

## «¿Por qué a mí?» narrativas del origen de la depresión en usuarios de servicios de salud mental

(«Why me?»: narratives of the origin of depression in users of mental health services)

Esteban Grippaldi\*

### Resumen

La depresión representa en la actualidad el diagnóstico más frecuente en salud mental, sin embargo se conoce poco sobre las perspectivas de quienes la padecen. Este artículo analiza desde una óptica sociológica las narrativas biográficas del origen de la depresión en personas usuarias de servicios de salud mental en la ciudad de Santa Fe, Argentina. Indaga a partir de relatos de vida en los repertorios discursivos disponibles para dar sentido al malestar: ¿Qué tipo de relatos del origen de la depresión elaboran? ¿Recurren a discursos más biomédicos, psicoterapéuticos, psicoanalíticos o más políticos y contestatarios? Desde las perspectivas de quienes la experimentan: ¿La depresión es independiente de las condiciones externas o es producto de sucesos vividos? En base a estos interrogantes, el artículo presenta resultados de una investigación centrada en el uso del método biográfico a partir del análisis de 42 (cuarenta y dos) entrevistas en profundidad realizadas a personas que auto-perciben sufrir depresión y participan en diferentes espacios terapéuticos.

El artículo describe, en diálogo con resultados de otras investigaciones, una multiplicidad de formas de narrar el comienzo de la depresión. Construye 6 (seis) tipos de narrativas, 2 (dos) centradas en la aplicación de claves explicativas internalistas, 2 (dos) externalistas y 2 (dos) intermedias. Estas formas de dar sentido a la experiencia de depresión localizan el origen en el interior del individuo, en acontecimientos externos perturbadores de la identidad y en una articulación de condiciones externas y subjetivas. En esta patología social de la individualidad las explicaciones se circunscriben al universo privado, centralmente al núcleo familiar. Concluye en que más allá de la diversidad de estilos narrativos de las causas, en estas subjetividades existe una despolitización del origen de la depresión que conduce a una privatización de la experiencia sufrida.

Recibido el 09/12/21  
Aceptado el 18/11/21

\*CONICET / Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales del Litoral - Universidad Nacional del Litoral - CP 3000 - Ciudad de Santa Fe - Argentina.  
Correo Electrónico: estebangrippaldi@gmail.com  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0549-2596>

**Palabras Clave:** Depresión, narrativas, salud mental, subjetividades, usuarios/usuarias.

### **Abstract**

Depression currently represents the most frequent diagnosis in mental health, however little is known about the perspectives of those who suffer from it. This article analyses from a sociological point of view the biographical narratives of the origin of depression in users of mental health services in the city of Santa Fe, Argentina. Inquire from life stories in the available discursive repertoires to make sense of the discomfort: What kind of stories about the origin of depression do they elaborate? Do they resort to more biomedical, psychotherapeutic, psychoanalytic or more political and rebellious discourses? From the perspectives of those who experience it: Is depression independent of external conditions or is it the product of lived events? Based on these questions, the article presents the results of an investigation focused on the use of the biographical method based on the analysis of forty-two in-depth interviews carried out with people who self-perceive suffering from depression and participate in different spaces therapeutic.

The article describes, in dialogue with the results of other research, a multiplicity of ways to narrate the beginning of depression. Construct six types of narratives, two focused on the application of internalist explanatory keys, two externalist and two intermediate. These ways of making sense of the experience of depression locate the origin within the individual, in disturbing external events of identity and in an articulation of external and subjective conditions. In this social pathology of individuality, explanations are circumscribed to the private universe, centrally to the family nucleus. He concludes that beyond the diversity of narrative styles of causes, in these subjectivities there is a depoliticization of the origin of depression that leads to a privatization of the suffering experience.

**Keywords:** Depression, narratives, mental health, subjectivities, users.

## Introducción

En el transcurso de algunas décadas los trastornos depresivos se convierten en el diagnóstico de salud mental más frecuente a nivel mundial (OMS, 2017) y algunos autores los consideran una epidemia (Van Den Bergh, 2013; Petersen, 2011). En el año 2015 la proporción de la población mundial con depresión fue de 4,4% y en Argentina 4,7% (OPS, 2017). Actualmente, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) la depresión afecta a más de 300 millones de personas, es la principal causa de discapacidad y el principal factor que contribuye a las defunciones por suicidio en el mundo.

A pesar de que las depresiones conforman un problema de salud pública de orden global, las investigaciones sobre estas experiencias y, en especial, sobre el origen de las mismas provienen primordialmente de los países centrales. En Argentina son reducidos los estudios en el campo de las Ciencias Sociales que indagan en las subjetividades de quienes la padecen.

Los estudios sociológicos explican el drástico incremento de diagnósticos de depresión mayor en la sociedades occidentales a partir de los procesos sociales de patologización de la angustia y el avance del marketing farmacológico (Wakefield y Horwitz, 2016; Caponi, 2009; Whitaker, 2015). Este esquema basado en la medicalización y farmacologización de la vida cotidiana tiene como eje analítico primordial las prácticas clínicas y científicas y, por tanto, quedan en segundo plano las transformaciones normativas de los estilos de vida y las voces de las personas que padecen depresión.

Las teorías sociológicas contemporáneas –provenientes principalmente de los países centrales– enfatizan en las transformaciones normativas e institucionales para explicar el desarrollo de esta patología social de la modernidad tardía (Keohane et al., 2017; Ehrenberg, 2000). Describen procesos tales como la aceleración (Rosa, 2016), el creciente individualismo y sus concomitantes imperativos de autorrealización auténtica (Petersen, 2011; Peters, 2019), el pasaje de las sociedades disciplinarias a sociedades basadas en la iniciativa individual (Ehrenberg, 2000), el agotamiento individual en sociedades del rendimiento (Le Breton, 2016; Han, 2012) como fenómenos que contribuyen a explicar el crecimiento de la depresión.

A pesar de los innegables aportes de ambos conjuntos de estudios –centrados en la patologización de la angustia y transformaciones normativas de los estilos de vidas–, las experiencias individuales de quienes padecen la aflicción suelen estar ausente u ocupan un lugar marginal. Este malestar social de la individualidad (Ehrenberg,

2013) representa uno de los dominios empíricos que permanecen relativamente inexplorados en el contexto nacional y, por tanto, configuran un terreno fértil para comprender las subjetividades contemporáneas.

Dar sentido a la experiencias de padecimiento es una tarea en la que se involucran la mayoría de las personas que se encuentran afectadas (Kangas, 2001). Es difícil vivir con depresión sin teorizar sobre las causas (Karp, 2017:71). Así, elaboran ideas del origen del sufrimiento, cuentan en qué medida se consideran responsables del mismo y qué podrían haber hecho para evitarlo. Para este trabajo identitario de buscar sentido indagan en las explicaciones disponibles y, en el marco de culturas terapéuticas (Papalini, 2015), se apropian de esquemas interpretativos que ofrecen las terapias. De esta manera, para este propósito las personas entrevistadas aplican a sus relatos biográficos diversos regímenes discursivos que circulan en el espacio público y en las instituciones terapéuticas en las que participan.

Los estudios sociológicos sobre narrativas de enfermedad sostienen que este proceso de dar sentido al malestar personal implica una búsqueda activa de significado en la que se intenta responder a la cuestión: “¿Por qué a mí?” (Frank, 2012). Las narrativas brindan datos sociológicos relevantes porque son la forma que disponen las personas para dar sentido a lo que viven, de poner en orden sus experiencias (Meccia, 2017). Toda narrativa invita a ver el mundo de determinada manera e implícitamente a no verlo de otra (Plummer, 2019). Pero estas narrativas del yo no son elaboraciones individuales creadas *desde la nada*, ni reproducciones que reflejan lo que efectivamente sucede, más bien son co-construcciones que dependen de los recursos y significados que en un momento dado provee la cultura. De este modo, las personas al narrar se nutren de diversos relatos provenientes de una multiplicidad de fuentes informativas.

En este marco, centrado en las narrativas del yo: ¿Qué tipo de relatos elaboran del origen de la depresión las personas que practican terapias en Argentina? ¿Recurren a discursos más biomédicos, psicoterapéuticos, psicoanalíticos o más políticos y contestatarios? ¿Construyen socio-narrativas, neuro-narrativas o una combinación de ambas para explicar el origen? ¿La depresión desde las perspectivas de quienes la experimentan es independiente de las condiciones externas o es producto de sucesos vividos?

En este artículo se abordan estos interrogantes a partir de una investigación empírica sobre narrativas biográficas de personas que auto-perciben sufrir depresión

y practican terapias, realizada en Santa Fe, Argentina<sup>1</sup>. Específicamente, el objetivo del artículo consiste en analizar las narrativas que elaboran los usuarios de servicios de salud mental para dar sentido a los orígenes de sus depresiones. En otros términos, se aboca a la tarea de identificar cómo las personas que asisten a espacios terapéuticos cuentan acerca de por qué padecen esta aflicción.

### **Estrategia metodológica**

Para indagar en las narrativas biográficas de personas que auto-perciben padecer depresión y asisten a terapias se aplicó el *método biográfico*. En esta denominación suelen agruparse diversos estilos de investigación (Meccia, 2019a). Específicamente, en este estudio se recurrió al uso del método biográfico en su vertiente de análisis socio-narrativo de *relatos de vida* (life story) (Meccia, 2017; 2019b). A continuación se esclarecerá a qué se refiere con esta denominación del método.

Afín con la perspectiva conceptual centrada en las narrativas personales, los procedimientos de producción y recolección de datos se centraron en los modos de contar aspectos significativos de las biografías. Epistemológicamente relevar relatos de experiencias es distinto a analizar historias de vida. En otras palabras, en el relato la dimensión objetiva, entendido como lo realmente ocurrido, pierde relevancia frente a la dimensión simbólica relativa al modo de configurar una trama narrativa coherente sobre la biografía. Así, según afirma Meccia:

Los relatos son construcciones que no informan primariamente las «verdades fácticas» de una historia de vida sino las «verdades narrativas» que maneja el narrador. Estas verdades son signo de su identidad, expresan de modos más o menos indirectos sus pertenencias y referencias sociales (Meccia, 2019b:54).

De acuerdo a la cita, la investigación en la que se sustentó este artículo se ciñe a los lineamientos de los *relatos de vida*, puesto que indaga en la trama socio-simbólica de los individuos. En este estudio se priorizó abordar la dimensión subjetiva y, para esta tarea, se analizaron los recursos discursivos que despliegan las personas al narrar determinadas experiencias biográficas. El relato adquirió espesor analítico en sí mismo y, por tanto, no fue necesario recurrir a fuentes secundarias o documentos para cotejar lo narrado. En otras palabras, el análisis se focalizó en los modos de enunciación, sin buscar relevar si lo dicho se corresponde a lo que efectivamente sucede. El acento analítico estuvo centrado en captar la superficie discursiva, es

decir, cómo cuentan en el presente de la enunciación sobre el origen de la depresión en sus vidas.

En consonancia con el método aplicado, se usó la entrevista biográfica (Meccia, 2017; Muñiz Terra et al., 2018) como técnica para la obtención y recolección de datos<sup>2</sup>. Durante la misma el propósito consistió en incentivar a las personas entrevistadas a elaborar o construir una trama narrativa sobre su vida, en relación con sus padecimientos depresivos. Se concibió a las personas entrevistadas como narradoras (Chase, 2015) –en vez de informantes– y expertas de sí mismas (Flick, 2007)<sup>3</sup>.

El análisis de las entrevistas biográficas se basó en la construcción de categorías de segundo grado con el fin de presentar conceptualmente las diferencias y similitudes de los relatos de vida. El trabajo analítico consistió en examinar una multiplicidad de formas de contar sobre el origen de la depresión en base a una polaridad conceptual centrada en fuerzas o factores más internos, por un lado, y más externas, sociales u extrínsecas, por otro. Se elaboró una categoría de narrativa toda vez que se evidenció una idea sustantiva acerca del comienzo de la depresión. Estos constructos conceptuales permiten agrupar los relatos biográficos en torno a nociones compartidas acerca del origen de las depresiones pero no pretenden ser categorías herméticas. Estos tipos de narrativas muestran los modos en que las personas en diversos contextos están habilitadas y tienen competencia para recurrir a recursos narrativos disponibles y válidos en esos espacios (Frank, 2012).

En esta investigación, orientada a explorar una diversidad de narrativas sobre los orígenes de los padecimientos depresivos, se aplicó un *muestreo intencional estratificado* (Flick, 2015: 51). El mismo se realizó en base a la construcción de subgrupos en la muestra para la comparación según el tipo de práctica terapéutica al momento de realizar la entrevista. Estos modos de reordenar el material textual permitieron establecer *afinidades electivas* entre características de los individuos y las formas de narrar. El criterio muestral mencionado se sustenta en el supuesto teórico de que las terapias –en mayor o menor medida– operan como oferentes de significados y lenguajes que son reapropiados por los usuarios para refigurar sus biografías.

El criterio de selección de las personas era que además de percibirse con depresión practiquen determinadas orientaciones terapéuticas al momento de realizar las entrevistas. La muestra quedó conformada por 42 (cuarenta y dos) personas

entrevistadas, que asistieron a más de un encuentro, 9 (nueve) fueron realizadas a personas que practicaban psicoanálisis, 8 (ocho) terapias holísticas, 7 (siete) terapias cognitivo conductual y terapia sistémica, 9 (nueve) a quienes recibían tratamiento psiquiátrico-farmacológica y nueve aquellas personas que pertenecían a de un espacio de rehabilitación psico-social<sup>4</sup>. Además, propio de las investigaciones cualitativas, el análisis de datos se efectuó en simultáneo al trabajo de campo. Las entrevistas se desarrollaron en la Ciudad de Santa Fe entre principios del 2017 y fines del 2019.

### **Múltiples narrativas del origen de la depresión**

En esta sección y en las siguientes se procede a presentar los resultados alcanzados y a su discusión e interpretación a través del contraste con hallazgos de estudios realizados en otras latitudes.

Las personas manejan teorías pluricausales del origen de la depresión y, en varias oportunidades, combinan dos o más tipos de explicaciones. En sus relatos articulan diversas fuerzas para ensayar una respuesta provisoria a la cuestión de “por qué a mí”. En las teorías nativas se encuentran una diversidad de regímenes narrativos que las personas despliegan para hacer inteligible por qué se origina la depresión en sus vidas. De esta manera, se observan múltiples modos de articular lo *interno* y lo *externo*, lo *social* e *individual* o, para tomar prestadas las categorías de los especialistas entrevistados: lo “endógeno” y lo “exógeno”.

Las personas entrevistadas que están implicadas en dar respuestas a sus padecimientos, a menudo, incluyen múltiples perspectivas y potenciales resultados. Disponen de varias formas de narrar los diversos pasados a la luz del emergente presente (Good, 2003). En consonancia con los resultados de la investigación de Kangas (2001) se encuentra que, generalmente, manejan distintas explicaciones que operan como complementarias. En estas narraciones, que Kangas (2001) denomina holísticas, las personas combinan perspectivas sobre la depresión psiquiátricas, psicológicas y sociales.

En los relatos obtenidos se observan explícitos cambios en los marcos referenciales. El régimen explicativo que emplean en la actualidad para dar sentido al origen del padecimiento, probablemente, sea la versión equivocada de mañana. En este artículo se enfatiza en las teorías que *hoy*, en el presente de la enunciación, elaboran las personas entrevistadas. Se construyen 6 (seis) tipos de narrativas, 2 (dos) centradas

en la aplicación de claves explicativas internalistas, 2 (dos) externalistas y 2 (dos) intermedias.

### **La clave está en el interior: narrativas neuronales y de la auto-responsabilidad**

En este apartado se analizan las narrativas biográficas que acentúan u otorgan un valor explicativo primordial a factores individuales u internos para dar cuenta del origen de la depresión. En estos relatos biográficos este malestar se explica por características personales, puesto que las principales causas de la depresión provienen del mismo sujeto que la padece. En estos relatos fuerzas interiores y comportamientos de las personas provocan el malestar. En otras palabras, el origen de la depresión no se asocia –o de forma débil– a fenómenos sociales, políticos o condiciones *externas* a las personas que narran, sino que, por el contrario, remiten a atributos intrínsecos y acciones realizadas por el protagonista.

Las personas entrevistadas que recurren a este estilo de narrativas se apropian de un conjunto de discursos que promueven comprensiones de sí mismos centradas en la interioridad, provenientes principalmente de espacios médicos y psiquiátricos. Específicamente, se diferencian 2 (dos) estilos narrativos en los que la clave explicativa de por qué comienza a sufrir depresión son atribuidas al protagonista del relato, a saber: *narrativas neuronales o neuro narrativas* y *narrativas de autorresponsabilización*.

Las *narrativas neuronales* o *neuro-narrativas* (Martínez Hernández, 2006; 2014; 2017) aluden a un desequilibrio neuroquímico, una predisposición genética, una debilidad de carácter y/o a factores hereditarios que operan como patrones explicativos primordiales del origen de la depresión. En estas narrativas los atributos internos operan como condición necesaria para sufrir depresión ante determinados sucesos. Así, el desempleo, el aislamiento social, las relaciones familiares, el abuso físico o psicológico y la pobreza se convierten en *factores desencadenantes*, en lugar de *causas* (Trivelli, 2014:157).

246

Este estilo de narrativas neuronales o biológicas es al que recurre Paulina –madre de una hija pequeña, casada con un biólogo que al momento de realizar la entrevista ya contaba con un amplio recorrido terapéutico– para contar el comienzo de la depresión. Su relato se sustenta en estudios clínicos que indican un desajuste biológico: “Esta psiquiatra me diagnóstica con depresión. Me da una medicación, me hace hacer estudios de serotonina y de distintos indicadores de neurotransmisores. Tenía siempre baja la serotonina”. A partir de la experiencia con esta profesional



identifica una “línea de herencia femenina en mi familia (...). Entonces parece que sí, que es biológico”. En otro momento de la entrevista dice lo siguiente:

Mi mamá toda la vida nos contó, yo tengo muy claro que ella fue una gran depresiva. Después de cada embarazo se deprimía más. Ahora uno lo asocia con la depresión posparto. Pero también ella tuvo periodos de largas depresiones. Y más o menos en esa época en que yo empezaba, pero sin que yo me entere, mi abuela tenía trastornos obsesivos y empezó a ir a una psiquiatra. Según esta psiquiatra que yo también terminé yendo con ella, hay algo que no están los estudios para comprobarlo. Pero hay una línea visible de herencia. De tres personas de línea femenina con depresiones y tendencias a comportamientos obsesivos (Paulina, psiquiatría, 32 años).

Aunque no están los estudios para comprobarlo, Paulina adhiere a la explicación de la psiquiatra de la herencia de “línea femenina” de depresión y comportamientos obsesivos<sup>5</sup>. El siguiente fragmento del relato permite inferir la relevancia que adquiere la atribución de responsabilidad a factores biológicos o hereditarios:

No sé si es lo que quiero creer, pero creo que tiene mucho componente biológico. Hay gente que es diabética porque le falla no sé qué de la insulina. Hay gente que tiene problemas en la tiroides. Lo mío pasa por otra cosa y regula este sistema de las emociones y de la percepción de la realidad que no está como debería estar en una persona en términos de media. Entonces, al sentir que no era culpa mía, me saqué como una gran mochila de encima. Sigo creyendo que hay algo que por supuesto es un terreno fértil, o no, para que ciertas vivencias lo agraven o lo disminuyan (...). Entonces supongo que ahí el componente cultural, el componente psicológico han ayudado pero el terreno fértil pasa por lo biológico (Paulina, psiquiatría, 32 años).

Por qué creer que es un componente biológico el que explica la depresión. Desde luego, las creencias no son una invención deliberada a conveniencia. Para adherir a este conjunto de consideraciones sobre la herencia es necesario, primeramente, que estos discursos circulen en los contextos donde participan y adquieran verosimilitud al interior de las comunidades interpretativas. Como deja en claro Paulina en su relato, este modo de comprender el origen de la depresión constituye una forma de alivio para el individuo al permitir desculpabilizarse (Kokanovic, et al., 2013). La persona modifica el marco de referencia, es decir deja de ser considerado el malestar desde una clave moral para ser enmarcado como un problema de orden médico, del interior del organismo. “Algo” –en este caso los neurotransmisores– no funciona como debería en términos de la norma esperada. Estos marcos despojan a

las personas que padecen de la vergüenza interiorizada (Ridge y Ziebland, 2012). La narradora recurre al uso de analogías comparativas en las que asemeja la depresión a otras enfermedades asociadas a lo orgánico. De la misma manera de quienes necesitan insulina, Paulina requiere una regulación de la serotonina para su equilibrio, en su caso, se trata de un padecimiento psíquico no merecido.

Además, en el relato de Paulina la dimensión biológica adquiere prioridad explicativa. Pero, no es un determinismo biológico. En efecto, no descarta el papel –aunque menor– que cumple el contexto. Las vivencias agravan o disminuyen ese “terreno fértil”, así, ella que es una ex estudiante de sociología y de antropología tiene una mayor sensibilidad frente a problemáticas sociales. Lo “cultural”, “psicológico” operan como contribuciones menores. En su caso, cuestiones de esta índole constituyen la causa manifiesta o desencadenante de estados depresivos. El conjunto de testimonios que siguen apelan, de diferentes modos, a esta clave narrativa centrada en la dimensión biológica-hereditaria:

Yo pienso que uno hereda la depresión. Porque en mi familia, de parte de mi madre había muchos depresivos, mis tíos muchas veces intentaron suicidarse. Algunos lo hicieron, a otros los salvaron. Me da la impresión de que soy de carácter así (Patricia, psiquiatría, 76 años).

La depresión no era evitable porque tengo antecedentes. La mamá de mi mamá se suicidó. Mi mamá toma antidepresivos, y mi hermano sufrió de psicosis paranoica (Romina, psiquiatría, 29 años).

Es porque es hereditario. Mi mamá tiene, lo que pasa que mi mamá nunca se trató (Gonzalo, psico-social, 44 años).

Siento que las depresiones son, no sé porque se me viene la palabra, química. Es como química en tu cuerpo. No sé de dónde saque esa información. Porque me ha pasado eso también de ponerme a investigar qué es la depresión, qué la causa a la depresión (...). Y también considero que es algo hereditario por así decirlo (Pablo, psicoanálisis, 33 años).

De forma semejante a Paulina, en estos relatos se desarrolla una narrativa centrada en la biología y en la herencia familiar para explicar la depresión. La clave biológica ocupa un lugar destacado para comprender el origen de la depresión y establecer nexos biológicos con integrantes de sus familias. El “carácter” heredado, los “antecedentes” familiares, la “química” en el cuerpo constituyen elementos explicativos de por qué padecen depresión o se perciben como depresivos. En esta forma explicativa la depresión es causada por una susceptibilidad biológica bajo la cual ciertas condiciones o eventos ponen en acción esta predisposición (Kangas,

2001). La inevitabilidad de padecer esta enfermedad elimina la dimensión de la responsabilidad individual.

Este estilo de narrativas, que promueven el saber psiquiátrico y las industrias farmacéuticas, son inusuales en los relatos biográficos obtenidos en la ciudad de Santa Fe, Argentina. En contraste, investigaciones desarrolladas en Estados Unidos (Martín, 2007; Karp, 2017) y en España (Martínez Hernández, 2014) revelan que la creencia de que el cerebro y sus determinantes genéticos se encuentran detrás de los trastornos mentales es asumida por la mayoría de las personas dentro y fuera del entorno médico.

En estas narrativas el factor hereditario explica por la biología lo que sucede en el interior. De la depresión como condición inducida biológicamente se infiere la prioridad –sino la exclusividad– de una búsqueda de resolución farmacológica del malestar que reestablezca el desequilibrio. En estas narrativas no aparecen o adquieren un peso menor las dimensiones sociales del sufrimiento. Los malestares, producto de condiciones sociales, tienden a percibirse como desajustes biológicos (Martínez Hernández, 2006; Fisher, 2016). Las teorías del desequilibrio químico, aunque tengan poca evidencia científica que la respalden, se han propagado al público lego (Whitaker, 2015; Healy, 2015). En esta clave las personas están predestinadas por sus condiciones internas a sufrir de depresión. A su vez, no son responsables éticamente del padecimiento, es decir, la depresión no figura como la consecuencia de desobedecer o incumplir normas sociales.

Las *narrativas de autorresponsabilización* también explican el origen de la depresión a partir del protagonista del relato. No obstante, a diferencia de las neuronales, la atribución de responsabilidad recae en lo que realiza o practica el protagonista. En contraposición a las narrativas anteriores, en vez de una desresponsabilización del padecimiento al atribuirlo a cuestiones intrínsecas incontrolables y heredadas, en estas suele asumirse una culpabilidad y responsabilidad ética.

Para ilustrar este estilo de narrativa en la que la responsabilidad recae sobre la actuación del protagonista, se recupera el relato de Tamara. Esta mujer, proveniente de una provincia limítrofe a Santa Fe, estuvo internada en clínicas de salud mental en varias oportunidades. Aunque pasaron décadas de las acciones que provocaron el malestar continúa sintiéndose responsable. Dice al respecto:

Al pasar el tiempo, uno analiza lo que hace. Te das cuenta de cómo me equivoqué. Es una carga que yo llevo, por más que ya pasó hace mucho, yo

todavía no puedo olvidar el daño que le hice más que nada a mi hijo. Por más que él me diga, «no pasa nada, yo ya me olvidé, quedate tranquila». (...) Eso debería tratar con un psicólogo. Sacarme el peso de encima y no llevarlo a todos lados. Porque el problema en sí no quedó en allá, quedó conmigo (Tamara, psiquiatría, 49 años).

En el relato se asigna responsabilidad por lo que hizo. Son acciones que la narradora considera “equivocadas”, moralmente incorrectas las que provocan su sufrimiento. La culpa reside en hacerle daño a su hijo. La experiencia de depresión suele estar vinculada en algunas ocasiones al autorreproche y a la culpa (Ratcliffe, 2015).

Otro testimonio que ilustra este estilo de narrativas biográficas es el que construye Alina. Esta abogada que asiste a terapia psicoanalítica, relata la crisis que le provoca “renunciar al amor”. Católica practicante se enamora intensamente e inicia una relación afectiva con el padre de la parroquia. El relato biográfico gira en torno a la tensión entre lo que siente por la persona, la contradicción con sus valores y la oposición del entorno a esa relación. La depresión es identificada a partir de la ruptura por iniciativa propia de ese vínculo. Aunque todo “el mundo” se opone a ellos, ella en aquel entonces se siente “plena”, “feliz”, con “fuerza” y “llena de vitalidad”. Pero su situación cambia cuando decide terminar ese lazo:

Yo ese sin sentido lo siento desde el mismo momento en que yo renuncié al amor. Para mí era algo terrible, es algo terrible. Y no lo pude superar. Yo sé que era una situación mala, que era una situación que no se podía dar, que no podía ser. Pero yo desde ese momento, el momento en que renuncié. Di la media vuelta y dije: «no me vas a ver más». Desde ese momento para mí yo me quedé sin sentido (Alina, psicoanálisis, 63 años).

Alina identifica la pérdida de sentido de su vida a partir de una acción personal. Es ella quien renuncia al amor y, por tanto, se auto-atribuye responsabilidad en su malestar. En su relato la búsqueda de resolución del conflicto a partir de una inclinación por el cumplimiento moral la lleva a vivir sin sentido. El siguiente fragmento es ilustrativo de la asignación de responsabilidad en el origen de la depresión:

La depresión comenzó por la gran angustia que sentí, por el gran vacío. ¿Cómo te explico? A ver, cuando vos querés a una persona y de repente sabés que no la vas a tener más y es porque vos tomaste la decisión. No la tomó la otra persona, sino vos la tomaste y vos dijiste: «bueno, esto hasta aquí llego, porque así no se puede seguir». Y después sentís un gran vacío al faltarte esa persona, un vacío muy grande, y empecé a sentirme cada vez más sola, más encerrada en mí misma, más introvertida (Alina, psicoanálisis, 63 años).

En el fragmento de arriba, Alina enfatiza en la agencia individual en poner fin a la relación para explicar el origen de la depresión. Un “gran vacío” que deviene de la ausencia de la persona por decisión propia es lo que da cuenta de su malestar y su asociación a un proceso de cambio en la manera de estar en el mundo. A diferencia del relato de Tamara basada en la culpa y vergüenza por no respetar las normas, en Alina lo que ocupa un papel decisivo para comprender la emergencia de la depresión es el dejar de incumplir con sus postulados morales. En ambos relatos son las acciones promovidas por las protagonistas en determinadas circunstancias las que conducen a sufrir depresión. Si en el primer caso se trata de la culpa de hacer sufrir a otras personas queridas, en el segundo el sufrimiento proviene de ir contra lo que quería para ajustarse a las demandas ajenas.

En las entrevistas obtenidas estas narrativas son infrecuentes para explicar el origen de la primera depresión. No obstante, aparecen con mayor insistencia narrativas autorresponsabilizatorias para explicar las re-caídas a partir del abandono, por decisión propia, de la medicación psiquiátrica. Muchas personas cuentan que en determinado momento asumen que no necesitan de medicamentos, razón por la cual, deciden abandonar el tratamiento farmacológico. Algunas, como en el caso de Lucrecia, dejan la medicación abruptamente y sin la colaboración de especialistas o pares: “El año pasado tuve una recaída terrible por haber dejado de tomar toda la medicación. Tuve una recaída horrible, terrible. Y tuve que volver a tomar medicación de nuevo”. Esta mujer practicante de psicoanálisis y estudiante de medicina de 26 años, afirma que recae por dejar todos los medicamentos psiquiátricos. Es una decisión de ella dejar de tomar la medicación fundamentada en que no quería “depende de la pastilla” para su vida cotidiana.

Estas narrativas biográficas que centran la explicación del origen de la depresión en el interior de la persona se encuentran de modo infrecuente. Las narrativas autorresponsabilizatorias que se apoyan en las categorías de “culpa” y “responsabilidad” disminuyen su antigua relevancia donde el *ethos terapéutico* adquiere mayor influencia (Furedi, 2004).

Las narrativas neuronales y autorresponsabilizatorias guardan similitudes y diferencias entre sí. Aunque ambas narrativas coinciden en el peso de lo individual para explicar el origen de la depresión, difieren en la distribución de la responsabilidad. Así, en las neuro-narrativas los factores hereditarios o biológicos permiten desresponsabilizarse del surgimiento de la depresión. Por el contrario, en los relatos autorresponsabilizatorios la atribución a decisiones y comportamientos

individuales promueve una culpabilidad o responsabilidad por el origen del sufrimiento psíquico. Más allá de estas diferencias, en estas narrativas se recurren a regímenes explicativos en los que el origen de la depresión es entendida a partir de atributos o comportamientos individuales, unos del orden del ser otros del hacer.

### **Entre la fatiga de ser uno mismo y la infidelidad a sí mismo**

Los relatos que siguen presentan conflictos entre la identidad del protagonista y la sociedad o distintos grupos sociales. De diversas maneras, los testimonios expresan la tensión cultural propia de las sociedades tardo-modernas consistente en la aspiración de no ser nada más que uno mismo y la dificultad de serlo (Ehrenberg, 2000: 161). Se presentan dos narrativas del comienzo de la depresión que aparecen con mayor insistencia respecto a las anteriores. Estas son las denominadas: *narrativas de agotamiento* y *narrativas de infidelidad a sí mismo*.

Las *narrativas de agotamiento* refieren a relatos biográficos en los cuales las personas hacen lo que aparentemente les gusta y buscan cumplir o ser coherentes con sus ideales. Los problemas de depresión surgen del exceso por las exigencias auto-impuestas y el estrés del protagonista por ser el mismo o llegar a ser lo que quiere ser. Se trata de las enfermedades de la excelencia (Aubert y De Gaulejac, 1993) o por agotamiento (Van den Bergh, 2013) producto de ideales que persiguen inculcados por los grupos sociales de pertenencia.

Las personas entrevistadas en múltiples oportunidades desarrollan narrativas del origen del padecimiento basadas en el agotamiento del yo o inducido por estrés. El relato biográfico de Tomás, un herrero cuentapropista, ilustra esta forma de autoexplotación y aceleración que conducen al posterior colapso del emprendedor (Peters, 2019). La trama de su historia se centra en cuestiones económicas vinculadas a los estados emocionales. De este modo, el relato gira en torno a sus esfuerzos por progresar económicamente. Constituye uno de las pocas narrativas relevadas que no coloca el énfasis en dimensión familiar sino en las relaciones laborales. Dice:

252

Agarraba todos los laburos (...). Estaba con muchísimo laburo. Me levantaba a las cuatro de la mañana, volvía a las doce de la noche. Dormía tres o cuatro horas. Empecé a estar cada vez más acelerado (Tomás, psiquiatría, 35 años).

La aceleración y posterior caída de Tomás se explica desde su perspectiva por querer progresar económicamente. El relato es afín a la concepción desarrollada por Han

para quien en las sociedades del rendimiento “el hombre depresivo es aquel *animal laborans* que se explota a sí mismo, a saber: voluntariamente, sin coacción externa. Él es, al mismo tiempo, verdugo y víctima” (Han, 2012:30).

Larisa, una joven estudiante de cine y trabajadora en puestos flexibles, también destaca que algunos episodios depresivos provienen de una “sobrecarga de estrés”:

Estuve muy a full, aparte, estudiando, yendo a cursar, un montón de cosas hasta que exploté mal. Como una sobrecarga de estrés pero por el momento que estaba pasando. Y a mí me parece que ese tipo de sobrecarga de estrés, de tensión, etcétera a mí me tienden a la depresión (Larisa, psicología, 23 años).

Estos estados subjetivos están vinculados a contextos o situaciones biográficas particulares, asociadas a un exceso de demandas e imposiciones. De acuerdo a Rosa (2016), esta modalidad de depresión obedece a reacciones individuales, desaceleradoras, frente a presiones de excesiva aceleración.

Por otra parte, Silvia, elabora una historia de agotamiento relacionado con el trabajo y el conflicto de roles con el ámbito doméstico. Esta médica pediatra, que además de practicar psicoanálisis se convierte en analista, cuenta las demandas excesivas sobre sí misma en un periodo histórico singular. Relata lo siguiente:

Estamos hablando en los años ochenta. Porque fue el inicio de la democracia, toda esa alegría. Pero después todo lo que fue económicamente. La hiperinflación de Alfonsín, después el menemismo, los años 90. Fue duro [Risas]. Fue duro porque uno se trató de mantener en una línea de medicina pública. Bueno, una trató de seguir siéndole fiel a algunos ideales de lo cual no me arrepiento. Pero fue un exceso físico y mental muy grande. Y yo por ejemplo, pienso bueno el cuerpo me lo cobró de alguna manera, desde el lado de hacer un ACV, una enfermedad autoinmune, la depresión. Y me dijo pará. (...).Laburé mucho. Por ahí pienso, ese exceso de laburo, no. Y yo consideré que mi vida había sido un gran exceso ante la exigencia a mí misma. (...) Hoy no lo pienso a los excesos que yo creía que eran tantas horas de guardia, tanto trabajo. Yo creo que los excesos eran otros excesos. Que tiene que ver con cómo fue mi palabra. Mis propios dichos para conmigo misma (Silvia, psicoanálisis, 56 años).

En su interpretación de las enfermedades, Silvia considera que las exigencias sobre sí mismas fueron *cobradas* por el propio cuerpo. Los padecimientos que sufre es el modo que tiene el cuerpo de hacerla parar, desacelerar (Rosa, 2016). El trabajo como médica, el permanecer coherente o fiel con sus ideales, el cuidado de los hijos son las dificultades para permanecer siendo ella misma. Su comprensión actual

de sus autoexigencia no corresponde a los esfuerzos por la cantidad de trabajo y actividades, sino, principalmente, por sus palabras y pensamientos sobre ella. Estas patologías son producto de un exceso de positividad, en la que sujeto de rendimiento se encuentra en una “guerra interiorizada” (Han, 2012:19).

Las narrativas de Tomás, Larisa y Silvia presentan explicaciones del origen de la depresión a partir de atribuir responsabilidad a las exigencias que se autoimpone el o la protagonista para progresar, alcanzar fines personales o mantenerse coherente a sus ideales. En sus relatos el personaje en determinado periodo biográfico deviene un sujeto cansado, agotado, incapaz de estar a la altura de sus proyectos. Así, las autoexigencias y estrés conducen a padecer depresión. En estas narrativas el plano de lo familiar pierde relevancia y adquiere protagonismo los proyectos laborales y de formación. En este régimen explicativo el sujeto de rendimiento (Han, 2012) no puede estar a la altura de sus propias metas o está agotado por las dificultades que trae consigo permanecer en la misma posición. En síntesis, este agotamiento o fatiga del yo (Van Den Bergh, 2013; Ehrenberg, 2000; Rosa, 2016) está ligado a la dificultad de la autorrealización y a presión internalizada del rendimiento personal (Petersen, 2011).

La categoría *narrativas de infidelidad a sí mismo* cristalizan una oposición entre el ser auténtico y el cumplimiento de demandas y exigencias de personas concretas y/o grupos sociales. Así, más que el cansancio que deviene de las dificultades de autorrealización, estas narrativas manifiestan la depresión producto de no poder perseguir sus propios deseos por cumplir las expectativas de otros. Un conjunto de constricciones sociales de distinta índole impiden que aflore el verdadero o auténtico ser. Los relatos apuntan al surgimiento de la depresión por una inauténtica subjetividad, denuncian un “falso yo” que surge para hacer frente a las solicitudes de los demás (Ridge, 2018).

Uno de los relatos biográficos que ilustran este modo de explicar el origen de la depresión es el que elabora Mariano. Este terapeuta holista identifica los comienzos de los problemas de depresión cuando trabaja en el casino. En su narrativa de forma recurrente menciona la tensión entre lo que le gusta hacer y quien es en relación a lo que hace y como debe comportarse. Al respecto, destaca:

Empiezo a reconocer cuando estaba laburando en el casino de crupier. Ahí sentí que algo en mi vida no estaba bien. Era como que no estaba siendo fiel con cosas mías, con cosas que realmente me interesaban. Ahí comencé a darme cuenta, mental y emocionalmente sentía cosas muy, muy fuertes, muy,



como esto no está bien. El hecho de no poder ir hacer algo que me hacía sentir bien por ir a trabajar al casino, a comportarme de determinada forma y hacer determinadas cosas que me parecían como muy en contra de lo que yo era afuera. Ahí es cuando comprendí lo que me estaba pasando y que era una cuestión de infidelidad a lo que yo sentía (Mariano, holística, 36 años).

Mariano emplea la palabra “fiel” para explicar cómo se origina su depresión. Esta infidelidad a sí mismo conduce a comportarse de forma contraria a lo que piensa y siente. Las frustraciones se originan en no poder cumplir con la norma de la autonomía que incita a ser nosotros mismos (Ehrenberg, 2000). En semejanza con los resultados de otros estudios desarrollados en Inglaterra y Australia, los participantes describen las presiones laborales como factores que contribuyen a su depresión (Ridge et al., 2019). El imperativo “sé tú mismo” es contradictorio con ser el “yo” que en el trabajo se espera que sea. El relato de Mariano evidencia una tensión entre sus valores y los del lugar de trabajo. En la siguiente frase describe el ambiente laboral que impide ser uno mismo:

Es un ambiente hostil. Primero está el trabajo obvio, porque es así de demandante, por una cuestión profesional y todo eso. Muy sectario, no. Entonces todo lo que está dentro de eso, está todo bien. Todo lo que está afuera de eso, ya no. No podés conectar mucho con lo de afuera. Porque tus horarios, tu vida como es, los lazos que tenés, la forma en la que trabajas, un montón de cosas que te impiden de alguna forma ser vos. Tanto dentro del lugar como consciente o inconscientemente fuera del lugar (Mariano, holística, 36 años).

Otra vez Mariano recurre a la idea de infidelidad para dar cuenta de lo que le sucedía. Al no poder hacer lo que le gusta, al estar absorbido por una institución que promueve valores contrarios a los suyos, tenía la sensación de estar “siempre depresivo”. En consonancia con este estilo de relato, Ignacio, otro practicante de terapias holísticas, emplea la expresión de “infidelidad” consigo mismo para explicar el origen de la depresión. En su relato las presiones sociales que indican cómo se debe ser impiden ser leal a sí mismo:

Muchas presiones sociales. Muchísimas. Ya desde el hecho de que fui criado en una familia católica, en una escuela católica. Desde mi primaria hasta mi secundaria. Mostrándome en esa educación de que había muchísimas cosas que están mal en la vida. De que no se podían hacer o tenías que seguir cierto linaje para tener una conducta de vida dentro de los normales. Todas esas presiones sociales llevan a uno a no ser fiel con uno mismo. Yo tuve que afrontar una

homosexualidad. Darle cuenta al principio que yo era homosexual. Y decía: pero no, está muy mal ser homosexual, como puedo ser homosexual. Qué va a pensar la sociedad, qué van a pensar mis amigos, mi familia. Nadie me va a querer (Ignacio, holística, 29 años).

En el relato de Ignacio, las presiones sociales de las instituciones socializadoras como la escuela llevan a no ser fiel con él mismo. El narrador sostiene que en aquel entonces percibía que estaba desviado de la norma y por eso consideraba que dejaría de ser querido. Para “tener una conducta de vida dentro de los normales” desarrolla un trabajo de ocultamiento de su orientación sexual. De manera semejante a los relatos del *coming out* –narrativas de liberación sexual basadas en *salir del armario* o *closet*–, la persona acepta aspectos identitarios que antes ocultaba (Ridge y Ziebland, 2012). Además, en su relato cuenta que siempre buscaba responder a las demandas:

Empecé a darme de que vivía en una ilusión, de que mi vida no tenía sentido. Era como un impulsor de lo que quería la sociedad. O de lo que querían mi familia o de lo que querían mis amigos. Y nunca me daba cuenta de lo que quería yo. Pasaban días que no me quería levantar de la cama (Ignacio, holística, 29 años).

El relato de Ignacio enfatiza en el peso que conlleva satisfacer las demandas de los otros, ya sea la sociedad en general, la familia, los amigos. Era “un impulsor de lo que quería la sociedad” y, por tanto, no hacía lo que él quería. El actante “sociedad” lo induce a cumplir con el deseo de los otros y descuidar los suyos. La norma de la autenticidad es incumplida por las presiones sociales que hacen ser lo que quieren que sean. También Luisa, una trabajadora social que practica terapias holísticas, sin emplear los términos de fidelidad a otros o infidelidad a sí mismo presenta en su relato como una de las razones del origen de la depresión una idea semejante a las anteriores. Cuenta al respecto:

Para mí es como estar un poco atrapada en eso, en el deber impuesto por la familia, impuesto por la cultura y a veces hay tendencias en uno que van en contra totalmente de esas estructuras, de la familia y de lo que circula (Luisa, holística, 27 años).

Según el relato de Luisa el deber impuesto desde afuera, por la familia y la cultura, obturan las tendencias personales que van en sentido opuesto a esa dirección. Otra vez fuerzas externas impiden al protagonista ser quien es o hacer lo que quiere.

En resumen, en estas narrativas del origen de la depresión lo que conduce al protagonista a sufrir esta aflicción es falsear su identidad para cumplir con un conjunto de mandatos y obligaciones impuestas. Así, no ser fiel consigo mismo es un modo de decir que la persona no logra ser el que verdaderamente es. En este padecimiento de la insuficiencia la persona no consigue seguir la norma de la autonomía (Ehrenberg, 2000) y cumple con las normas y demandas ajenas en detrimento de sus propios intereses. De forma próxima, en las narrativas de agotamiento, las dificultades de ser lo que se quiere ser o permanecer en la misma posición conducen a sufrir depresión. Si las primeras enfatizan en condiciones sociales que no dejan ser el que es, las segundas remarcan en las dificultades, por determinadas condiciones, de *ser alguien* o los conflictos para poder seguir siendo el mismo.

En comparación a las narrativas del apartado anterior, *las narrativas de agotamiento e infidelidad a sí mismo* aparecen insistentemente en los relatos de las personas entrevistadas. Recurren a este estilo narrativo participan de terapias holísticas y, en menor medida, en terapia cognitiva, terapia sistémica y psicoanálisis. Además, están construidas por personas de alto nivel educativo. En síntesis, en estas narrativas las personas que cuentan articulan de formas complejas condicionamientos sociales y deseos personales para explicar el origen de la depresión.

### **La clave está en el exterior: narrativas de desestructuraciones biográficas**

La depresión, cuando no es considerada un aspecto del carácter heredado u adquirido desde los primeros años de vida, suele concebirse en los relatos como una ruptura biográfica o *turning point* (Jones et al., 2007; Karp, 2017). No obstante, en las narrativas que se presentan a continuación otros sucesos previos operan como acontecimientos biográficos (Leclerc-Olive, 2009) que alteran la representación del curso biográfico y conducen a sufrir depresión. En otras palabras, la depresión suele percibirse como un evento desestructurador de la biografía, pero en estas narrativas del origen nuevas condiciones o sucesos operan como fuerzas que desestabilizan la identidad y explican la emergencia del padecimiento.

En estas narrativas el origen de la depresión ocurre por acontecimientos externos perturbadores de la identidad. Se distinguen 2 (dos) estilos narrativos, a saber: *las narrativas producto de una enfermedad* por un lado, y *las narrativas de pérdidas y rupturas de relaciones sociales*, por otro. Para describir y analizar estas formas de narrativas se recupera el relato de Ernesto. Este abogado interesado en teología

y filosofía elabora un relato biográfico de marcada impronta teórica en el que puntualiza definiciones y procesos generales que, luego, son extrapoladas a su biografía. Afirma:

Para mí la depresión es la ruptura de un relato. O sea, lamentablemente por lo menos la forma que tenemos hoy de acercarnos a la realidad es a través de relatos. Bueno, a través de un relato nos conocemos. Entonces llega un momento en que se empieza a resquebrajar y si es muy profundo, la depresión va a ser muy profunda también (Ernesto, psiquiatría, 30 años).

En el fragmento anterior Ernesto realiza una definición de alcance general de la depresión como la “ruptura de un relato”. En la concepción que desarrolla, al derrumbarse el cuento de la propia biografía se cae la identidad. El cuento o relato no se reduce a un fenómeno discursivo, constituye aquello que vincula a las personas con el mundo de determinada forma. Concibe la depresión como un quiebre existencial o ruptura de paradigma en el que los presupuestos básicos acerca de quién se es y cómo son los otros significativos son sometidos a una dramática revisión.

Nuestra vida de la forma en que la vemos hoy está lleno de hitos. De momentos. Nuestras primeras amistades, nuestro primer sueldo, nuestro primer trabajo, nuestra primera novia. Por ahí, si eso no se cumple del todo, puede llevar a la depresión. Te armas un relato de la relación y obviamente que si no se produce o si se produce de manera diferente, puede llevar a una depresión. Porque esa persona no está experimentando como la otra persona tal vez lo ve. Bueno, se está destruyendo su mundo (Ernesto, psiquiatría, 30 años).

El relato continúa con un elevado grado de abstracción, en apariencia estos postulados teóricos y generales son independientes a su experiencia personal. La biografía es cada vez más un “objeto”, algo que aparece en el pensamiento como un “deber-ser” (Meccia, 2019b). En las sociedades modernas las personas se perciben como responsables de sus devenires biográficos y cada vez más la vida se presenta como un proyecto reflejo del yo (Giddens, 1997). Los puntos de inflexión que alteran la “crónica del yo” (Giddens, 1997: 293) y las experiencias humanas frente a situaciones límites provocan una ruptura del orden naturalizado que trastoca los conceptos de sí mismo y producen identidades quebradas (Pollak, 2006). Así, la desestructuración biográfica ocurre cuando por eventos o condiciones externas de diversa índole se interrumpen las imágenes identitarias de sí mismo, es una cuestión de identidad, no de biología. Luego aplica esa *teoría* para explicar sus depresiones:

El primer episodio de depresión fue por mi fe. Y el segundo fue por mi novia, que yo la pensaba como el amor de mi vida, la sigo pensando así. Pero bueno, es como que eso me destruyó totalmente. Porque yo pensaba que con ella iba a lograr muchas cosas. Entonces, se quiebra el cuento. Uno vuelve al medio del mar de nuevo. Me produjo un quiebre existencial de empezar a replantearme muchísimas cosas (Ernesto, psiquiatría, 30 años).

Las afirmaciones generales del relato de Ernesto le sirven para describir lo que le sucede a él. Así, localiza en su biografía dos quiebres del “cuento” que lo conducen a sufrir depresión. Estas rupturas biográficas (Bury, 1982) o quiebres del cuento identitario se producen por eventos o condiciones externas. En las entrevistas obtenidas las principales narrativas de desestructuración biográfica que conducen a sufrir depresión provienen, por un lado, de pérdidas y rupturas de relaciones sociales y, por otro, de enfermedades del protagonista y de allegados. A continuación se presentan fragmentos de relatos que ilustran este modo de explicar el origen de las depresiones:

Al yo verla ir decayendo a mi madre fui decayendo yo. Aparte, cuando ya la trajimos a casa, porque estuvo internada, dejó de comer. Tenía una sonda gástrica. Era como si le había agarrado un ACV, no caminaba, no hablaba casi, no se movía, poco y nada. Veía cosas que no existían. Sácame los sapos, estoy llena de sapos, empezaba a los gritos. Entonces, todo eso, día a día te va poniendo mal (Ángeles, psiquiatría, 58 años).

Yo empecé con depresión hace cuatro años, después de terminar la relación con mi novio. Y después por situaciones que no estaban bien en mi casa, me fui a la casa de la hermana de mi mamá, y el esposo de ella abusó de mí. Y bueno, eso me hundió más, porque fue más profunda la depresión (Romina, psiquiatría, 29 años).

Entré en un estado depresivo muy grande que perdura hasta un año. Yo creo que en un primer momento este estado tuvo que ver con el proceso del duelo, aunque después esta situación de pérdida me llevó a cuestionarme toda mi vida, todo mi ser (Antonella, holista, 28 años).

Lo más triste fue la pérdida que se me ahogó un hijo de dieciocho años, en el noventa y seis, y ahora en el dos mil catorce me mataron un hijo de treinta y cuatro años. Eso fue de la noche a la mañana y entonces esos son dolores con los que uno convive porque son cosas que no te olvidas nunca, yo para mí sigo teniendo cinco hijos (Daniela, psico-social, 62 años).

Los principales sucesos que desestructuran las biografías están asociados a rupturas de pareja y muertes así como enfermedades crónicas y de personas próximas. El conjunto de relatos seleccionados indican cambios en las condiciones de vida –

como la enfermedad de la madre (Ángeles) – o eventos inesperados –abusos intrafamiliares (Romina)– de ruptura de vínculos –separaciones (Romina), muerte de la pareja (Antonella) e hijos (Daniela). Estas nuevas condiciones o eventos son los que ocupan un papel protagónico en la explicación aunque suelen combinarse con otros factores. El acontecimiento trágico se basa en esta dimensión imprevisible o inesperada de la pérdida que altera lo cotidiano (Aguilar y Suárez, 2011).

En esta explicación atribuida a desestructuraciones biográficas, que aparece de forma recurrente, los acontecimientos y condiciones destacados por las personas entrevistadas provienen principalmente del ámbito familiar. Estos resultados obtenidos difieren de otros estudios. Otero (2015) sostiene que en el contexto francés las tensiones familiares están ausentes en la experiencia dolorosa de las personas deprimidas. Por el contrario, las explicaciones obtenidas aluden centralmente al mundo del trabajo. Por otra parte, Kitanaka (2016) describe el modo en que en Japón la depresión deja de concebirse como asunto privado para enmarcarse como un problema público, de carácter político. Un movimiento de trabajadores ha establecido con éxito que la depresión es producida socialmente –afín con las narrativas de agotamiento, una enfermedad inducida por estrés laboral. En el presente estudio, sin desconocer que en algunos relatos los conflictos en el trabajo y la precarización laboral ocupan un papel relevante, se evidencia –contrario a los supuestos de partida– un marcado predominio de sufrimientos cuyos orígenes provienen del universo familiar.

Estas rupturas y pérdidas afectivas producen alteraciones en los proyectos biográficos y en los modos de encontrarse en el mundo. En consonancia con las perspectivas de los participantes en el estudio desarrollado por Kokanovic (et al., 2013), la depresión podría entenderse como una respuesta *normal* a circunstancias de vida desfavorables, por lo que cada individuo es potencialmente vulnerable a la condición de depresión. En definitiva, en estas narrativas un giro biográfico (Leclerc-Olive, 2009) descendente provocado por eventos externos operan como causantes de la depresión.

## Conclusión

En este artículo se analizan un conjunto de narrativas biográficas centradas en el origen de la depresión. Para esta tarea, se construyen categorías de narrativas que ensamblan, de múltiples modos, factores *externos* e *internos*. Se presentan 6 (seis)

modalidades narrativas en las que 2 (dos) enfatizan en claves explicativas internas, 2 (dos) intermedias y 2 (dos) externas.

En primer lugar, se localizan narrativas que enfatizan las dimensiones internas. Las causas de la depresión a partir de claves internas, a diferencia de otros estudios realizados en España (Martínez Hernández, 2014; 2017) y Estados Unidos (Karp, 2017; Martin, 2007) pierden protagonismo. Quizás producto de que las narrativas del marketing farmacéutico no han adquirido resonancia en un contexto donde históricamente el psicoanálisis ocupa un lugar destacado en las culturas psi (Plotkin, 2017).

En segundo lugar, se hallan narrativas intermedias que articulan características subjetivas con condiciones externas. Esta clave explicativa es relevada con mayor insistencia y se caracterizan por destacar las exigencias internas para *ser alguien* o seguir siendo *igual*, así como no poder ser quienes realmente son por tener que cumplir con las demandas e imposiciones de la sociedad. Las personas que recurren a estas formas narrativas suelen ser jóvenes y adultos de alto nivel educativo, profesionales o estudiantes universitarios y practicantes de terapias holísticas y psicoanálisis.

Finalmente, se localizan narrativas centradas en la atribución del origen de la depresión a factores externos. En estas formas de explicación el padecimiento deviene de una desestructuración biográfica a partir de eventos o condiciones externas. En estos relatos un punto de inflexión en la biografía ocasionado por sucesos externos –principalmente pérdidas o rupturas de relaciones sociales y enfermedades– precipitan a las personas protagonistas a sufrir depresión. No obstante, en esta clave externalista los sucesos o condiciones remiten al ámbito privado, principalmente al familiar. Esta manera de explicar el origen de la depresión aparece con insistencia en las entrevistas analizadas. El siguiente cuadro sintetiza las categorizaciones construidas:

**Tabla 1.**

Narrativas del origen de la depresión.

Cláusula global	Denominación de categorías emergentes	Núcleo figurativo
La clave está en el interior	Narrativas neuronales	<i>Atribución de responsabilidad a factores internos no controlables</i>
	Narrativas de autorresponsabilización	<i>Atribución de responsabilidad por sus acciones</i>

Oposiciones entre el protagonista y la sociedad	Narrativas de agotamiento	<i>Excesos de imposiciones y metas</i>
	Narrativas de infidelidad a sí mismo	<i>Presiones y demandas sociales que impiden hacer lo que desea</i>
Desestructuración biográfica provocada por eventos o condiciones externas	Narrativas de pérdidas y rupturas de relaciones sociales	<i>Ruptura biográfica a partir de pérdidas afectivas</i>
	Narrativas de enfermedad	<i>Ruptura biográfica por enfermedades</i>

Fuente: elaboración propia.

En términos generales, las personas entrevistadas suelen ser víctimas de acontecimientos o condiciones externas. No son responsables de enfermarse de depresión, ni capaz de evitarla. La víctima ha estado expuesta de forma involuntaria y no deseada a circunstancias y condiciones que causarían depresión a cualquiera (Kangas, 2001). Así, en múltiples relatos son acontecimientos trágicos e imprevistos los que desestructuran los esquemas para valorarse a sí mismo y al mundo. En otras ocasiones, crecer en un contexto hostil o violento, no elegido por las personas, generan las bases para que se produzca el padecimiento. También adquirir una enfermedad hereditaria basada en un déficit de serotonina conlleva la desresponsabilización del origen del malestar. Por tanto, propio de las narrativas terapéuticas (Illouz, 2010) no suelen atribuirse responsabilidad –salvo escasas excepciones– por la emergencia de la depresión.

Sin embargo, la posición extendida de víctima a diferencia de otros sufrimientos, no conlleva la politización del malestar. Así, se trata de eventos externos, en el que adquieren centralidad las relaciones sociales, pero circunscriptas al ámbito personal o privado. En contraste con hallazgos de investigaciones provenientes de Europa (cfr. Otero, 2015; Petersen, 2011) y Japón (Kitanaka, 2016) –que sitúan las tensiones en el universo laboral– y en sintonía con otros estudios sobre depresión en Brasil (Oliveira, 2015) y sobre padecimientos mentales crónicos en Santa Fe, Argentina (Pussetto, 2019) en las diferentes formas de explicar el origen de la depresión las personas recurren principalmente a sucesos situados en el espacio familiar.

Las personas que se reconocen afectadas por esta dolencia consideran que se trata de un problema de tipo personal, cuyas raíces están dissociadas del modo en que funciona la sociedad, el mundo laboral o la institución familiar. De modo transversal



en estos relatos biográficos se observa una ausencia de politización del malestar. Los eventos externos al sujeto están circunscriptos al ámbito de sus mundos locales. De este modo, esta patología social de la individualidad en Argentina, a diferencia de otros sufrimientos que adquieren resonancia pública y organización política, permanece confinada al espacio privado.

#### Notas

- 1| La investigación a la que se alude refiere a la tesis doctoral (Grippaldi, 2020). Esta recibió financiamiento de CONICET. El autor agradece a todas las personas entrevistadas que participaron del estudio y contaron sus historias.
- 2| Las entrevistas se realizaron previa información de los objetivos del estudio y de acuerdo a la participación mediante Acta de Consentimiento Informado, con el fin de asegurar los derechos de las y los participantes y resguardar sus identidades. El contacto de las personas entrevistadas estuvo mediado, en la mayoría de los casos, por los profesionales del área de salud mental. Los nombres utilizados en este artículo son de fantasía.
- 3| Además de la entrevista biográfica, como técnicas de investigación subsidiarias se realizaron 20 (veinte) entrevistas semi-estructurada y conceptuales (Flick, 2007) a especialistas del área de salud mental. Estas cumplieron un rol secundario respecto al objetivo del presente artículo, ya que sirvieron 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.
- 4| En cuanto al perfil socio-demográfico, la población entrevistada se compone principalmente de personas de sectores medios. Un número elevado de entrevistados/as disponía de obra social y contaba con estudios universitarios. En lo relativo al género, se entrevistó a 29 (veintinueve) mujeres y 13 (trece) varones. Por último, de las 42 (cuarenta y dos) personas que integran la muestra, 27 veintisiete (66%) reportan consumir psicofármacos al momento de hacer la entrevista, mientras que 14 catorce (34%) abandonaron, terminaron o no iniciaron tratamiento farmacológico y solamente un varón participante de estilos holísticos, sostuvo que no consumió psicofármacos como medio terapéutico.
- 5| Otras personas entrevistadas también cuentan, para enfatizar diferentes cuestiones, que sus padres sufrieron o sufren depresión, pero no establecen un enlace genético. Por ejemplo, en el caso de Alina que vive con su madre, una mujer “súper depresiva”, la depresión de la madre es contagiosa. En su narración un contexto depresivo, deprime. A diferencia de Paulina, lo que promueve el relato es la concepción de una transmisión vincular del padecimiento, más allá del parentesco.

## Bibliografía

- Aguilar, M. Á., y Suárez, M. E. (2011) Narrativas y experiencias acerca del sentido de la vida y la muerte: etnografías del dolor y tramas familiares. *Sociedade e Cultura*, 14 (2); 345-355.
- Aubert, N. y De Gaulejac, G. (1993) El coste de la excelencia. Barcelona, Paidós.
- Bury, M. (1982) Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4 (2): 167-182.
- Caponi, S. (2009) Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 13 (29): 327-338.
- Chase, S. (2015) Investigación narrativa. En: N. Denzin y Y. Lincoln (Eds.), *Métodos de recolección y análisis de datos* (pp. 58-112). Buenos Aires, Gedisa.
- Ehrenberg, A. (2000) La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad. Buenos Aires, Nueva Visión.
- Ehrenberg, A. (2013) La santé mentale ou l'union du mal individuel et du mal commun. *Sociologies* [Online]. URL: [journals.openedition.org/sociologies/4505](http://journals.openedition.org/sociologies/4505)
- 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.
- Flick, U. (2015) El diseño de 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, United States, SAGE Publications.
- Furedi, F. (2004) *Therapy Culture. Cultivating vulnerability in an uncertain age*. London, USA and Canada, Routledge.
- Giddens, A. (1997) Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea. Barcelona, Península.
- 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 (Doctorado en Ciencias Sociales). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Han, B.-C. (2012) La sociedad del cansancio. Barcelona, Herder.
- Healy, D. (2015) Serotonin and depression: The marketing of a myth. *BMJ* (Online), 350.
- Illouz, E. (2010) La salvación del alma moderna. Terapia emociones y la cultura de la autoayuda. Buenos Aires, Katz.
- Jones, D., Manzelli, H., y Pecheny, M. (2007) La teoría fundamentada: su aplicación en una investigación sobre vida cotidiana con VIH/sida y con Hepatitis C. En A. L.

- Kornblit (Ed.), *Metodologías cualitativas en ciencias sociales* (pp. 47-76). Buenos Aires, Biblos.
- Kangas, I. (2001) Making sense of depression: Perceptions of melancholia in lay narratives. *Health*, 5 (1): 76–92.
- Karp, D. (2017) *Speaking of sadness. Depression, disconnection, and the meanings of illness*. Estados Unidos, Oxford Press.
- Keohane, K., Petersen, A., y Van den Bergh, B. (2017) *Late modern subjectivity and its discontents*. New York, Routledge.
- Kitanaka, J. (2016) Depression as a Problem of Labor: Japanese Debates About Work, Stress, and a New Therapeutic Ethos. En: J. C. Wakefield y S. Demazeux (Eds.), *Sadness or depression? International perspectives on the depression epidemic and its meaning*. (pp. 55-68). New York, Springer.
- Kokanovic, R., Butler, E., Halilovich, H., Palmer, V., Griffiths, F., Dowrick, C., & Gunn, J. (2013) Maps, models, and narratives: The ways people talk about depression. *Qualitative Health Research*, 23 (1): 114–125.
- Le Breton, D. (2016) *Desaparecer de sí. Una tentación contemporánea*. España, Siruela.
- Leclerc-Olive, M. (2009) Temporalidades de la experiencia: las biografías y sus acontecimientos. *Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, IV (8): 1-39.
- Martin, E. (2007) *Bipolar expeditions. Mania and depression in American cultura*. The United Kingdom, Princeton University Press.
- Martínez Hernández, Á. (2006) La mercantilización de los estados de ánimo: el consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones. *Política y sociedad*, 43 (3): 43-56.
- Martínez Hernández, Á. (2014) La cerebralización de la aflicción. Neuronarrativas de los consumidores de antidepresivos en Cataluña. *Periferias, fronteras y diálogos, Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*, pp. 4346-4355.
- Martínez Hernández, Á. (2017) El secreto está en mi interior». La neuropolítica y la emergencia de las neuronarrativas en el consumo de antidepresivos. En: J. M. Comelles y E. Perdiguero-Gil (Eds.), *Educación, comunicación y salud, perspectivas desde las ciencias humanas y sociales* (pp. 305–320). Tarragona, Publicacions Universitat Rovira i Virgili.
- Meccia, E. (2017) *El tiempo no para. Los últimos homosexuales cuentan la historia*. Buenos Aires, Eudeba y Ediciones UNL.
- Meccia, E. (2019a) Una ventana al mundo. Investigar biografías y sociedad. En: E. Meccia

- (Ed.), *Biografías y sociedad. Métodos y perspectivas* (pp. 25-62). Argentina, Ediciones UNL y Eudeba.
- Meccia, E. (2019b) *Cuéntame tu vida. Análisis sociobiográfico de narrativas del yo*. En: E. Meccia (Ed.), *Biografías y sociedad. Métodos y perspectivas* (pp.63-96). 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 J. I. Piovani y L. Muñiz Terra (Eds.), *¿Condenados a la reflexividad? Apuntes para repensar el proceso de investigación social* (pp. 120-146). Buenos Aires, CLACSO.
- OMS (2017) *Depresión*. Recuperado el 9 de enero de 2021, de [www.who.int/topics/depression/es/](http://www.who.int/topics/depression/es/)
- OPS (2017) *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington D.C, Organización Panamericana de la Salud.
- Oliveira, V. (2015) *Curar a própria história. Uma análise sociológica da Terapêutica da depressão*. Tesis (Doutorado em Sociologia). Brasília, Brasil, Instituto de Ciências Sociais, Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília.
- Otero, M. (2015) El «éxito» de la depresión como figura emblemática de las tensiones sociales contemporáneas. *Revista Tempora*, (18): 59–73.
- Papalini, V. (2015) *Garantías de felicidad. Estudio sobre los libros de autoayuda*. Argentina, Adriana Hidalgo.
- Peters, G. (2019) *O novo espírito da depressão : imperativos de autorrealização e seus colapsos na modernidade tardia*. Comunicación presentada en 19º Congresso Brasileiro de Sociologia, Florianópolis, 9-12 de julio de 2019.
- Petersen, A. (2011) *Authentic self-realization and depression*. *International Sociology*, 26 (1): 5–24.
- Plotkin, M. (2017) *El psicoanálisis como sistema de creencias*. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, (24): 1-16.
- Pollak, M. (2006) *Memoria, olvido, silencio. La producción social de identidades frente a situaciones límites*. La Plata, Al Margen.
- Plummer, K. (2019) *Narrative power: the struggle for human value*. Cambridge, Polity Press.
- Pussetto, L. (2019) *¿Qué hacen con su dolor? Un estudio socio-biográfico de relatos de mujeres bajo diagnóstico psiquiátrico crónico*. Tesis (Licenciatura en Sociología), Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, Facultad de Humanidades y Ciencias.
- Ratcliffe, M. (2015) *Experiences of Depression: A Study in Phenomenology*. United Kingdom, Oxford University Press.

- Ridge, D., y Ziebland, S. (2012) Understanding depression through a “coming out” framework. *Sociology of Health and Illness*, 34 (5): 730–745.
- Ridge, D. (2018) Making sense of the evolving nature of depression narratives and their inherent conflicts. *Subjectivity*, 11 (2): 144-160.
- Ridge, D., Broom, A., Kokanovič, R., Ziebland, S., & Hill, N. (2019) Depression at work, authenticity in question: Experiencing, concealing and revealing. *Health*, 23 (3): 344-361.
- Rosa, H. (2016) Alienación y aceleración. Buenos Aires, Katz.
- Trivelli, E. (2014) Depression, performativity and the conflicted body: An auto-ethnography of self-medication. *Subjectivity*, 7 (2): 151-170.
- Van den Bergh, B. (2013) Self-fulfillment or self-erosion? Depression as key pathology of late modernity. En: *Rethinking Madness* (pp. 87–109). Leiden: Brill.
- Wakefield, J.C y Horwitz, A. V. (2016) Psychiatry’s Continuing Expansion of Depressive Disorder. En: J. C. Wakefield y S. Demazeux (Eds.), *Sadness or depression? International perspectives on the depression epidemic and its meaning*. (pp. 173-204). New York, Springer.
- Whitaker, R. (2015) *Anatomía de una epidemia*. Madrid, Capitán Swing.