

“Lo que yo quería no era matarme, sino dejar de vivir (...) lo que quería era a favor de los demás”. Más allá de un diagnóstico. Recuperando las voces de un padecimiento silencioso. .

Busaniche Jorge Raúl, Testoni Cecilia y Macedo Ernesto.

Cita:

Busaniche Jorge Raúl, Testoni Cecilia y Macedo Ernesto (2016). *“Lo que yo quería no era matarme, sino dejar de vivir (...) lo que quería era a favor de los demás”. Más allá de un diagnóstico. Recuperando las voces de un padecimiento silencioso. II Congreso de la Asociación Argentina de Sociología. Asociación Argentina de Sociología, Villa María.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-046/142>

“Lo que yo quería no era matarme, sino dejar de vivir (...) lo que quería era a favor de los demás”. Más allá de un diagnóstico. Recuperando las voces de un padecimiento silencioso. Busaniche Jorge Raúl (Antropología), Testoni Cecilia (Terapeuta Ocupacional), Macedo Ernesto (Sociología)

Esta ponencia presenta los primeros avances de un estudio cualitativo de tipo descriptivo sobre construcciones biográficas de personas con consumo problemático de sustancias y padecimientos de síntomas depresivos. Particularmente, el objetivo es abordar una parte específica de dicho estudio. Se busca identificar diferencias y similitudes en construcciones biográficas de las causas que atribuyen los sujetos a la aparición de síntomas depresivos y explorar en esas construcciones, los efectos que producen los padecimientos depresivos en el desarrollo de sus actividades cotidianas. Una de las razones que llevó a dar inicio a esta investigación es la importancia que adquieren en el contexto actual estos padecimientos y la escasa atención suscitada en la investigación empírica en ciencias sociales, particularmente en la región. Las narrativas sobre las historias de vida de los sujetos contribuirán a dilucidar los criterios interpretativos, la percepción de los síntomas y el sentido otorgado por los actores, es decir, el foco de análisis se dirigirá a las maneras de expresar los padecimientos que utilizan sujetos diagnosticados depresivos o que reconocen síntomas depresivos. En función del problema de investigación y los objetivos planteados, la estrategia metodológica que utilizaremos es cualitativa. El método adoptado es el método biográfico en su versión interpretativa, utilizando algunos elementos de la Teoría Fundamentada. En lo que respecta al procedimiento de registro y obtención de los relatos de vida, estos se realizan a través de la entrevista en profundidad. Palabras claves: Padecimiento- Síntomas depresivos - Método biográfico – Construcciones biográficas

Introducción

Hombres y mujeres de distintas edades, creencias, prácticas religiosas y estilos de vida, atraviesan una experiencia similar. Sujetos con trayectorias diversas, reciben del saber experto-psiquiatría, psicología y biomedicina- a través del diagnóstico y la prescripción, la información de que padecen el trastorno mental de la depresión. En este trabajo, se busca identificar algunas de las *causas* que atribuyen los sujetos a la aparición de síntomas depresivos y explorar en esas construcciones los efectos que producen los mismos en el desarrollo de sus actividades cotidianas.

Se considera relevante investigar los padecimientos depresivos ya que afectan a más de 350 millones de personas en el mundo y se incrementaron notablemente en las últimas décadas, incluso hay estimaciones sobre su continuo aumento (OMS, 2012). Cuestión no menor es que permanecen

escasamente estudiadas en el contexto nacional y en la región del Litoral en particular, desde estrategias de investigación propias las ciencias sociales.

El proyecto de investigación en la cual está enmarcada la presente ponencia, pretende indagar el padecimiento mental desde un abordaje interdisciplinario. Bajo el término clasificatorio de depresión se suele agrupar a un conjunto de individuos con diversos estilos de vidas, sistemas de valores y prácticas cotidianas. De este modo, el DMS V¹ en aras de la eficacia clasificatoria tiende a universalizar los síntomas. En este sentido, se considera necesaria una investigación que, sin descuidar las regularidades propias del padecimiento de la depresión, atienda a su vez a las especificidades que narran los sujetos que la padecen. Entonces, la finalidad de la investigación consiste en dar voz a estos actores, puesto que este conocimiento nos permitirá acceder a otros mundos de interpretación y significación.

Este padecimiento no será visto en esta ponencia como el resultado de dificultades personales que le impiden a una persona enfrentar su realidad, como una propiedad del individuo, sino como producto de un conjunto de procesos sociales que explicaría la manifestación de este fenómeno. En este sentido, es que resulta fundamental recuperar algunas voces de aquellas personas que fueron diagnosticadas con este padecimiento.

El planteo del problema, los interrogantes y las discusiones que aquí presentamos tienen que ver con parte de las actividades que venimos desarrollando en el equipo de investigación². Es ineludible remarcar que esta ponencia es sólo una aproximación de carácter general y parcial, la cual será necesario profundizar en próximos trabajos e investigaciones.

Planteo del problema

Recuperamos como ejes teóricos de la antropología médica que es posible identificar diversos registros de producción de significados en torno a los padecimientos. De este modo, nos apropiamos de la distinción conceptual entre "disease" (patología o enfermedad), "illness" (sufrimiento, padecimiento o aflicción) y "sickness" (dimensión social) (Kleinman, 1988). Si bien nos focalizamos

¹ Es importante remarcar que el carácter general de la definición de trastorno depresivo en el DMS V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) conlleva a que los profesionales de la salud interpreten y cataloguen un conjunto diverso de estados anímicos bajo una misma categoría. Un ejemplo claro de ello es la biomedicina, que intenta objetivar y resolver los problemas del padecimiento en términos de la separación del sujeto que lo padece, es decir, apelando a un marco explicativo biológico (individual) al que dota de criterios de universalidad. En otras palabras, el acto médico del "diagnóstico" parece que se convierte progresivamente en un rastreo de signos-síntomas en un organismo despersonalizado por parte de una profesional que, asimismo, se percibe como deshistorizado.

² En el marco del Programa de Becas de investigación "Licenciado Ernesto Coteló 2015-2016" Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo)

en la segunda dimensión -el padecimiento- no desconocemos su vínculo con las restantes. Desde esta perspectiva “enfermedad” refiere a las construcciones discursivas del saber médico y de los profesionales de la salud, mientras que el “padecimiento” remite a la manera de entender el sufrimiento/malestar por aquellos que lo viven personalmente. Bajo este marco analítico, se intenta recuperar la experiencia humana de los síntomas y el sufrimiento.

La categoría construcciones biográficas destaca la perspectiva teórica acerca de la concepción de los relatos. Este concepto refiere a la presentación narrativa de las representaciones de sí mismo en un contexto de interacción. Esta definición implica considerar las narraciones como una construcción dialógica basada en representaciones interactivas en una situación social dada (Chase, 2005; Meccia, 2015). Asimismo, con la categoría construcciones biográficas adherimos al postulado compartido por diversos estudios según el cual el relato articula la dispersión de sucesos vividos otorgándole coherencia y sentido al pasado y al presente (cfr. Feierstein, 2012; Hankiss, 1981; Arfuch, 2010; Ricoeur, 2013). En cuanto al concepto de narración, nos apoyamos en la teoría de Paul Ricoeur. Para este autor, “narrar es decir quién ha hecho qué, por qué y cómo, desplegando en el tiempo la conexión entre estos puntos de vista” (Ricoeur, 1996:146)

Sostenemos siguiendo a Beeman (1985) que la depresión puede ser tratada como sistema de significados y discursos en un contexto comunicativo culturalmente marcado.

A partir, de reconocer que no estamos planteando nada nuevo, presentamos algunos interrogantes que guiarán el proceso de comprensión, recuperación y construcción al que hacemos referencia en esta investigación.

Interrogantes

¿Cuáles son las construcciones biográficas que describen los sujetos con padecimientos depresivos?
 ¿Cuáles son los significados que adquieren estos padecimientos en la biografías de los sujetos? ¿Es posible identificar formas regulares y especificidades en las maneras de contar los síntomas padecidos? ¿Qué estrategias se generan para sobrellevar y/o mejorar esta situación? ¿Qué explicaciones construyen los sujetos sobre las causas y consecuencias de sus padecimientos?

Ante estas preguntas- problemas surge como propuesta metodológica una hipótesis de carácter orientativo, propia de los estudios de investigación cualitativa en ciencias sociales, que sostiene que es posible identificar en las construcciones biográficas un conjunto diverso de representaciones de sí asociadas a los padecimientos de *síntomas* depresivos. En este sentido, se busca identificar diferencias y similitudes en construcciones biográficas de las *causas* que atribuyen los sujetos a la aparición de síntomas depresivos y explorar en esas construcciones, los *efectos* que imputan los sujetos en el desarrollo de sus actividades cotidianas.

Proponemos indagar en la problemática de la construcción de identidades a través de una investigación cualitativa con propósitos descriptivos, basada en categorías provenientes de las ciencias sociales que estudian la salud con el fin de comprender el punto de vista de los actores que se identifican padeciendo malestares depresivos. Consideramos relevante *desplazar* el enfoque de investigación de los estudios científicos de las enfermedades mentales -sus definiciones, las formas de clasificación y de construcción de indicadores- para dirigir el foco de análisis a las maneras de expresar los padecimientos que disponen los sujetos. En este sentido, se tratará de ir más allá de los saberes, los discursos formalizados o las categorías, articulando con las dimensiones de la subjetividad.

Metodología

Coherente a los supuestos de la estrategia cualitativa, se emplea el método biográfico (Sautu, 2004). Como se argumentará, se asumen los postulados del paradigma constructivista (Guba y Lincoln, 1994). Proponemos enfocarnos en los lenguajes del padecimiento y las identidades a partir del método de los relatos de vida, es decir, se utiliza el recurso metodológico de los relatos de vida para contrastar las voces plurales de “personas comunes” que, en nuestro caso, comparten una misma etiqueta clasificatoria de padecimiento depresivo. Esta decisión se basa en que éste método, congruente con el problema de investigación, es apto para reconstruir desde la perspectiva de los actores, situaciones, contextos, comportamientos y percepciones, es decir, no pretenden reconstruir el curso factual y objetivo de lo vivido, sino que buscan relevar las construcciones narrativas de los actores. Consideramos que ni el investigador ni el narrador de su propia historia tienen acceso a lo “realmente vivido”, al curso factual y objetivo de lo vivido, sino a la forma que adquiere la experiencia subjetiva mediada por el lenguaje, los afectos, la memoria, la temporalidad y la presencia de un interlocutor.

Para la consecución de los objetivos específicos se propone utilizar con flexibilidad algunos procedimientos u operaciones de la Teoría fundamentada (Grounded Theory) en la versión constructivista social de Charmaz (2006; 2008). Las estrategias de la Teoría fundamentada que se utilizará son: el método de la comparación constante y, el ya mencionado, muestreo teórico (Soneira, 2006; Andreu Abela, Gracia-Nieto, Pérez Corbach, 2007). De acuerdo con la primer estrategia, simultáneamente al proceso de recolección de datos se procede al análisis de los mismos. De acuerdo con el diseño de investigación flexible el análisis permite una reflexión de la práctica de investigación tal como se está desarrollando, modificando en caso de que se juzgue productivo algunos de los componentes del diseño de investigación.

En relación a los objetivos de la investigación, la “entrevista activa” (Holstein y Gubrium, 1995) constituye la técnica de recolección de datos más adecuada la cual se constituirá en la técnica primordial para este estudio. La capacidad que posee dicha técnica para acceder al universo de las significaciones de los actores la tornan especialmente apta para captar las construcciones biográficas de las personas con padecimientos depresivos. En este sentido, trabajamos con siete entrevistas realizadas a individuos de diferente grupo etario.

Además utilizaremos una técnica complementaria: la línea de vida. Ésta es una herramienta gráfica, en la que mediante dos hojas el entrevistado dibuja una línea temporal desde el pasado, pasando por el presente hasta llegar al futuro, según su estado de bienestar-malestar (Masías-Hinojosa, 2010). Mediante esta técnica se observa la representación de la biografía del individuo, los momentos biográficos considerados significativos (turnings points, carrefours) y, además, facilita la recordación y la clasificación en etapas de la trayectoria vital.

Mediante el uso de categorías construidas en forma inductiva se busca relevar los elementos de que están armadas las tramas narrativas de los sujetos entrevistados en torno los ejes centrales de indagación. En este sentido, algunas de las categorías analíticas que hemos construido son las siguientes: hábitos/rutina/cotidianeidad, padecimiento/el sin sentido, percepción de sí mismo, acontecimientos biográficos, medicación/drogas, entre otras. Es importante remarcar, que algunas de ellas las hemos dividido por sub-categorías. Para la presente ponencia sólo desarrollaremos dos de las categorías: **hábitos/rutina/cotidianeidad y padecimientos.**

Aproximaciones

Algunas construcciones biográficas acerca de las causas que le atribuyen los sujetos a la aparición de síntomas depresivos.

En las entrevistadas se observa la exposición de una diversidad de causas en torno a la constitución de los padecimientos depresivos, situando el comienzo en la infancia, en la falta de comunicación con su familia, inseguridad en las relaciones, deficiencia en la socialización primaria, entre otras.

Belén, 21 años (Estudiante Universitaria): *“creo que de una falta de comunicación, que si bien nadie sabe hablar (...) en mi casa nunca (...) a mí nadie me explicaba nada (...) en la casa éramos fantasmas, pasábamos y nada, estábamos en la mesa y nada, ni una palabra y eso era un retroceso de la comunicación para después poder hacerlo con otras personas”* (Pag 7 de la desgravación)

Lara, 23 años (cineasta): *“Bueno, yo ahora pude entender que tuve muchos problemas que tienen que ver con las inseguridades que tuvieron mis padres en eso que se le llama los ‘afectos primeros’ que recibe un niño. Me doy cuenta que tengo muchos problemas que tienen que ver directamente con*

todo lo que mamá en esa infancia tan agitada que tuve, y me parece que el día que yo resuelva realmente algo es cuando me pueda despegar de eso para verlo desde arriba o desde otro ángulo”
(Min. 1:38:56 al 1:39:32)

Andrea, 28 años (Instructora de Yoga) *“Después de haber transitado todo esto, hoy creo que siempre tuve rasgos porque algo siempre algo te falta, el sinsentido, fue recurrente el sinsentido en mi vida, ¿me entiendes? (...) siempre es como que faltaba siempre cinco para el peso. Y el sinsentido no pasa por el sinsentido mismo, esa es otra cuestión, no pasa por el ‘hay no, no le encuentro sentido’, no, hay situaciones, hechos del mundo, digamos, que no están teniendo sentido, cosas que duelen”*

Continuando, a través de los relatos de las personas entrevistadas, se puede observar la dificultad en la planificación y formulación de proyectos, la falta de energía y motivación mínimas para realizarlos, es decir, no cumplirían en forma satisfactorias con ciertos patrones que se destacan en la sociedad contemporánea como es la noción de proyecto, de motivación, de comunicación, entre otras. En palabras de los entrevistados:

Belén, 21 años (Estudiante universitaria): *“-Sí, frustraciones así, enseguida me frustran las cosas y quiero romperte todo, tirar todo a la mierda (risas). Sí, la brecha es ahí, un pasito y ya está. Me asusto rápido. La facu es el ejemplo que más está ahí. Hay grandes momentos en que me encuentro ausente, ausente en diferentes ámbitos en donde esté (...) y ahí, ahí no siento nada, por eso apatía, así se dice (...) y soy una montaña rusa constante de (...) de inestabilidad”*

“(...) y después de todo la depresión es eso, sentir ganas de morir, no tener expectativas, expectativas a futuro (...) me encasillan a eso, me condenan “bueno, tendencia a la depresión”, o sea, durante mi vida voy a estar ahí al ras de estar depresiva, así de fácil!”

Lara, 23 años (Cineasta): *“Sabes lo que me pasa, que cuando estoy con un amigo o una amiga charlando y me reconoce algo me cuesta mucho creer, creerle. Por ejemplo, che que bien que te salió esto y yo, “sí, bueno...” pero como que nunca tomo esas cosas. Siento que no tengo confianza en lo que hago por eso no, siento que no hay algo que diga me gusta esto de mi”*

Ignacio, 31 años (Estudiante universitario): *“te molesta despertarte, te molesta ir a dormir, te molesta todo, todo lo que querés es estar quieto, creo que un aliciente, es como un reflejo de quedarse quieto, creo que por eso la gente tiende a tirarse en la cama cuando está deprimido, estás quieto, te haces un bicho bolita”*

Andrea, 28 años (instructora de yoga): *“me cuesta levantarme porque me cuesta, digamos, afrontar la mundaneidad”*

En la actualidad, el individuo ocupa un lugar central en las investigaciones sociológicas. En este sentido, resulta interesante para el análisis poner en relación el progresivo aumento de la depresión en el marco del proceso de individualización creciente. La elevada individualización abre a las personas diferentes caminos hacia formas específicas de satisfacción, realización, alegría, bienestar y placer que se asocian con sentimientos de autosatisfacción y realización y otro tipo de recompensas como la adquisición de cierto poder y posesiones o el aprecio de los demás. Estos procesos conducen a responsabilizar a los individuos respecto de sus propios destinos individuales, es decir, el individuo se ve exigido a “hacerse cargo” y a organizar su comportamiento de modo cada vez más diferenciado, más regular y más estable (Elías, 1939:451) Aquí resulta interesante citar a una de las entrevistadas que decía lo siguiente:

Lara, 23 años (Cineasta): *“Aparte, yo hablaba mucho con mi papá en esa época cuando era muy chiquita y él me hablaba siempre de no escaparse de las situaciones. Pero qué se yo, por su resentimiento, me entendes. Le hablaba a una mujer de 8 años como si fuera una mujer de cuarenta. Y me decía ‘Si vos tenes un problema no te escapes, afrontalo’ y yo era re chica”*

Por otro lado, el tener una rutina puede ser visto como una cuestión necesaria para la planificación y formulación de proyectos. Sin embargo, en los relatos de las personas que hemos entrevistado esta aparece como un asunto secundario e inclusive con una carga negativa, y con una expresiva tendencia a “descontracturar” a la misma:

Belén, 21 años (Estudiante universitaria) *“Hacer más cosas nuevas, pero que no sea tanto una rutina, que la rutina en algún momento se descontracture y que no sea rutina, que eso nuevo se vuelva rutina y cortar otra vez eso y seguir haciendo cosas nuevas (...) me gustaría eso”*

Lara, 23 años (Cineasta): *“En realidad todas las cosas que hago surgen muy espontáneamente. Siempre me costó mucho la planificación, incluso cuando estudiaba. El mayor día que tengo rutina, porque de verdad te digo que no tengo rutina, son los días que tengo que ir a la psicóloga y a la psiquiatra. Me molestan bastante las cosas cotidianas. Creo que por eso no puedo estar, establecerme en algo rutinario”*

Andrea, 28 años (instructora de yoga) *“A veces me cuesta muchísimo mi cotidianidad porque me aburro! Como que no podría tener un trabajo como el resto de las personas, no podría trabajar diez horas seguidas, no podría ni seis, ni cuatro en un mismo lugar todos los días”*

Monica, 48 años (profesora Universitaria-Profesional de la Salud) *“Bueno precisamente **la rutina** es algo que a mí me cuesta aceptarlo trato de no caer en la rutina pero...Bueeeno”...*

...No, cambiar todo esto que me surge no, me parece que así es como lo quiero ,yo antes era muy trabajólica ... Adicta al trabajo, adicta al perfeccionismo en el trabajo y entonces eso me hacía muy rígida o sea muy rígida porque estaba buscando la perfección.”

Podemos ver como la estructura de la personalidad de los agentes que sufren este padecimiento se encuentra atravesada desde pequeña por el entramado de relaciones que tiene con su familia y su entorno más cercano (por ejemplo los compañeros de escuela) que serán condicionantes para su devenir e irán estableciendo y dando forma a su carácter personal. Es interesante remarcar que durante el desarrollo de las entrevistas, las personas entrevistadas vuelven permanentemente hacia su pasado, reviviendo situaciones por las que han atravesado durante su infancia y adolescencia que han quedado como marcas indisolubles. Entonces, desde pequeña, las personas entrevistadas se encuentran insertas en distintas redes de relaciones como su familia, escuela, profesionales de la salud, etc., que contribuyen a modelar sus formas de sensibilidad y de pensamiento

- Con respecto a la familia:

Belén, 21 años (Estudiante universitaria): *“sí, hay como bastantes momentos en mi vida, mi relación con mi papá, mi mamá con esa nueva pareja que nunca terminé de cerrar los porqué y las preguntas, y tampoco se las hice (...) hace poco volví a Formosa y yo estaba totalmente decidida de hablar con mi papá y preguntarle “papá ¿Por qué desde un principio vos no pensaste que yo no era tu hija? ¿Por qué salías conmigo y al final terminabas estando con otras mujeres?” Y yo veía cómo aparecía la oficial, por decirle un nombre, y le hacía escenas de celos y yo no entendía nada (...) “¿Vos quisiste estar conmigo alguna vez?” y todas esas cosas, y no lo pude ver, y otra vez y otro año más con esas preguntas arrastrándolas”*

Lara, 23 años (Cineasta): *“Entonces perdí mucho de la infancia porque estaba viviendo en la casa de mi mamá con este hombre que era alcohólico que tomaba y se ponía violento. Y yo tenía que madurarlo rápido y entender. Y además, me sacaban el teléfono porque además no querían que se enterara mi papá. Y si mi papá se enteraba de eso iba y lo cagaba a trompadas digamos. Y bueno, no sé, todos unos mambos oscuros” (risas de ella)*

Ignacio, 31 años (Estudiante universitario): *“En la infancia también tuve ataques de pánico uno o dos con sensaciones parecidas ¿no? todo un proceso de elaboración de la inseguridad, soy un poco hipocondriaco. Son todas cosas que trabajó en mi cabeza que después la vamos a charlar (...) que trabajó en mi cabeza mi vieja”*

* Con respecto a la escuela y los compañeros:

Belén, 21 años (Estudiante universitaria): *“yo además durante todo mi desarrollo nunca me integre por completo, ni en el jardín, ni en la colonia de vacaciones”*

Lara, 23 años (Cineasta): *“En la escuela primaria me pasaba que me sentía muy distinta. Era muy distinta a todos los otros chicos. O sea yo por ahí tenía que estar hasta las 5 de la mañana llorando porque el tipo este se había emborrachado y había roto todos los vidrios de la casa y a las 6 me pasaba a buscar el transporte para ir a la escuela. Entonces era distinta, mis energías eran otras. O sea, en la escuela me iba bien, pero no me sentía bien porque sentía que eran todos muy distintos a mí. No tuve, viste esa situación de compañerismo con alguien. O sea, se generaban cosas lindas, pero es como que mi cabeza estaba dividida entre acordarme que también era una nena y podía hacer cosas copadas y acordarme que a la noche se venía la podrida, digamos. Y bueno eso cambio en la secundaria, porque en la escuela de Arte un montón de gente tiene problemas, así que ya no era un bicho raro (risas)”*

Otra de las cuestiones que se observa en los relatos, es el vínculo que las familias de las personas entrevistadas tienen con este padecimiento y que parece tener una influencia directa-transferible³-en las subjetividades de los agentes que se encuentran atravesados por esta problemática.

Belén, 21 años (Estudiante universitaria): *“siempre me tuvieron en una burbuja para que nadie me toque y yo no tocar a nadie, estaba postrada en un asiento mirando todo y todos los niños jugando (...) y yo me sentía re sensible. Evidentemente mi familia tampoco la estaba pasando bien”*

Lara, 23 años (Cineasta): *“Toda mi familia estaba trastornada con un montón de cosas, todos siempre fueron al psicólogo. En mi familia siempre hubieron problemas. Todos toman Alplax”*

“Pero bueno, recién hace poco tiempo entendí que mi mamá es una persona que tiene muchos conflictos que no resolvió. Obviamente, desde sus 17 años hasta los 21 estuvo presa. Tuvo un hijo

³ Transferible, puesto que algunas disposiciones adquiridas durante el transcurso de ciertas experiencias (familiares, por ejemplo) tienen efectos en otras esferas de experiencia. Por ejemplo, una de las chicas entrevistada nos decía lo siguiente: *Belén, 21 (estudiante universitaria): “(...) y creo que con las inseguridades con la relación amorosa, esta que estoy viviendo, creo que ahí. Muchas cosas que por ahí uno no tiene muy en claro o cosas que arrastra (...) ¡una es la familia! y la sigue reproduciendo cuando uno está con alguien que quiere. Entonces trato de ver eso, pero no sé cómo pararlo y entonces en un poco desesperante (...) y ahí no lo disfruto”*

que conoció a los tres años digamos. O sea, son muchas cosas que aunque parezcan de otro, en realidad me afectan directamente porque en realidad esa mujer es la que me crió en definitiva”

Ignacio, 31 años (Estudiante universitario) “*Te voy a presentar a mi vieja, mi vieja tiene una depresión crónica hace 20 años (risas) o 30 te diría (risas)”*

A modo de cierre. Discusiones Abiertas.

Para señalar un aspecto de los móviles de los interrogantes la observación de los datos epidemiológicos local, que se disponen hasta el momento. Estos indican que los trastornos depresivos afectan principalmente a las mujeres. Según estadísticas recuperadas del Sistema Informático de Centros de Atención Primaria (SICAP) de la provincia de Santa Fe, en el Nodo Santa Fe en el último año - en diversos servicios- del total de personas diagnosticadas con algún tipo de padecimiento depresivo (6259) en el último año, el 77 % son mujeres de más de 15 años. Esta evidencia empírica nos conduce a indagar en próximos trabajos en torno a estos padecimientos en relación al género.

En este sentido, las perspectivas conceptuales centradas en un abordaje histórico de los malestares conciben el proceso salud/enfermedad/atención (Menéndez, 1994:71)-en adelante s/e/a- como un proceso históricamente constituido en el cual se han ido elaborando las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) respecto de los mismos; en el camino de entender, enfrentar, y solucionar problemas de salud.

Teniendo en consideración que este es solo una aproximación al estudio de este objeto, sería interesante para próximas ponencias tener en cuenta algunas otras cuestiones que no la hemos podido desarrollar y que han salido en las entrevistas realizadas, como la relación entre este padecimiento y el género, el papel que juegan los profesionales desde el campo de la salud mental, los significados que tiene la muerte para estas personas, el cuerpo, la pérdida de ciertos capitales, entre otras. En este sentido, queda abierta la posibilidad de que durante el proceso de investigación emerjan nuevos intereses y/o se abandonen otros, se produzcan cambios en las preguntas de investigación, objetivos, etc. (Valles, 1999)

Referencia Bibliográfica

Aguirre Baztá, Á. (2008) “Antropología de la depresión”. En: *Revista Mal-estar e Subjetividade* – Fortaleza – Vol. VIII – Nº 3 – p. 563-601 – set/2008

Ameigeiras, A (2006) “El abordaje etnográfico en la investigación social” En: Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) *Estrategias de investigación cualitativa*, p.p 107-152, Barcelona: Gedisa.

- Andreu Abela, J.; Gracia-Nieto A.; Pérez Corbach A. (2007). *Evolución de la Teoría Fundamentada como técnica de análisis cualitativo*, Centro de Investigaciones Sociológicas, Cuadernos Metodológicos 40, Madrid; 17/51.
- Araujo Kathya (2006) “Depresión: síntoma y lazo social”. En: Wolfgang Bongers y Tanja Olbrich (Comp.) *Literatura, cultura enfermedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Arfuch, E. (2010). *El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Becker, H. (2009). *Outsiders: hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Beeman, W. (1985) “Dimensions of dysphoria: the view from linguistic anthropology”. En: Kleinman, A y Good, B. Edit *Culture and depression*. Berkeley: University of California Press.
- Bertaux, D (2011). “El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades”. *Acta sociológica*. México, Núm. 56. pp. 61-93.
- _____ (1989). “Los relatos de vida en el análisis social”. En: *Historia y Fuente Oral*. Barcelona, Núm. 1, pp. 87-96.
- Brown G. y Harris T. (1978) *Social origins of depression*. London: Tavistock.
- Charmaz, K (2006) *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London, Sage Publications.
- Charmaz, K (2008) “Constructionism and the Grounded Theory Method”. Cap 20. En: Holstein and Gubrium (Eds.), *Handbook of constructionis research*, p.p. 397- 412, New York, The Guildford Press.
- Chase, S. (2005) “Narrative Inquiry: Multiple Lenses, Approaches, Voices”. En: Denzin, N. y Lincoln, Y. (eds.): *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Delory-Momberger, C (2009). *Biografía y educación. Figura del individuo-proyecto*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Ehrenberg, A. (2000) *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Ehrenberg, A. (2004). “Un mundo de funámbulos”. En: Ehrenberg, A (Comp.) *Individuos bajo influencia* (7-28). Buenos Aires: Nueva visión.
- Freidin, B (2014). *Proyectos profesionales alternativos. Relatos biográficos de médicos que practican medicinas no convencionales*. Buenos Aires: Ediciones Imago Mundi.
- Foucault, M (2003) *Historia de la locura en la época clásica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Foucault M (2008) *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Glaser, B. y Strauss, A (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company.
- Guba, E. G. y Lincoln, Y. S. (1994) “Competing Paradigms in Qualitative Research” en Denzin, N. K. y Lincoln, Y. (eds.) *Handbook of Qualitative Research*. California: Sage.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*. Argentina
- Hornstein (2006) *Las Depresiones. Afectos y Humores del Vivir*. Editorial Buenos Aires: Paidós
- Illouz, E (2010). *La salvación del alma moderna. Terapia emociones y la cultura de la autoayuda*. Buenos Aires: Katz discusiones.
- Jones, D., Manzelli, H. y Pecheny, M. (2004). “La teoría fundamentada: su aplicación en una investigación sobre vida cotidiana con VIH/sida y con Hepatitis C”. En: Kornblit, A. L. *Metodologías cualitativas en ciencias sociales*. p.p.47-76. Buenos Aires, Editorial Biblos.
- Klein, I (2007). *La ficción de la memoria. La narración de historias de vida*. Buenos Aires: Prometeo.
- Kleinman (1988) *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Nueva York: Basic Books
- Korman, G. y Idoyaga Molina, A. (2010) *Cultura y depresión*. Buenos Aires: Akadia.
- Kornblit, A (Coord.) (2007) *Metodologías cualitativas en Ciencias Sociales. Modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos.
- Mallimaci F y Giménez Béliveau, V (2006). “Historia de vida y método biográfico”. *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Marradi, A; Archenti, N y Piovani, J. (2007) *Metodologías de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Emecé editores.
- Martínez Hernández, A. (1998) “Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones”. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, , vol. XVIII, n.º 68, pp. 645-659.
- Maxwell, J. (1996) *Qualitative research design. An interactive approach*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Meccia, E (2012). “Subjetividades en el puente. El método biográfico y el análisis microsociológico del tránsito de la homosexualidad a la gaycidad”. *Revista latinoamericana de metodología en investigación social*, Núm. 4, Año 2, pp. 38-51.
- Meccia, E. (2015) “Cambio y narración. Las transformaciones de la homosexualidad en buenos aires según los relatos de homosexuales mayores”. En: *Sexualidad, salud y sociedad*. Núm.19,pp 11-43.
- Mendizábal, N (2006) “Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa” En: Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) *Estrategias de investigación cualitativa*, p.p 65-106. Barcelona:

Gedisa.

Menéndez, E. (1994) “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?”. En: *ALTERIDADES*, 4 (7): Págs. 71-83.

Montesó Curto, P (2008). *Salud mental y género: causas y consecuencias de la depresión en las mujeres*. España: Tesis doctoral.

Organización Mundial de la Salud (2012) *Depresión: una crisis global*. The World Federation for Mental Health.

Quinn Patton, M. (2002) “Two decades of developments in qualitative inquiry”. *Qualitative Social Work* 1(3): 261-283.

Ricoeur, P (2006) “La vida: un relato en busca de narrador”. *Revista Ágora –Papeles de filosofía-* Vol. 25, Núm. 2, pp. 9-22.

_____ (1996) *Sí mismo como otro*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Rose, N (2003) “Identidad, genealogía, historia”. En: Hall, S y du Gay, P (Comps), *Cuestiones de identidad* (pp. 214-250), Buenos Aires, Amorrortu Editores.

Sautu, R (Comp) (2004). *El método biográfico*. Buenos aires, Lumiere.

Soneira, A. J. (2006) “La ‘Teoría fundamentada en los datos’ (Grounded Theory) de Glaser y Strauss” en Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) *Estrategias de investigación cualitativa*, 153-173. Barcelona: Gedisa.

Valles, M (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis sociología.

Strauss, A y Corbin, J (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Bogotá, CONTUS-Editorial

Weinberg, D (2008). “Hacia un entendimiento post-humanista de la adicción”. En: *Política y sociedad*, Madrid, Vol. 45, Núm. 3.