relativamente inalterable– contribuye a estabilizar el nuevo rol identitario asignado por el entorno significativo.

Otros relatos analizados permiten entrever una inversión causal entre contexto y sujeto. Así, la esencialización del enfermo hace que conflictos preexistentes –que a veces sirven para explicar el origen del malestar– sean considerados por los allegados como causa primordial de los problemas en el ambiente. Por ejemplo, Daia comenta que la depresión se origina en una relación de noviazgo donde la pareja ejercía violencia psicológica y física sobre ella:



Mi malestar cotidiano tenía que ver con este tipo de relación que yo estaba teniendo, digamos. Que, de hecho, cuando empecé la psiquiatra y tomaba los antidepresivos mi pareja me empieza a tratar como que yo estaba loca. Y me sigue culpabilizando aún con más intensidad y ejerciendo ese poder con más intensidad porque yo tomaba antidepresivos, iba a la psiquiatra y estaba loca (Daia).

Ir al psiquiatra y tomar antidepresivos le sirven a su pareja de entonces como formas de estigmatizarla y culpabilizarla. Así, desde la perspectiva de la narradora su ex pareja no considera que es el contexto desfavorable el que explica el malestar, sino el sufrimiento psíquico individualizado el que explica los conflictos. El padecimiento en el cuerpo tiene lugar en la vida misma, como emergentes en contextos de vulnerabilidad (Stival, 2018), y Daia asume esta postura a partir de búsquedas de respuestas al malestar en terapias. En la asunción del rol de enfermo se corre el riesgo de dejar de percibir como un padecimiento transitorio para convertirse en una esencia relativamente inmutable; se pasa de estar con, o en, depresión a ser depresivo.

Conclusiones

En este artículo analizamos los conflictos y problemas de entendimientos por parte del entorno próximo desde el punto de vista de las personas que participan en espacios terapéuticos y sufren depresiones. Desde la perspectiva de las personas entrevistadas las experiencias de depresión conllevan un conjunto de incomprensiones por parte de los allegados.

Desde el punto de vista de las personas que padecen depresión las fuentes de las incomprensiones residen en diferencias en los marcos de referencia empleados por las personas de su entorno. Localizamos conflictos que se sitúan en dos polos extremos de un *continuum* que oscila desde la negación de marcos de referencia médicos a su excesiva aplicación por parte de los allegados. En el primer extremo observamos un no reconocimiento de la depresión como enfermedad. De acuerdo a quienes padecen, estos marcos de referencia hallados desacreditan el sufrimiento. De este modo,



consideran que el entorno realiza una lectura moral de su situación al considerar la falta de voluntad como decisión propia. Estas formas de desvaloración del padecimiento se sustentan en la falta de motivos suficientes para encontrarse mal.

En el segundo extremo de este *continuum* visualizamos que las personas que padecen depresión atribuyen a quienes los rodean esquemas interpretativos que realizan un etiquetamiento estigmatizante al considerar cualquier comportamiento como manifestación de la enfermedad y situarlas en el rol de enfermas. En estos marcos interpretativos el rótulo de depresión conduce a una compasión victimizante y a la estabilización del rol del enfermo. En esta versión la depresión aparece como un estigma que excluye del reino de los normales.

En consonancia con los estudios sobre experiencias de depresión, los relatos obtenidos evidencian que la vida en depresión provoca cambios significativos en las relaciones sociales de las personas. El proceso de aislamiento (Karp, 2017) puede comprenderse –aunque no exclusivamente– a partir de estos conflictos de entendimiento. Las personas que sufren tienden a recluirse porque los allegados en sus intentos por ayudar agravan su situación al interpretar la falta de voluntad como responsabilidad personal, no reconocen la afección o lo tratan exclusivamente como enfermo. Así, estos problemas de comprensión por parte del entorno refuerzan una lógica de des-socialización involuntaria.

Los relatos evidencian un proceso de entendimiento que involucra una negociación de significados entre quienes padecen y el entorno que, en múltiples ocasiones, consiste en el desplazamiento de marcos referenciales morales a médicos. En esta línea, destacamos la relevancia que adquiere la cuestión temporal de las carreras morales y trayectorias terapéuticas de usuarios de servicios de salud mental.

En este artículo situamos el análisis en las perspectivas de quienes reconocen sufrir depresión sobre los problemas de entendimiento por parte de otros significativos. Esta delimitación es también una limitación para comprender los conflictos de comunicación y, por tanto, para profundizar el estudio estimamos relevante tres formas.



A modo de mención, la primera consiste en analizar las dificultades para hacer inteligible lo que les sucede a quienes padecen depresión. La segunda forma implica incorporar las perspectivas del entorno. La tercera consiste en establecer comparaciones con el fin de trazar diferencias y similitudes según género y edades, así como los roles en el universo doméstico (cónyuge, padre, hijo o hermano, etc.). Consideramos que continuar las investigaciones acerca de las experiencias de sufrimiento psíquico, como las depresiones, contribuye a identificar estigmas que obstaculizan la recuperación.

Referencias bibliográficas

- BECKER, H. (2009) *Outsider: hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores. 20(7-8), 239-253.
- BERTAUX, D. (2005) *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*. Barcelona, Ediciones Bellaterra.
- BLUMER, H. (1992) La posición metodológica del interaccionismo simbólico. En: BLUMER, H. y G. MUGNY (Eds.), *Psicología social. Modelos de interacción*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.
- BONE, T. A. (2018) No one is listening: Members of the Deaf community share their depression narratives. *Social Work in Mental Health*, 17(1), 1-22.
- CÔRTEZ, M. (2012) Diabo e fluoxetina: formas de gestão da diferença. Tesis doctoral. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.
- CSORDAS, T. (2013) Inferring immediacy in adolescent accounts of depression. *Journal of Consciousness Studies*, 20(7-8), 239-253.
- FISHER, M. (2016) *Realismo capitalista: ¿No hay alternativa?* Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Caja Negra.
- FLICK, U. (2007) *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, Morata Ediciones.
- FRANK, A. W. (2012) Practicing Dialogical Narrative Analysis. En: J. A. HOLSTEIN y J. GUBRIUM (Eds.) *Varieties of Narrative Analysis* (pp. 33-52). California, SAGE Publications.
- GARCIA, M. G. (2014) Vivir y atenderse con VIH. Narrativas de la enfermedad y la atención médica en mujeres que viven con el virus en el Gran Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*, 5(20), 30-35.
- GLUKHOVA, M. (2020) Strategies for Coping with Depression among Modern Young People (The Case of Students in Helsinki and Saint Petersburg). *Working Papers*, (3),



- 1-151.
- GOFFMAN, E. (2006) *Frame analysis. Los marcos de la experiencia*. Madrid, Centro de investigaciones sociológicas.
- GOFFMAN, E. (2015) *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu.
- GOOD, B. (2003) *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona, Bellaterra.
- GRIPPALDI, E. (2020) La fatiga y los intentos: Un estudio socio-narrativo de personas en tratamiento por depresión en la Ciudad de Santa Fe. Tesis doctoral. Universidad de Buenos Aires
- GRIPPALDI, E. et al.(2017) Narrativas de padecimientos depresivos y consumos de psicofármacos. En: M. RAIDEN y S. GIANNI (Eds.), *Experiencias en investigación en el campo de las sustancias: aportes para pensar las prácticas* (pp. 191-212). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones, Lic. Laura Bonaparte.
- HAROZ, E. et al. (2017) How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature. *Social Science and Medicine*, 183, 151–162.
- JENKINS, J. H., KLEINMAN, A., Y GOOD, B. (1991) Cross-cultural studies of depression. En: J. BECKER & A. KLEINMAN (Eds.), *Psychosocial Aspects of Depression* (pp. 67–99). Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates.
- KANGAS, I. (2001) Making sense of depression: Perceptions of melancholia in lay narratives. *Health*, 5(1), 76–92.
- KARP, D. A., Y WATTS-ROY, D. (1999) Bearing responsibility: How caregivers to the mentally ill assess their obligations. *Health*, 3(4), 469–491.
- KARP, D., Y TANARUGSACHOCK, V. (2000) Mental illness, caregiving, and emotion management. *Qualitative Health Research*, 10(1), 6-25.
- KARP, D. (2006) *Is it me or my meds? Living with Antidepressants*. Londres, Harvard University Press.
- KARP, D. (2017) *Speaking of sadness. Depression, disconnection, and the meanings of illness*. Oxford, Oxford Press.
- KITANAKA, J. (2015) The Rebirth of Secrets and the New Care of the Self in Depressed Japan. *Current Anthropology*, 56(12), 251–262.
- KLEINMAN, A., Y GOOD, B. (1985) *Culture and depression. Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley, University of California Press.
- KORMAN, G., e IDOYAGA MOLINA, A. (2010) *Cultura y depresión. Aportes antropológicos para la conceptualización de los trastornos mentales*. Buenos Aires, Akadia.



- LE BRETON, D. (2016) *Desaparecer de sí. Una tentación contemporánea*. España, Siruela.
- MECCIA, E. (2017) *El tiempo no para. Los últimos homosexuales cuentan la historia*. Buenos Aires, Eudeba y Ediciones UNL.
- MECCIA, E. (2019) Una ventana al mundo. Investigar biografías y sociedad. En: MECCIA, E. (Ed.), *Biografías y sociedad. Métodos y perspectivas*, (pp. 25-62). Argentina, Ediciones UNL y Eudeba.
- MUÑIZ TERRA, L., FRASSA, M. J. y BIDAURI, M. P. (2018) Hacia un encuentro de reflexividades: la entrevista biográfica como interludio del proceso de investigación social. En: PIOVANI, J. I. y L. MUÑIZ TERRA (Eds.) *¿Condenados a la reflexividad? Apuntes para repensar el proceso de investigación social*, (pp. 120-146). Buenos Aires, CLACSO.
- NETO, C. y ALVEZ, F. (2012) A experiência subjetiva com a doença mental o caso da depressão. *Sociologia, problemas e practicas*, (70), 111-129.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2017) Depresión. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- PAPALINI, V. (2015) *Garantías de felicidad. Estudio sobre los libros de autoayuda*. Argentina, Adriana Hidalgo.
- RABELO, M. (1999) Narrando a Doença Mental no Nordeste de Amaralina: relatos como realizações práticas. En: M. RABELO, P. ALVES e I., SOUZA (eds.) *Experiência de Doença e Narrativa* (pp.75-88). Rio de Janeiro, FIOCRUZ
- RATCLIFFE, M. (2015) *Experiences of Depression: A Study in Phenomenology*. Oxford, Oxford University Press.
- RECODER, M. L. (2011) Experiencia de enfermedad y narrativa. Notas etnográficas sobre vivir con VIH/Sida. *Papeles de Trabajo*, 21, 80-98.
- RIDGE, D. et al. (2019) Depression at work, authenticity in question: Experiencing, concealing and revealing. *Health*, 23(3), 344-361.
- ROSENHAN, D. L. (1973) On being sane in insane places. *Science*, 179(4070), 250-258.
- SAMPIETRO, H. M. (2016) Del diagnóstico al activismo, un proceso personal de empoderamiento. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 36(129), 193-207.
- SCHEFF, T. (1999) *Being mentally ill*. Nueva York, Aldine de Gruyter.
- SCHUTZ, A. (2003) *Estudios sobre teoría social*. Buenos Aires, Amorrortu.
- STIVAL, M. (2018) Pueblos originarios, procesos de atención y salud intercultural. Un estudio antropológico de las trayectorias de atención de la salud de grupos domésticos qom del barrio Los Pumitas de la ciudad de Rosario. Tesis doctoral. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- SVENAEUS, F. (2014) Depression and the Self. Bodily Resonance and Attuned Being-in-the-World. En: M.



RATCLIFFE y A. STEPHAN (Eds.),
*Depression, Emotion and the Self
Philosophical and Interdisciplinary
Perspectives*. United Kingdom:
Imprint Academic.

THOITS, P. A. (1985) Self-Labeling
Processes in Mental Illness: The Role
of Emotional Deviance. *American
Journal of Sociology*, 91(2), 221-
249.

WHITAKER, R. (2015) *Anatomía de una
epidemia*. Madrid, Capitán Swing.

