



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**HACIA UNA COMPRENSIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD
NARRATIVA A PARTIR DE LA EXPERIENCIA DE DIAGNÓSTICO EN
DEPRESIÓN**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos

MARÍA RENEÉ SERRANO DELGADO

Profesor Guía:

Paula Vergara

Profesor Co-Guía:

Javiera Duarte

Informantes:

Augusto Zagmutt

Santiago de Chile, 2021

**HACIA UNA COMPRENSIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD
NARRATIVA A PARTIR DE LA EXPERIENCIA DE DIAGNÓSTICO EN
DEPRESIÓN**

RESUMEN

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), la depresión afecta a más de trescientos millones de personas, lo que equivale a un 4% de la población mundial. El trastorno de la depresión está relacionado a una variedad de factores, neurobiológicos, sociales y culturales. No obstante, aún no hay estudios sobre la experiencia de recibir un diagnóstico en depresión y cómo a partir de ese momento se va construyendo la identidad narrativa de las personas.

El presente estudio es una investigación cualitativa de diseño fenomenológico, que utiliza como herramienta de recolección de datos la entrevista de elicitación. La aplicación de esta entrevista orienta a los entrevistados hacia una posición de encarnado al momento del diagnóstico en depresión, permitiendo acceder a dimensiones sensoriales, cognitivas y emocionales. Los resultados del análisis de nueve entrevistas permiten una comprensión de la construcción de la identidad narrativa en la evolución dinámica de la construcción del diagnóstico en depresión.

Esta investigación es un aporte a la psicología clínica y a los terapeutas que cuentan con información valiosa para enfrentar procesos de psicoterapia, como también abre la posibilidad de nuevas investigaciones dentro del modelo Constructivista Cognitivo y la Fenomenología en torno a la depresión

Palabras Clave: Depresión, Diagnóstico en Presión, Experiencia Subjetiva, Identidad Narrativa

DEDICATORIA

A mis hijas Camila e Isabel, a quienes amo profundamente.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a mi profesora guía Javiera Duarte, quien me acompañó durante todo este proceso, desde un profesionalismo impecable.

A mis hijas Camila e Isabel, que fueron mis fieles compañeras durante todo este proceso. Son fuente de energía y un bálsamo para mí. A Ivar que siempre cuida de mi.

A mi amiga Marga, que durante todo este proceso siempre me acogió en su casa, siendo un refugio de calma y ternura para mi.

A los profesionales que fueron un puente de contacto con los participantes de este estudio.

A todas las personas que participaron de esta investigación, por compartir parte de sus vidas. Gracias por toda la generosidad y confianza.

EPIGRAFE

De viaje, enfermo.
Mis sueños errabundos
sobre un erial

(Matsuo Basho, 1694)

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Pregunta de Investigación.....	3
2. OBJETIVOS	4
2.1. Objetivo General:	4
2.2. Objetivos Específicos:.....	4
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1. Depresión.....	5
3.2. Enfoque Constructivista	11
3.2.1. El constructivismo cognitivo en la construcción de la psicopatología	13
3.3. La fenomenología	14
3.3.1. Fenomenología del lenguaje y tiempo.....	15
3.4. Identidad Personal	17
3.4.1. Identidad Narrativa	20
3.4.2. La identidad narrativa y el diagnóstico en depresión	22
4. MARCO METODOLÓGICO	25
4.1. Consideraciones éticas	25
4.2. Participantes	25
4.3. Procedimiento de recolección de datos	26
4.4. Análisis de datos	29
5. RESULTADOS	31
5.1. El camino hacia el diagnóstico en depresión y la construcción de la identidad narrativa en la experiencia subjetiva en el diagnóstico en depresión .	31

5.2. Estructura genérica diacrónica de la construcción de la identidad narrativa en la experiencia subjetiva en el diagnóstico en depresión.....	33
5.2.1. Fase 0: Señales de alarma.....	33
5.2.2. Fase 1: Pedido de ayuda.....	36
5.2.4. Fase 3. La narrativa emergente en personas con diagnóstico en depresión	42
5.2.5. Fase 4. Proceso de asimilación del diagnóstico en depresión.....	46
5.3. Una dimensión sincrónica en la experiencia subjetiva en el diagnóstico en depresión	52
6. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN.....	59
6.1. La inmanencia en la experiencia subjetiva del diagnóstico en depresión.	59
6.1.1. Un puente hacia los fármacos:	60
6.1.2. Encuentro entre la intensidad emocional y la razón:.....	60
6.1.3. El Alivio:.....	61
6.1.4. Resistencia al diagnóstico:	61
6.2. Hacia la construcción de la identidad narrativa dentro de los márgenes de diagnóstico en depresión.....	62
6.3. ¡La constante ambigüedad de ser yo! Asimilando el diagnóstico en depresión.	64
6.4. Consideraciones Clínicas.....	67
6.5. Limitaciones	68
6.6. Futuras investigaciones	68
7. BIBLIOGRAFÍA	70
8. ANEXOS	78

8.1. Anexo I: Pauta de Entrevista - Experiencia Subjetiva en el Diagnóstico en Depresión	78
8.2. Anexo II: Carta de Invitación anexo de Autorización de Datos de Contacto	79
8.4. Anexo IV: Pauta de Entrevista - Experiencia Subjetiva en el Diagnóstico en Depresión	84

1. INTRODUCCIÓN

Lo que hoy en día se conoce como depresión, es ineludiblemente la herencia que dejó Emil Kraepelin (1856- 1926), quien estableció las bases de lo que hoy se entiende como las clasificaciones diagnósticas del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM V (APA, 2013). Sin embargo, el término “depresión” es un término acuñado por Jean Esquirol en el Manual Práctico de Medicina Mental de Régis. Los últimos trabajos creados por Emil Kraepelin describen una noción inclusiva de todas las formas de depresión y manía, además de incluir los criterios psicopatológicos, clínico - descriptivo y el pronóstico de los trastornos mentales. Fue tan grande este aporte que después de su última publicación, solo se ha hecho una fragmentación y análisis de los trastornos afectivos (Berríos, 1996). A partir de este aporte al mundo de las ciencias médicas y psiquiatría, se publica en 1952, la primera versión de Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales – DSM I, lo que hoy es un modelo ateorico que impone los criterios de diagnóstico para depresión y otros trastornos del ánimo (Botto, Acuña & Jiménez, 2014).

Según datos entregados por la Organización Mundial de la Salud (2017), más de trescientos millones de personas en el mundo sufren de depresión, lo que equivale a un 4% de la población, sólo en Chile, con datos otorgados por el MINSAL a la OPS, existen 850.000 personas mayores de 15 años que sufren esta enfermedad, identificándose una mayor prevalencia en mujeres que en hombres (OPS/2017). Este persistente incremento en el diagnóstico en depresión ha puesto en cuestionamiento a la Asociación Americana de Psiquiatría, la que, a través del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales – DSM V (2013), trata de resolver los problemas de validez y confiabilidad del diagnóstico, basado en un modelo categorial que no siempre encaja dentro los límites de un trastorno depresivo o de un único trastorno mental (Echeburúa, Saberría & Cruz-Sáez, 2014).

Se abre entonces, la oportunidad de explorar la vivencia de personas que padecen de este trastorno. En este sentido, Raskin & Lewandowski (2000) proponen

conocer sobre las demandas terapéuticas de las personas, que muestra una marcada tendencia a consultar por problemas derivados de una mayor intolerancia al sufrimiento, la infelicidad e insatisfacción personal que no necesariamente constituyen trastornos mentales propiamente tal, pero sí están instalados en la narrativa de las personas.

En este sentido, se ha prestado poca atención al significado de la depresión, la importancia de la subjetividad del individuo enfrentado a sí mismo como sujeto diagnosticado clínicamente depresivo. Por lo tanto, la depresión es una experiencia personal y compleja, en la que el diagnóstico juega un papel relevante al permitir que el sujeto pueda reconocer su problema como algo real, validado por un otro representativo, como lo es un profesional en salud mental (Lewis, 1995). En la misma línea, el diagnóstico en depresión, tiene una importancia crítica, este agrega una etiqueta oficial, es un punto de referencia de doble filo que, por un lado impone márgenes a una enfermedad mental específica que permite definir una variedad de comportamientos y sentimientos que antes no tenían nombre, siendo, por tanto, un elemento de reorganización personal, mientras que por otro lado el diagnóstico sugiere la posibilidad de que el trastorno depresivo pueda tratarse y que el sufrimiento pueda disminuir (Karp,1994). En este sentido, el diagnóstico en depresión y la sintomatología descrita, es más que un diagnóstico estático y categórico, sino un proceso siempre en movimiento (Petersen & Madsen, 2017), que considera una experiencia individual y diferente a las otras personas, y que cada persona está activamente involucrada a darle una propia significación y perspectiva a su padecimiento (Lewis, 1995).

La presente investigación pone foco precisamente en esto último, considerando que el diagnóstico en depresión es un proceso en que los sujetos participan activamente, generando movimientos de cambio en la identidad personal y narrativa. Para Botella & Gámiz (2011), las narrativas psicopatológicas están ligadas a la construcción narrativa, como formas humanas de pertenecer y relacionarse con el mundo, acompañada de una experiencia subjetiva de poca claridad y agencia personal, como si la propia identidad narrativa, los hubiera

empujado a un estado de impotencia. En la misma línea, Karp (1994) añade que la depresión unipolar es una enfermedad que está relacionada con la autoevaluación, la redefinición y la reinterpretación de identidades pasadas al mismo tiempo que intentan construir nuevas identidades, generando puntos de inflexión críticos en su propia identidad. En este sentido y, no obstante, a todos estos esfuerzos realizados por ordenar y categorizar la sintomatología depresiva, poco se ha estudiado sobre la experiencia subjetiva en el diagnóstico en depresión, de las complejidades inherentes al diagnóstico, la evolución del diagnóstico en depresión y el impacto que éste tiene en las personas, provocando cambios en la identidad personal y narrativa.

1.1. Pregunta de Investigación

La presente investigación da cuenta del proceso de construcción de la identidad narrativa a partir de la experiencia subjetiva en el diagnóstico en depresión. La pregunta que guía esta investigación es:

¿Cómo se construye la identidad narrativa en pacientes con trastorno en depresión a partir de la experiencia subjetiva del diagnóstico?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General:

Comprender cómo se construye la identidad narrativa en pacientes con trastorno en depresión a partir de la experiencia subjetiva del diagnóstico.

2.2. Objetivos Específicos:

- Identificar elementos centrales de la experiencia subjetiva al momento del diagnóstico en depresión.
- Identificar nuevos elementos emergentes en la identidad narrativa de los pacientes con diagnóstico en depresión.
- Describir el proceso de asimilación en la comprensión del diagnóstico en la experiencia subjetiva en el diagnóstico en depresión.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Depresión

Las actuales nociones de depresión y manía datan de la segunda mitad del siglo XIX, surgiendo de la transformación de los conceptos de melancolía y manía a partir de la psicología de las facultades¹, el modelo anátomo-clínico de la enfermedad, y la inclusión de la experiencia subjetiva dentro de los trastornos mentales (Berríos, 1996). El término “manía”, fue utilizado para referirse a la “locura completa”, como clasificó Pinel (1745-1826) en el Tratado Médico- Filosófico de la Enajenación de Alma o Manía² de comienzos del siglo XIX, cuyas características eran la ira, la excitación y/o la pérdida de control (Luque & Berríos, 2011). La semiología de los trastornos afectivos fue evolucionando hacia el siglo XX desde una visión intelectualista, más que desde la naturaleza de los componentes vivenciales que involucra: sentimientos, emociones, pasiones, humor y afecto (Berríos, 1996).

Hacia la mitad el siglo XIX, el término “melancolía”, fue rebautizado como “depresión” en el Manual Práctico de Medicina Mental de Régis³, que sustituyó términos como, monomanía, lipemanía o Esquirol, término acuñado por el francés J.E. Dominique Esquirol⁴. Depresión, proviene de la medicina cardiovascular, cuya

1 Psicología de las facultades: Doctrina psicológica, que se formaliza y explicita en el siglo XVIII. Su desarrollo se atribuye al filósofo alemán, Christian Wolff (1679-1754), quien sostenía las facultades básicas son el conocimiento, el sentimiento y la voluntad (Domínguez, 2019)

² Tratado médico-filosófico de la enajenación mental fue escrito por Felipe Pinel en 1804, libro en que clasifica las enfermedades mentales o vesanías en melancolía simple, manía demencia e idiocia.

³ Emmanuel Régis (1885-1918), médico psiquiatra francés, cuya obra más importante escrita por él fue “Manuel pratique de médecine mentale” en 1885, en el que aparece el término “depresión”, como estado opuesto a la excitación.

⁴ Jean Étienne Dominique Esquirol (Toulouse-Francia, 1772-1840), médico psiquiatra, alumno de Philippe Pinel

sintomatología estaba asociada a la disminución de la actividad general, abatimiento anímico, falta de valor o iniciativa y tendencia a albergar pensamientos tristes (Berríos, 1996).

Para el siglo XX, el concepto de “la manía” se fue comprimiendo hasta quedar como una “Psicosis funcional”, caracterizada por la aceleración patológica del flujo de ideas, inquietud motora, escaso número de delirios y ausencia de síntomas que confirmen una enfermedad orgánica del cerebro (Luque y Berríos, 2011). Asimismo, esta reducción conceptual dio lugar a un subtipo de “la manía”, cuyas características reflejaban un estado general de tristeza, debilidad mental, miedo y delirio sin fiebre, como fue descrita por Robert Burton (1547-1640).

Ambos conceptos, manía y melancolía en su estado de insanía, serán reunidos durante el mismo siglo XX, por Emil Kraepelin (1856-1926). La manía sería descrita en la presencia de fuga de ideas, exaltación e hiperactividad, mientras que, para la melancolía, las características serían: inhibición de pensamientos, depresión de los sentimientos e inhibición psicomotriz (Cobos, 2005).

Lo que hoy se conoce como la psiquiatría actual, es ineludiblemente herencia de Kraepelin, quien estableció las bases de las clasificaciones diagnósticas del Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales – DSM V (APA, 2013); (Caponi, 2010). Este sistema de clasificación avanzó después de la segunda mitad del siglo XIX hacia nuevas categorías de alteraciones mentales que clasifica en dos categorías: las curables, entre ellas, la manía, melancolía, delirio y estados agudos de agotamiento; y las incurables como la locura periódica circular y el delirio crónico (Cobos, 2005).

En la octava Edición de su Tratado de Psiquiatría⁵, Kraepelin, crea una noción inclusiva de todas las formas de la depresión y manía, además de incluir tres criterios: el psicopatológico, el clínico-descriptivo y el pronóstico, consolidando su trabajo de investigación. Este aporte fue tan significativo que después de la publicación de esta última edición, sólo se ha hecho una fragmentación y análisis actualizado de esta misma noción de los trastornos afectivos (Berríos, 1996): lo que hoy se conoce como el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales DSM V (APA, 2013), es la visión neo-kraepeliana, referencia fundamental para las clasificaciones diagnósticas (Caponi, 2010).

El concepto de depresión y los criterios de diagnóstico han ido evolucionando hacia versiones más específicas, respecto a la primera versión del Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales-DSM-I-, publicado en su primera versión en 1952. Actualmente, la Guía Clínica en Depresión (2013), a través de su programa Garantías Explícitas de Salud GES, afirma que un episodio depresivo mayor puede comenzar en cualquier momento de la vida, aunque frecuentemente se manifiestan entre los 20 y 30 años, siendo los episodios también variables, en algunas personas puede darse un único episodio depresivo, mientras que otras pueden tener varios episodios, que aumentan con mayor frecuencia a medida que envejecen.

Los síntomas del episodio depresivo mayor usualmente se desarrollan en un proceso que puede durar días o semanas, y representan un cambio en el funcionamiento previo del individuo. Un período inicial puede incluir síntomas de ansiedad y sintomatología depresiva leve, que puede durar semanas o meses antes del desarrollo completo del episodio depresivo (APA, 2013).

⁵ Tratado Kraepelin: Corresponde a una serie de Manuales de psiquiatría clínica publicados Emil Kraepelin entre 1883 y 1896, que contienen una clasificación objetiva de los trastornos mentales observados.

La Asociación Americana de Psiquiatría, como parte de los criterios de diagnóstico para la Depresión Mayor, exige cumplir cinco o más síntomas en un período de al menos dos semanas, entre ellos: estado depresivo durante la mayor parte del día, según información subjetiva (p. Ej. Sensación de vacío, tristeza o desesperanza), una disminución importante en el interés o placer por todas las actividades cotidianas, aumento o pérdida de un 5% de peso corporal promedio en un mes, dificultades para conciliar el sueño o por el contrario hipersomnia, sensación de fatiga, y pérdida de energía. Además, de un empobrecimiento en la autopercepción sobre sí mismos, con sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva e inapropiada (casi delirante), pensamiento de muerte recurrente, ideas suicidas sin un plan determinado, intento de suicidio o plan específico para llevarlo a cabo (APA, 2013).

La respuesta a pérdidas significativas, como el duelo por la pérdida de seres queridos, ruina económica y/o catástrofes naturales podrían simular un episodio depresivo cuando pueden considerarse como una deriva de las circunstancias, por lo que es preciso tomar atención al diagnóstico diferencial, como también tomar en cuenta el origen e historia del paciente, además de las normas culturales en la expresión de malestar (APA, 2013).

Los trastornos depresivos, también impactan más allá de los parámetros tradicionalmente descritos en el párrafo anterior. Por lo que, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – DSM V (APA, 2013), advierte que el abanico de interacciones genéticas y ambientales, que han afectado a los individuos en su desarrollo, hace que las categorías diagnósticas no puedan describir con absoluto detalle todo el rango de características de los trastornos mentales que pueda presentar cada individuo en diferentes culturas y regiones geográficas, como tampoco sugerir tratamientos o formas de mitigación de los trastornos.

Es así como otras organizaciones, como la Federación Mundial de Salud Mental (2012), realiza algunas recomendaciones con el objetivo de desplegar estrategias preventivas en cuanto a la depresión. Entre ellas, mejorar la disponibilidad de fármacos en todos los niveles de atención, asistencia de salud

mental comunitaria para el reconocimiento precoz de sintomatología depresiva, desarrollo de políticas públicas que involucren organismos gubernamentales y no gubernamentales en el apoyo de la investigación para lograr una mejor comprensión de aspectos biológicos y psicosociales del Trastorno Depresivo Mayor en pos de acciones más efectivas para combatirla. En Chile, el Ministerio de Salud propone una serie de alternativas en cuanto a los posibles tratamientos efectivos para la depresión a través de la Guía Clínica (2013), siendo los de mayor éxito, las estrategias terapéuticas o farmacológicas y/o psicoterapéuticas. Entre las más recomendadas se encuentran la Terapia Interpersonal, la de Activación Conductual y la terapia Cognitivo Conductual, dentro del enfoque de la psicología cognitiva. Adicionalmente, se sugieren terapias alternativas como Mindfulness basada también en la terapia cognitiva, terapia de parejas y de familia (Guía Clínica, 2013). Sin embargo, y aún a pesar de las estrategias de mitigación contra la depresión, aproximadamente el 20% de la población diagnosticada con depresión mayor no remite, teniendo consecuencias en la evolución del trastorno depresivo más severo, con mayor sintomatología depresiva y mayor disfunción mental (Salvo, 2014). El mismo autor, sugiere que el pronóstico de la depresión no solo radica en combatirla, sino en entenderla a través de los factores clínicos, psicosociales, cronicidad, sintomatología y comorbilidad médica entre otros.

Desde el modelo científico, se propone explicar de manera más amplia el trastorno depresivo desde una patología no mono causal, explicado sólo desde un modelo atórico y categorial, sino más bien desde un fenómeno clínico más complejo, multicausal y clínicamente heterogéneo, cuyas manifestaciones psicopatológicas serían el resultado de las características de personalidad de los individuos, factores genéticos y socio culturales (Botto, Acuña & Jiménez, 2014), los autores proponen, que el proceso de diagnóstico en depresión sería particular para cada paciente, enfocado en sus propios requerimientos, fortalezas y vulnerabilidades, de lo que significa padecer una enfermedad depresiva (Botto et al., 2014).

En este sentido, considerando otros aportes y miradas distintas sobre el trastorno depresivo mayor. Doerr, Irarrázaval, Mundt y Palete (2017), se suman al propósito de comprender la depresión desde una perspectiva que va más allá de lo categorial, explorando el trastorno depresivo a partir de un enfoque fenomenológico, en la experiencia de la encarnación de la depresión. La propuesta de estos autores es poner la encarnación de experiencia depresiva como base válida para el diagnóstico de una depresión central y distinguirla en tres dimensiones: yo encarnado, intencionalidad encarnada y tiempo encarnado, cuyo propósito está centrado en la depresión desde el cuerpo vívido, experimentado desde adentro, la experiencia subjetiva de un cuerpo desvitalizado, en el cual se manifiesta el estupor melancólico y el nihilismo del existir (Doerr et al., 2017).

El trabajo realizado por Becerra, Zavala y Rivera (2017), que apunta al significado de la experiencia en mujeres con diagnóstico en depresión y el abandono al tratamiento, muestran resultados en la vivencia encarnada de la depresión, la presencia de emociones de tristeza, angustia, soledad, culpa y deseos de morir, dolores corporales, reflejados en la espalda, articulaciones, músculos, cabeza, además de considerable disminución o aumento de peso. En esta misma línea, se puede entender la experiencia vívida de la depresión como una lucha ambigua contra el desvanecimiento, tratando de superar un entumecimiento, con una fuerte resistencia a actuar y participar de la vida, enfrentando el retraimiento, pero paradójicamente necesiándolo como una necesaria pausa en la vida (Danielsson & Rosberg, 2014). Por su parte, Petersen & Madsen (2017), argumentan la controvertida naturaleza de la depresión como sufrimiento y el diagnóstico como parte de la cultura contemporánea, concluyendo que los individuos oscilan entre una postura pragmática de adaptarse a su situación de sufrimiento, y el diagnóstico como un proceso continuo, siempre en movimiento. A veces menospreciando el diagnóstico y otras tornándolo como algo demasiado sombrío.

En este mismo sentido, el diagnóstico en depresión es un punto de referencia de doble filo, por un lado, tener un diagnóstico en depresión delimita la enfermedad, y sugiere un tratamiento para lograr una recuperación, pero, por otro lado, impone

al individuo una nueva categoría de sí, hacia una transformación de su identidad (Karp, 1994).

3.2. Enfoque Constructivista

La metateoría constructivista es una postura epistemológica, que se plantea en una confluencia de distintas áreas, como la cibernética, la biología, las ciencias cognitivas, psicología y filosofía (Garrido y García en Feixas, 1994), cuyo planteamiento está centrado en la expresión de una variedad de perspectivas sobre la experiencia humana (Mahoney, 2005).

El constructivismo alude a procesos de cambio, de fluidez de la vida, de construcción de mundos, gracias a los significados que se le otorgan a los pensamientos, fantasías y formas de imaginación (Mahoney, 2005). La metateoría constructivista, sitúa al individuo como un agente activo en el proceso experiencial, quien reconoce la necesidad de un orden dentro de él, generando esquemas y otorgando significados a sus historias (Mahoney, 2005). Desde esta perspectiva, el individuo forma parte activa de la construcción de realidad, en cuanto éste se entiende como un proceso de creación de significados personales a partir de la propia experiencia (Yáñez, 2005). Como explicaría Maturana (1987), haciendo referencia a la noción de realidad entendida desde un universo a un multiverso, como consecuencia de la construcción de universos personales en la experiencia misma, la que es posible a través de una red de relaciones interpersonales. En esta misma línea, Guidano (1994), afirma desde una mirada constructivista que la realidad es entendida como “una red de procesos pluridimensionales entrelazados, articulados simultáneamente en múltiples niveles de interacción”. Desde esta perspectiva, la realidad, solo es posible desde la propia experiencia, y el individuo es, por lo tanto, inseparable de su propia observación respecto de la realidad, está inmerso en ella, y posee un rol activo, capaz de autoorganizarse y de construir teorías sobre su ambiente, estableciendo relaciones recíprocas e indiferenciables con la realidad (Duarte, 2012).

Esta dinámica interpersonal proactiva implica un sistema de conocimientos construido a partir de la experiencia en dos niveles de procesamiento: uno a nivel tácito, que constituyen estructuras profundas de reglas de organización cuya función es ordenar la experiencia actual y anticipar lo inminente (Balbi, 2003) y por un nivel explícito organizador que refleja los contenidos emergentes del conocimiento tácito, las creencias, deseos, expectativas, emociones, ambos procesos operan fuera del conocimiento consciente, explícito y verbal (Balbi, 2003). Desde esta perspectiva, para mantener una coherencia interna las personas necesitan darse continuas explicaciones sobre sí mismos y el mundo, en una forma única y particular de organizar sus experiencias y aprendizajes (Yañez et al., 2001).

La intersubjetividad está entendida en términos que cada individuo puede conocerse a sí mismo en la interacción con otros, observándose en esta interacción, comprendiendo las acciones y actitudes de otros, configurando en esta intersubjetividad la complementariedad del vínculo afectivo (Guidano, 2001). De tal modo que el sujeto debe ser considerado como parte de un sistema interpersonal en constante flujo para ser para sí mismo y ser para los demás, para poder ser (Yañez, 2005). En esta dinámica de interacción social, el individuo desarrolla un sentido personal, que se explica mejor desde una perspectiva ontológica y sus relaciones vinculares primarias, cuyo producto emergente está en la interacción del sujeto con un mundo físico/social y al mismo tiempo con uno mismo (Vergara, 2011). El sentido personal, por lo tanto, proveerá al sujeto de un significado personal que acontece siempre en una dinámica social e intersubjetiva, que contempla los actos de cada individuo, y cuyas intenciones guían y modulan percepciones en la construcción de sus propias versiones de mundo (Vergara, 2011). De este modo, el significado personal de cada sujeto contempla los propios actos del individuo y cómo éstos se enmarcan en un ámbito cultural, modulando en cada individuo sus propias versiones de un mundo personal, y otorgándole al sujeto la evidencia de su propia subjetividad (Guidano, 1994).

3.2.1. El constructivismo cognitivo en la construcción de la psicopatología

El constructivismo cognitivo entiende la psicopatología desde una dinámica autorreferente en la construcción de los sistemas de conocimientos de los individuos y su propia subjetividad, en las que involucra dos razones: presiones en los mecanismos de continuidad Mismidad/Ipseidad, y posibles anclajes en experiencias traumáticas previas. Por una parte, las presiones desbordantes del medio que atentan a los mecanismos de continuidad (Mismidad) y cambio (Ipseidad), impiden que el individuo pueda incorporarlas a la dinámica de mismidad, debido a que no cuenta con los mecanismos de significación para darle una explicación a la experiencia. Por lo que, todo efecto se expresa a nivel de la operatividad, en la presencia de turbulencia emocional, de mecanismos de defensa hacia los ejes del concretismo, como la evitación, exclusión y la reactividad (Yañez, 2005). Por otro lado, estarían los sistemas de conocimiento anclados a la ontogenia del sujeto, como consecuencia de experiencias traumáticas en la infancia temprana, que atentan contra los mecanismos de cambio y se expresan a través de altos niveles de angustia (Yañez,2005). En la misma línea, Castel (2016) se refiere a los trastornos mentales como una falla de la función adaptativa de los individuos, que llevan al sujeto a un estancamiento, a un fracaso de la acción necesaria para la supervivencia y la adaptabilidad ante las contingencias. Raskin y Lewandowski (2000), aportan en la misma línea señalando que en la dinámica de autocomprensión y comprensión del mundo predominan los significados sociales, personales y culturales, desde la subjetividad de la propia experiencia, que incluyen los conceptos de normalidad y enfermedad.

A partir de lo anterior, es posible pensar que el sujeto construye su propio significado de la enfermedad mental en una dinámica intersubjetiva, desde una experiencia unipersonal y subjetiva del malestar emocional, pero al mismo tiempo entendiendo que esta subjetividad se configura en una red sociocultural en la que convergen otras dimensiones subjetivas, experimentando el mismo desequilibrio, el

mismo malestar. Desde esta perspectiva, la psicopatología estaría dando cuenta que el sujeto se instala en una forma de construcción y autoorganización poco flexible, con dificultades para incorporar nuevas formas de conocimiento, conservando viejos y rígidos anclajes, que quedan atrapados en una jerga estandarizada de los sistemas de clasificación como el DSM y CIE (Mahoney, 2005).

3.3. La fenomenología

La idea fundamental de la fenomenología está en el enigma del conocimiento de la vivencia del sujeto en su experiencia (Lambert, 2006). De este modo, la fenomenología se entiende como un análisis descriptivo de la vivencia intencional, o designada también como la conciencia pura o conciencia trascendental (Husserl, 1949). La intencionalidad de la experiencia en sí se constituye en un acto fenomenológico, el mundo trascendente es puesto entre paréntesis, y sobre la esencia misma de la experiencia se ejecuta la *epoché*, que es el acto de limitarse a la experiencia como tal, en la suspensión y apropiación de lo que queda, entre la percepción y lo percibido, obteniendo como resultado una pura inmanencia: la irreductibilidad de la experiencia en sí (Husserl en Lambert, 2006). Varela (2016), se refiere a este mismo concepto, como un hilo conductor, donde las personas empiezan a relacionarse con su experiencia, a través de actos fenoménicos que se sustentan a sí mismos en tres bases principales, que serán también el prisma desde donde se puede entender la experiencia (Varela, 2016). En primer lugar, está la evidencia, de que la experiencia ocurre en primera persona, es el sello de la propia experiencia y de cómo la vivimos, es por lo tanto intrínsecamente humano. En segundo lugar, la experiencia subjetiva hace referencia a otros saberes y conocimientos derivados de la vida cotidiana. Y finalmente como tercer punto está la dominancia sobre la experiencia de vivir -es volver una y otra vez a sí mismo- y volver a uno mismo, es volver al significado de la experiencia (Varela, 2016; Arciero y Guidano, 2000). El estado de evocación de la experiencia vivida no recae sobre una intención deliberada de recordar, más bien es una experiencia no

intencionalmente memorizada por el sujeto, esta no se produce por la iniciativa del pensamiento discursivo, sino de manera espontánea a través de un disparador sensorial, que puede ser auditivo, olfativo, kinestésico (Petitmengin y Bitbol, 2009). La aparición de una experiencia dada provoca el desarrollo de una nueva dimensión, por lo que, el contenido de cada evocación no será idéntica a la experiencia inicia. Lo importante es que, gracias a la experiencia de evocación, la persona, se convierte reflexivamente consciente de la estructura sincrónica y diacrónica de su experiencia encarnada (Petitmengin y Bitbol, 2009). Por lo tanto, entrar en contacto con la experiencia no es adquirir nuevos conocimientos sobre esta, sino más bien despojarse de los conocimientos previos como una manera de cultivar la reflexión, abriendo nuevas posibilidades a nuestro pensar y sentir (Varela, 2016).

3.3.1. Fenomenología del lenguaje y tiempo

La clave para entender la experiencia humana está en que el lenguaje es un medio de comunicación ineludible, el que incluso a veces resulta difícil definir o delimitar, sin embargo, permite abordar problemas de tanta profundidad como la subjetividad, la intersubjetividad, el tiempo, la persona y su individualidad (Martínez, 1998).

En concordancia con esto último, es preciso introducirse a la fenomenología del lenguaje y a la relación que se establece entre la sincronía y diacronía de la lengua, el habla y la experiencia subjetiva que revela la fenomenología del habla (Merleu-Ponty en Buceta, 2017). De este modo, se puede entender la diacronía del lenguaje en una senda evolutiva e historizada de la experiencia de los individuos, mientras que el lenguaje sincrónico está centrado en el momento de aquello que se dice (Buceta, 2017) conteniendo una a la otra, en otras palabras, un hecho sincrónico es el germen de un cambio diacrónico en curso de lo que se dice (Saussure, 1967). La clave de lo expuesto se encuentra en el lenguaje simbólico, que encuentra el lenguaje como vehículo disponible para expresar sus

pensamientos y así poder dar a su experiencia una potencia creadora y ordenadora de estos (Sechehaye, 1940). Ante cualquier concepto de lenguaje está la experiencia subjetiva, que a través de un conjunto de palabras permite expresar la subjetividad de lo vivido. Por lo que, la fenomenología del lenguaje permite explicar la dinámica de un devenir diacrónico, que opera a partir de la sucesión de los estados sincrónicos. La fenomenología del lenguaje trabaja entonces, como una forma de entender la apropiación de la propia experiencia (Buceta, 2017).

La organización subjetiva del tiempo adquiere sentido en el devenir de la experiencia personal (Balbi, 2003). Arciero (2005) sostiene que el sujeto tiene un acceso significativo a su propia experiencia sólo a través de la temporalidad y del empleo de sistemas simbólicos que permiten la interpretación de ella. Dicho de otra manera, la narrativa pone de manifiesto la imposibilidad de pensar el tiempo, sin embargo, es la única manera de explicar la experiencia. En este sentido, emerge un concepto de tiempo entre el cosmológico y el fenomenológico, uno propio de la narración y de la historia, el tiempo que se genera como resultado de la configuración propia de la construcción de una trama, un tiempo humano, que permite seguir un relato, una historia con presente, pasado y futuro, abriéndose así, una posibilidad a la comprensión del tiempo, en la apropiación del ser humano de su propia historia y su subjetividad (Ricoeur, 2004). El tiempo, es el movimiento de la vida que se despliega, movimiento en el que participamos como el acto mismo de vivir (Merleau-Ponty, 1993). Es el sujeto inmerso en una variedad de experiencias emocionales y cognitivas que posibilitan que cada experiencia sea sensorialmente un acontecimiento de múltiples resonancias, del pasado, presente y futuro (Gonçalves, 2002).

En la misma línea, Guidano (1994) plantea una doble dimensión de la experiencia, entre la experiencia inmediata y la explicación. La primera se refiere a la experiencia de vivir, de sentirse vivo y la segunda tiene que ver con poner en términos verbales la experiencia inmediata. El lenguaje permite al individuo darle precisión a su experiencia, secuenciar temporalmente, categorizarla, e indiscutiblemente le otorga la posibilidad de referirse a sí mismo, de referirse al

mundo a través de su propia participación en el mundo que pretende conocer (Guidano, 2000). Es a través del lenguaje que existe el sujeto, en la intersubjetividad construye historia e identidades que cambian en la biopraxis humana (Maturana en Ortiz, 2015). El empleo de la lengua y el lenguaje simbólico son entonces combinados espontáneamente por el sujeto, para significar experiencias en algunos casos banales o poco importantes e imprecisos y en otros no. Sin embargo, el mérito está en el esfuerzo del hablante por adaptar los medios disponibles a las exigencias del pensamiento (Buceta, 2017). Desde esta perspectiva se puede afirmar que la dinámica creadora de nuevas significaciones del lenguaje permite explorar aspectos inéditos de la experiencia, aquellos que estuvieron mudos, que llegan a instituirse en nuevas significaciones, reorganizando un universo de sentido ya establecido (Merlau-Ponty en Buceta, 2017), entendiendo el lenguaje como articulador de la experiencia fenomenológica-experiencial desde la actitud propia del hombre que habita el mundo, inmerso en su experiencia, y construyéndola en una práctica compleja y reflexiva y no sólo meramente informativa o como adquisición de información (Heidegger en Acevedo, 2006).

3.4. Identidad Personal

La identidad personal emerge de la necesidad del individuo de distinguirse entre los demás para convertirse en un sujeto con una identidad coherente y diferenciada (Vergara, 2011), de este modo, la identidad personal representa la estructura básica referencial con la cual el individuo se confronta una y otra vez, para evaluarse a sí mismo y su acontecer en el mundo de forma progresiva, proporcionando un conjunto de modelos de autopercepción, y autoevaluación con una autoimagen elegida (Guidano, 1987), por tanto, la identidad personal posee dos componentes esenciales: la autoidentidad y la autoestima. La primera, corresponde a conjunto de características y actitudes propias de cada persona, disponibles para desplegarlas según sea la situación. La segunda, se refiere a la autovaloración que hace la persona de sí mismo, como también al valor que el mismo sujeto otorga a

las conductas y emociones en la interacción con el medio que lo rodea (Vergara, 2011). Se produce entonces, un proceso de identificación y diferenciación continuo, entre la capacidad del individuo de autoperibirse a través de otros, y a la vez diferenciarse como un otro significativo (Vergara, 2011). La identidad personal, más que ser una identidad definida o un concepto súper ordenado, es un proceso continuo, que le da unicidad y continuidad histórica a la fusión de subsistemas de sí mismo (Guidano, 1987), es un proceso dinámico para el sujeto en la adquisición permanente de recursos en la suma de experiencias vividas, que paulatinamente se convertirán en una forma más permanente en la significación de la persona. (Apuntes Diplomado Constructivista Cognitivo; Duarte, 2017). Para Paul Ricoeur (1996), la identidad sólo puede plantearse en la base de la similitud y de la continuidad ininterrumpida del cambio, un principio de permanencia en el tiempo, como por ejemplo la estructura invariable de una herramienta, cuyas piezas se cambian progresivamente.

Guidano (2000), afirma que la identidad personal es un proceso que forma parte de una relación recíproca entre el acontecer permanente de vivir y una continua conexión de significados, que permiten en el tiempo organizar la experiencia en un sentido de permanencia de uno mismo (mismidad) y del acontecer continuo de vivir (ipseidad).

De lo anteriormente expuesto, se entiende la mismidad como la permanencia en el tiempo, vinculada exclusivamente a la identidad: ídem; en inglés: sameness; en alemán: Gleichheit, que corresponde a la operación de identificación, entendida como la reidentificación de lo mismo, que hace que conocer sea reconocer lo mismo uno y otra vez (Ricoeur, 1996). En otras palabras, la mismidad es la “continuidad ininterrumpida entre el primero y último estadio del desarrollo de que consideramos el mismo individuo” (Ricoeur, 1996, pág. 111).

A la identidad ídem o mismidad, se interpone la ipseidad, entendida como una dialéctica entre el sí y el otro, entre la primera y tercera persona del lenguaje, vinculando a lo ajeno, no como otro externo sino interno, respecto a lo desconocido en torno a uno colocándose en plano de la otredad y a través de este consigue llegar

a sí mismo (Ricoeur, 1996). De esta manera la identidad ipse, provoca un desequilibrio en la identidad que obliga al sujeto a reconocer esa discrepancia, que le abre nuevas posibilidades al futuro y que lo presiona a construir una identidad personal en que presente y pasado deberán armonizar como un todo coherente, unitario y permanente (Vergara, 2011).

De este modo, el individuo desarrolla un criterio personal que le permite evaluar de forma autónoma las experiencias a las que se ve enfrentado, pudiendo además reconocer vivencial y emocionalmente lo que le sucede. En esta dinámica se va coordinando la percepción del medio con la autopercepción de sí mismo, que va progresivamente consolidando una identidad personal, con cualidades esenciales de unicidad y permanencia otorgados por un sentido personal, que se va construyendo en un proceso ídem, así, el sentido personal se irá construyendo a partir de las características propias del sujeto y el estilo de apego que entre el niño y sus figuras significativas, experiencias que moldearán la visión que tenga el sujeto de sí y del mundo que lo rodea. Para que esto suceda, el sujeto debe separar su sentido personal del significado que le otorga a sus experiencias a partir de las dinámicas sociales en una experiencia intersubjetiva (Apuntes Diplomado Constructivista Cognitivo, 2017). Vergara (2011, p. 78), señala: *“El sentido personal entrega elementos que permiten la mantención y la coherencia a través, del proceso de mismidad a la identidad personal, el significado personal tiene relación con los procesos de construcción y reconstrucción de la identidad personal asociado a los procesos de cambio por ende la ipseidad en proceso”*.

La identidad es un proceso de la narrativa personal, en tanto el sujeto selecciona los eventos para incluirlos o no de sus narrativas, las historias y personajes que el individuo elige privilegiar o silenciar, son elementos constitutivos de su propia identidad, como un continuo de su propia historia de vida. Desde esta perspectiva, la identidad se convierte en un sinónimo de autoría, por lo que no hay una sola versión, sino muchas en proceso (Botella & Gámiz, 2011).

3.4.1. Identidad Narrativa

Para la identidad narrativa, la narración como tal es la tarea de elucidar, clarificar y precisar el carácter de la experiencia humana (Ricoeur, 2004), el tiempo juega un rol importante en su construcción, moldeando la identidad del personaje que la habita, en el entrelazado de una trama que conserva este personaje a lo largo de toda su historia (Ricoeur, 2004). La identidad narrativa no es un acto mental individual, sino interpersonal e inseparable de un contexto cultural donde ocurre (Gonçalves, 2002), la historia narrada logra una unicidad en articulación interna como una totalidad, cuya construcción de la trama conserva el personaje a lo largo de su historia confiriéndole identidad (Ricoeur, 2006). Dicho de otra forma, la identidad narrativa parte de la idea que el sujeto se construye en procesos narrativos, que dan cuenta de la construcción de significados desde los cuales se interpreta a sí mismo, en un proceso dinámico en relación consigo mismo y el mundo. El individuo al narrarse ante otros y a través de otros, va reconociendo su propia identidad, en la identidad de sus propias narraciones (Sepúlveda, 2006), en este acto, son las vicisitudes humanas que toman protagonismo entre estados calmos y canónicos en el transcurrir de la historia del personaje (Bruner, 2004). Así, el relato le confiere al personaje la posibilidad de comenzar una narración sin un comienzo absoluto o una duración específica, el comienzo y fin lo determina el narrador (Ricoeur, 2006). De este modo, la identidad narrativa construye por sí misma la subjetividad del personaje de modo dinámico, convirtiéndola en una historia examinada, clarificada gracias a la narración de los acontecimientos reales o de ficción de quien relata su historia (Casarotti, 1999).

La identidad narrativa, se enfrenta en la recurrencia de los estados de Si Mismo: Mismidad con el Selfhood o Ipsidad a través de la mediación simbólica del lenguaje, permitiendo de este modo que la identidad sea entendida como una unidad narrativa de la experiencia en curso (Duarte, 2012). La verdadera naturaleza de la identidad se revela entonces en la dialéctica de la ipseidad y mismidad, entendida narrativamente como la convención de lenguaje e identidad del personaje

(Ricoeur, 1996). Complementando, la identidad narrativa refleja la dialéctica de la temporalidad caracterizada por la estabilidad del selfhood—sentido de permanencia, anclada a la estructura de la trama, como matriz narrativa, que por otro lado se transforma y desarrolla en relación con los acontecimientos de la vida (Arciero, 2005). En este mismo sentido, la identidad narrativa no puede percibirse si no es en la dialéctica mismidad—ipseidad (Duarte, 2012), su manifestación conecta directamente con los acontecimientos en el desarrollo de la trama de sujeto, en la permanencia del tiempo con su contrario la discontinuidad, la inestabilidad y la diversidad (Acebedo, 2010 en Duarte, 2012). La identidad narrativa pone entonces de manifiesto que el sujeto entendido como personaje, no es una identidad distinta a sus experiencias, sino al contrario, comparte la identidad dinámica propia de la historia narrada. Esta historia narrada, es la identidad de la historia la que hace la identidad del personaje. Dicho de otra manera, la forma en la que el sujeto selecciona los eventos para ser incluidos o excluidos de su narrativa, los temas principales en torno a los que se organiza, los personajes que considera significativos o no, las voces que privilegia o silencia, son constitutivos de su propia identidad como contenido de su propia historia (Botella & Gámiz, 2011). En esta línea, a lo que llamamos “trastornos o problemas psicológicos” no son más que un conjunto de formas difusas de pertenecer y relacionarse con el mundo, sujetos aquejados con poca claridad y atrapados, mostrando una narrativa como si la identidad hubiese sido empujada a un estado de impotencia del autor, como en la canción de Simon y Garfunkel: “parece una escena mal escrita la que hay que interpretar”. (Botella & Garmiz, 2011).

Para Karp (1994), la depresión plantea una ambigüedad para los sujetos, ya que, dentro de las enfermedades mentales, ésta es especialmente difícil de elaborar por no ser lo suficientemente clara y su curso es incierto. Esto lleva a una variedad de procesos humanos que enfrentan las personas, hacia cambios de identidad y redefiniciones de sí, mientras tratan de comprender su situación de vida. Pudiendo describirse como una carrera de cambio que parte desde el malestar inicial, pasando por crisis que precipitan el afrontamiento con el diagnóstico y la depresión

como enfermedad, para luego reinterpretar su pasado intentando mantener el control de la forma en que manejan la información sobre su enfermedad, enfrentan hospitalizaciones, tratan de comprender el significado de tomar medicamentos y evalúan la validez de éstos (Karp, 1994).

3.4.2. La identidad narrativa y el diagnóstico en depresión

Osorio (2019), se refiere a la construcción narrativa problemática como un proceso constructivo, que es posibilitado por la identidad personal, a través de estrategias narrativas que operan en las dimensiones temático-estructurales, funcionales y procesales, que limitan la experiencia subjetiva y las posibilidades de cambio personal, y serían observables en un relato autobiográfico en las dimensiones señaladas. Las narrativas sobre una enfermedad mental son aquellas con las que el paciente expresa su situación, a través de su relato se acerca a su propia vida, a sus experiencias colmadas de significados que la misma persona construye en la interacción con otros (Cortés, Uribe y Vásquez, 2005). La propia identidad narrativa supone una autoría en la elaboración de la experiencia personal psicopatológica y no, suponiendo que la primera sugiere que un trastorno que entrelaza formas típicas de elaboración narrativa con contenidos, estructuras y procesos propios, que constituyen invariantes organizativas, en cuanto podrían ser incoherentes, inflexibles, poco diversos, y que limitan en diferentes grados la experiencia emocional, surgiendo de esta manera múltiples narrativas psicopatológicas (Álvarez, 2007).

Dicho esto, el enfoque narrativo, propone que éste se construye en base a narrativas prototípicas, sobre la depresión y otros trastornos mentales, ya que el individuo crea con el lenguaje un relato de experiencias restrictivas y complejas, que se oponen a construcciones narrativas saludables, respecto de sí mismo, de otros y del mundo (Álvarez, 2007). Las narrativas psicopatológicas, están también ligadas a la construcción narrativa, como formas humanas de pertenecer y relacionarse con el mundo, con algunos elementos en común en la experiencia subjetiva,

correspondiente a la poca claridad y agencia personal, como si la propia posición de la narrativa de la identidad hubiera sido empujada a un estado de impotencia (Botella, Gámiz, 2011). En este sentido, la construcción narrativa de la depresión sería una producción y construcción discursiva de significado, que da sentido y autoría, con aspectos de poca riqueza, cualidad, variedad y complejidad (Álvarez, 2007). La narrativa es la forma fenomenológica en la que el paciente experimenta la enfermedad, le provee de un sentido, y la posibilidad de generar un conocimiento sobre su estado de salud o enfermedad. Permitiéndole al individuo generar una visión de sí mismo, de su dolencia, considerarse enfermo y enfrentar una enfermedad definida en una clasificación nosológica (Cortés, Uribe y Vásquez, 2005). La vivencia subjetiva de la enfermedad no solo se impone por la fuerza de los hechos, en la necesidad de comprender con cabalidad el concepto que tiene el paciente de su enfermedad, si no que el proceso de diagnóstico implica reconocer fenómenos particulares estableciendo correspondencia entre ellos, que devuelve a los individuos la categoría de únicos entre sus gozos y sufrimientos. En este sentido, el diagnóstico y la indicación de tratamiento, sea somático o terapéutico, la forma en la que la personas experimenta su enfermedad, la comprende y la elabora, son esenciales, para evaluar los factores favorables y desfavorables que puedan conducir al fracaso o al éxito en el tratamiento de su enfermedad, cuyas consecuencias podrían provocar incluso una teatralización o sobrerreacción sobre su malestar, una reacción terapéutica negativa y/o la reversión de la perspectiva de su dolencia (Zytner, et al., 2011).

Para muchos la entrada al mundo de la salud mental y los trastornos tiene que ver con asignar y dar un significado a los sentimientos y comportamientos confusos, convirtiéndose en un diagnóstico. Éste por sí mismo sugiere la posibilidad de que la afección pueda tratarse y que el sufrimiento pueda disminuir (Karp, 1994). Para Petersen y Madsen (2017), el diagnóstico en depresión es un proceso comparado a un camino por recorrer, en algunos casos de movimiento lento, e insatisfactorio cuando el diagnóstico no alivia y el tratamiento con fármacos para la depresión tampoco lo hacen, provocando en el individuo la sensación de quedar

atrapado en los síntomas de la depresión, impidiendo que el diagnóstico sea por sí mismo la posibilidad de un tratamiento. Es también probable un proceso de diagnóstico fluido, permitiendo una mayor comprensión y significación, facilitando su incorporación, y aceptación personal como una evidencia legítima de las propias dificultades, dando paso a un mejor manejo de la comunicación intersubjetiva, en formas asertivas de comunicar la depresión. Por último, el proceso de diagnóstico podría asemejarse a un péndulo, apuntando a resultados ambivalentes, oscilante entre explicaciones científicas y genético - ambientales de la depresión.

El diagnóstico en depresión puede también ser un punto de referencia de doble filo para el individuo, por un lado, determina la depresión como una enfermedad específica, pudiendo explicar una variedad de comportamientos y formas diversas de sentir que hasta el momento no tenían nombre, permitiéndole significar aquello que por mucho tiempo carecía de nominación y abriendo la posibilidad de mitigar el sufrimiento a través de un tratamiento farmacológico. Pero, al mismo tiempo, el diagnóstico instala al paciente en una categoría devaluada de personas con una enfermedad mental, lo que empeora cuando se cambia de profesional y también cambian los diagnósticos (Karp, 1994). Para Lewis (1995), el diagnóstico en depresión cumple una función útil en la validación de los problemas de las personas, sin embargo, puede ser patologizante e inapropiado en cuanto a cómo se sienten los individuos, dado que influye en cómo entienden sus experiencias. Esto tiene consecuencias en lo comunicado por médico al paciente, como también en el significado que él construye de sí mismo a propósito del diagnóstico, considerando que en ocasiones éste no siempre encaja con la explicación de los propios pacientes sobre sus problemas. Entonces el diagnóstico en depresión y la sintomatología descrita es más que un diagnóstico estático y categórico, sino que es un proceso que siempre está en movimiento (Petersen y Madsen, 2017), que considera una experiencia individual y diferente a las otras personas, y que cada persona está activamente involucrada en darle una propia significación y perspectiva a su padecimiento (Lewis, 1995)

4. MARCO METODOLÓGICO

El estudio realizado fue una investigación cualitativa de carácter exploratorio, cuyo objetivo principal fue comprender la experiencia subjetiva del diagnóstico de depresión en personas con dicho trastorno. De esta manera se buscó obtener información relevante de la experiencia tanto en el momento mismo del diagnóstico, como también en la forma en que esta experiencia se va configurando en un estilo propio de narrarse a sí mismos.

4.1. Consideraciones éticas

La participación en este estudio fue voluntaria, el diseño de la investigación como la pauta de entrevista fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad de Chile. Las entrevistas se hicieron a personas diagnosticadas con depresión. Considerando que esta temática es sensible para los participantes, se usó un protocolo de contacto con los profesionales tratantes, para tal efecto, se redactó una carta de invitación dirigida a profesionales de salud mental, que incluía la autorización para el acceso a la información de contacto de los interesados, quienes fueron informados sobre el diseño de la investigación, se firmaron las cartas de Consentimiento Informado y se incorporó un protocolo de contención, con acceso a atención psicológica, en el caso de alguna descompensación durante la entrevista.

4.2. Participantes

Los participantes de esta investigación pertenecen a un muestreo heterogéneo en cuanto a la data del diagnóstico en depresión por un profesional en salud mental, sin mínimo ni máximo de tiempo desde el último diagnóstico provenientes de diferentes estratos socioeconómico, y que hubiesen participado o no de algún proceso de psicoterapia para tratar el trastorno depresivo. Dentro de los criterios de exclusión para esta población muestral, se consideraron patologías

graves como psicosis, esquizofrenia, distimia y crisis aguda de depresión con ideación suicida. La distribución de los participantes fue la siguiente: seis mujeres y tres hombres, todos mayores de edad, diagnosticados con depresión en diferentes grados. Del total de participantes, cinco de ellos vivían en Santiago, tres en Rancagua y uno en Curicó.

Gráfico 1: Información sociodemográfica de los entrevistados

Identificación del Entrevistado	Género	Edad	Diagnóstico	Ciudad
E1	Femenino	36	Depresión Leve	Rancagua
E2	Femenino	62	Depresión Moderada	Santiago
E3	Femenino	46	Depresión Grave	Rancagua
E4	Masculino	26	Depresión Grave	Santiago
E5	Femenino	27	Depresión Grave	Santiago
E6	Femenino	46	Depresión Moderada	Santiago
E7	Masculino	48	Depresión Grave	Curicó
E8	Femenino	60	Depresión Leve	Santiago
E9	Masculino	29	Depresión Grave	Rancagua

4.3. Procedimiento de recolección de datos

El primer paso para la recolección de datos fue enviar, a través de un correo electrónico, una carta con una breve explicación del proyecto de investigación (Anexo I) a seis psiquiatras y médicos generales de algunos centros de salud mental

dentro y fuera de Santiago con el propósito de generar un primer acercamiento. Al recibir respuesta por correo electrónico o teléfono celular, se conversó con tres psiquiatras y un médico general, a quienes se les explicó con más detalle la investigación. A los cinco profesionales de salud que acudieron en respuesta a la primera carta, se les envió una segunda Carta de Invitación con un anexo de Autorización de Datos de Contacto (Anexo II), esta carta y anexo fueron administrados por cada uno de los profesionales para ser entregada a los pacientes, según su propio criterio, y considerando los criterios de inclusión/exclusión de la muestra.

Las personas que firmaron el anexo de Autorización de Datos de Contacto con sus profesionales tratantes recibieron la Carta de Consentimiento informado para participar de la presente investigación (Anexo III). Fueron doce respuestas de personas interesadas, a quienes se contactó por teléfono celular y se les brindó una detallada explicación acerca de la investigación sobre la experiencia de recibir un diagnóstico en depresión, tiempos implicados, beneficios y riesgos de su participación y condiciones de tratamiento confidencial de los datos.

Se realizaron doce entrevistas, de las cuales siete fueron de forma presencial y cinco de forma remota, debido a la contingencia que se vive a nivel mundial por la enfermedad SARS-COV2. De el total de entrevistas, se excluyeron tres de ellas, dos debido a que durante la entrevista se evidenció que no cumplían con los criterios de inclusión y finalmente una tercera debido a que la persona después de ser entrevistada optó por retirarse del estudio. El proceso de entrevista se pudo haber ampliado, sin embargo, con la cantidad de entrevistas realizadas se pudo conocer y acceder a nuevos y enriquecidos elementos sobre la experiencia subjetiva del diagnóstico en depresión, suministrando información suficientemente y variada que luego se tornó redundante, por lo que con nueve entrevistas se logró la saturación de la muestra.

Se aplicó la entrevista de explicitación (Anexo IV), desarrollada por Claire Petitmengin (1999), que orienta al entrevistado hacia una posición de “encarnado”, guiando la entrevista hacia la evocación de una experiencia en el pasado, de tal

manera que la personas reviva la situación, con todas las dimensiones sensoriales, emocionales que la rodee, hasta el punto en que la situación pasada se vuelva más presente que la misma situación de ser entrevistado.

Se comenzó con una pregunta amplia, sobre el momento en que se recibe el diagnóstico de depresión y cómo fue vivir esta experiencia, esto con la intención de poder comprender la construcción de la identidad narrativa en los entrevistados, a partir de la experiencia en el diagnóstico de la enfermedad. Para llegar al momento del diagnóstico exacto, se pidió a los participantes de esta investigación contar brevemente la evolución de la sintomatología previo a ser diagnosticados con trastorno depresivo. Se pidió la data del único o último diagnóstico según cada caso en particular. Se indagó sobre la búsqueda de posibles soluciones intentadas de manera individual y que tan efectivas habían sido. Como una forma de acercarse a la experiencia del diagnóstico, se les pidió a los participantes, recordar si hubo algún acontecimiento importante que gatillara la decisión de pedir ayuda a un profesional de salud mental, ya sea este médico general o psiquiatra. Luego de conectar a las personas con una situación o momento importante previo a la interconsulta con el profesional de salud mental, de forma sutil, se invita a los participantes a recorrer sus recuerdos hacia la experiencia del momento en que se recibe el diagnóstico de depresión. En este punto de la entrevista se pide a los participantes que recuerden los momentos previos a la interconsulta con el profesional en salud mental, sensaciones y emociones previas al diagnóstico, para luego lograr en la entrevista un movimiento interno hacia la posición de evocación, la autoconciencia del pasado del momento mismo de recibir el diagnóstico en depresión, explorando la vivencia misma de la experiencia de ser diagnosticado. Se realizaron preguntas como: Cuando estuvo frente al médico general o psiquiatra ¿Cómo recuerda ese momento? ¿Cómo recuerda la conversación que sostuvieron? ¿Cómo describiría, con el mayor detalle posible, el momento preciso del diagnóstico? Se pidieron detalles sobre sensaciones corporales, emociones, pensamientos que hubieran emergido en ese momento. ¿Qué significado tuvo el diagnóstico en ese momento para usted?

Para identificar los primeros elementos emergentes en la identidad narrativa de las personas diagnosticadas con depresión, se preguntó: ¿Qué significado tuvo el diagnóstico para usted? ¿Cómo cambió la perspectiva sobre usted mismo/a y su salud mental, tener un diagnóstico de depresión? ¿Cambió de alguna manera la manera de verse a usted mismo? ¿Cómo cambió la manera de referirse a usted mismo?

Finalmente, para obtener información sobre el proceso de asimilación y comprensión del diagnóstico en depresión, se realizaron preguntas como: ¿Cómo fue el proceso de asimilación de diagnóstico en depresión? ¿Qué podría decir sobre la depresión, desde su propia vivencia y la experiencia de haber sido diagnosticado con depresión?

4.4. Análisis de datos

El análisis de la entrevista de elicitación se centra en la descripción de los procedimientos de una experiencia particular, con la cual se requiere estar siempre en contacto, pudiendo identificar invariantes entre un grupo de experiencias, que corresponden a una red de categorías descriptivas (Valenzuela y Vásquez, 2018). Se comienza con la preparación de los datos, luego se realiza el análisis específico diacrónico y sincrónico, para luego realizar un análisis genérico diacrónico y sincrónico de experiencia (Valenzuela y Vásquez, 2018).

Como primer paso, se realizaron las entrevistas en modalidad presencial/virtual, en ambos casos, solo se obtuvo la grabación auditiva, las que fueron transcritas. Para el análisis se procedió a una limpieza de datos, seleccionando los fragmentos de las entrevistas que describen la dimensión procedimental de la experiencia (Valenzuela & Vásquez, 2018) , dejando fuera información satelital, como contexto, juicios y descripciones con pronombres indefinidos como “uno”, que no correspondían a la experiencia de evocación de momento en el diagnóstico en depresión.

El segundo paso fue el análisis diacrónico específico, que buscó comprender la evolución temporal de la experiencia del diagnóstico en depresión. En esta etapa se organizaron los enunciados seleccionados de acuerdo con la cronología de la experiencia en unidades diacrónicas incipientes, las que luego fueron sometidas a un proceso de interrogación iterativa que permitió la identificación cada vez más fragmentada de las unidades que caracterizaron la evolución temporal, obteniendo una mayor fragmentación en fases y subfases según correspondió.

El siguiente paso fue el análisis sincrónico específico, en el que se buscó comprender los aspectos más detallados de la experiencia subjetiva del diagnóstico en depresión. En esta etapa también se realizó un proceso de interrogación iterativa de las unidades sincrónicas, los que luego fueron agrupados por afinidad temática iniciando un nuevo proceso de interrogación iterativa intentando encontrar aspectos estables de la experiencia de diagnóstico en depresión.

Como cuarto paso, se procedió al análisis diacrónico genérico, representado en forma de línea de tiempo, que resultó de la comparación entre unidades diacrónicas identificadas en cada entrevista, identificadas en el segundo paso. Luego, las fases de cada una de las estructuras diacrónicas específicas se organizaron de tal manera que se pudo visualizar la secuencia de fases de las nueve entrevistas, según su contenido temático y definidas por un marco temporal con referencias externas identificadas como señal de comienzo y fin de la evocación.

Como último y quinto paso, se procedió a realizar el análisis sincrónico genérico, siguiendo un procedimiento similar al del análisis sincrónico específico, comparando directamente el resultado de estructuras sincrónicas específicas, preguntándonos qué tipo de relación existe entre las categorías de las diferentes estructuras. Este proceso es como la construcción de un rompecabezas, no es lineal y para esta investigación se sometieron las estructuras sincrónicas específicas a un proceso de interrogación iterativa logrando el más alto nivel de abstracción que se pudo, en la experiencia encarnada al momento de recibir el diagnóstico en depresión.

5. RESULTADOS

En este capítulo se exponen los resultados obtenidos en el proceso de análisis en la metodología de “entrevista de elicitación”, derivada de un enfoque fenomenológico, introducida por Pierre Vermersch (1994; 2006). La siguiente estructura da cuenta de la evolución temporal en la dimensión diacrónica en la comprensión de la narrativa en las personas con diagnóstico en depresión, para luego avanzar a niveles más altos de abstracción centrados en el momento en que se recibe el diagnóstico en depresión propiamente tal. La estructura genérica diacrónica del diagnóstico en depresión evoluciona en las siguientes fases; Fase 0: Señales de alarma; Fase 1: Pedido de ayuda; Fase 2: Diagnóstico en depresión; Fase 3: Elementos emergentes en la identidad narrativa de las personas con diagnóstico en depresión; Fase 4: Proceso de asimilación de diagnóstico en depresión.

En un siguiente apartado se presentará la Estructura Sincrónica Genérica de la Fase 2: Del diagnóstico en depresión, ítem que dan cuenta del más alto nivel de abstracción al que se pudo llegar en el momento mismo de ser diagnosticado, con las siguientes características específicas: A) Un puente hacia los fármacos; B) Encuentro entre la intensidad emocional y la razón; C) El alivio; D) Resistencia al diagnóstico

5.1. El camino hacia el diagnóstico en depresión y la construcción de la identidad narrativa en la experiencia subjetiva en el diagnóstico en depresión

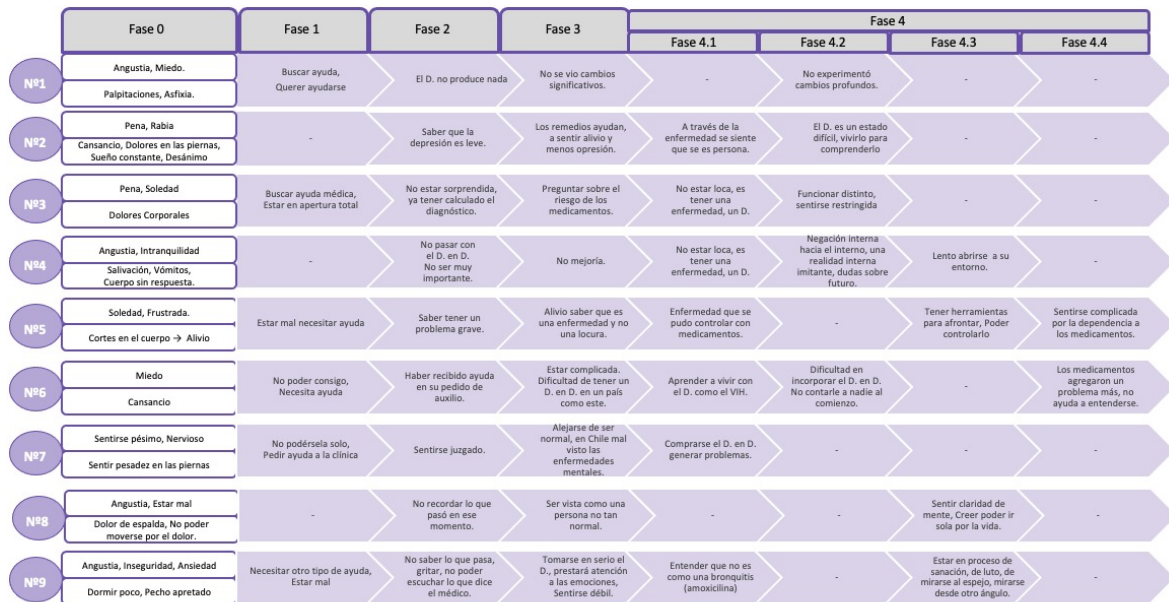
Los resultados obtenidos a partir del análisis diacrónico de la experiencia del diagnóstico en depresión permitieron identificar una estructura diacrónica de forma cualitativa en la evolución del malestar físico y emocional de las personas hacia el diagnóstico. Para ello, se desarrolló un continuo de la experiencia en depresión, que

incluye el momento específico en que se es diagnosticado, por lo tanto, no existe un comienzo y fin precisamente definidos de cada una de las etapas, debido a que para algunas personas la construcción de diagnóstico es relativamente más rápida, mientras que para otros entrevistados resultó ser un largo proceso de múltiples diagnósticos en el transcurso de sus vidas adultas. Dicho lo anterior, resultó pertinente conocer en términos generales la variedad de discursos internos y atribuciones causales que condujeron a los entrevistados al diagnóstico de depresión.

En algunos casos, se pudo detectar que el malestar emocional comenzó en la niñez y/o adolescencia, en diferentes grados de intensidad sin llegar a una definición de que podría tratarse de una depresión, viviendo estados de precariedad emocional que a través del tiempo desencadenaron en crisis que los llevaron a un diagnóstico definitivo. Por otro lado, otros participantes comentaron tener más de un diagnóstico en depresión, habiendo sido estos en diferentes momentos de su vida adulta por lo que contaban con una noción previa de la experiencia en depresión, de este modo la experiencia de vivir un diagnóstico más reciente tiene una estrecha conexión con diagnósticos previos. Por otra parte, para otros la evolución de un malestar emocional y físico fue atribuida a situaciones altamente estresantes, en algunos casos a quiebres importantes en relaciones significativas, o simplemente estados de estrés gatillados de forma inesperada y abrupta como consecuencia de largas temporadas superando dificultades hasta llegar a la definición de sí mismo como en crisis o deprimidos, respondiendo a formas confusas de habitar su propia subjetividad, altamente desafiante en la capacidad de nombrar y responder ante un problema, buscando ayuda profesional.

5.2. Estructura genérica diacrónica de la construcción de la identidad narrativa en la experiencia subjetiva en el diagnóstico en depresión

Gráfico 2: Estructura genérica diacrónica de la identidad narrativa en el diagnóstico en depresión



5.2.1. Fase 0: Señales de alarma

Esta fase da cuenta que para algunos sujetos las primeras señales de alarma están ligadas al malestar físico y emocional. En algunos casos, en una combinación de ambos y en otras con mayor malestar físico que emocional o viceversa. las subfases son: F0.1; ¿Qué pasa con mi cuerpo? y F0.2; ¿De dónde salieron estas emociones?

F0.1. ¿Qué pasa con mi cuerpo?

En fase cero, independientemente del contexto en que se desarrolla para cada uno de los entrevistados el trastorno depresivo, se perciben movimientos de cambio en la percepción corporal y emocional que tienen sobre sí mismos. Para E2

el malestar corporal se presenta con sensaciones de cansancio, pesadez en los brazos y piernas, que fueron las primeras señales que generaron una señal de alarma. Sin embargo, para E7, también el cuerpo aparece afectado, percibiendo esta experiencia subjetiva, como un cuerpo que comienza a fallar. Las siguientes citas dan cuenta del relato de ambos entrevistados.

E2: “Cuando me empecé a sentir muy cansada de levantarme en las mañanas y ya las piernas no me daban. [...] cuando empecé a sentirme más adolorida con los brazos, con el cansancio en las piernas. Empecé a sentir que no era capaz, porque yo siempre funcioné, llevo cuarenta y tantos años trabajando en las buenas y las malas, obligada a funcionar, porque me creía superwoman, pero mi cuerpo me empezó a acusar”.

E4: “[...] me acuerdo que no podía comer, todo me daba asco, como que el cuerpo estaba como medio fallando. [...] y ya cuando mi cuerpo empieza a fallar, no podía comer, y lo vomitaba todo por así decirlo. Sé cómo funciona mi cuerpo, entonces esas veces tenía los mismos síntomas por así decirlo, pesado, mareos, con salivación en la boca y esas cosas”.

Estos extractos muestran cómo va apareciendo la sintomatología depresiva, dando luces de que algo comienza a andar mal. Este cambio en lo cotidiano de sus vidas los enfrenta a la posibilidad de referirse a sí mismo como parte de su propia subjetividad. Tal vez, incluso incipientemente antes del correlato emocional, el cuerpo da señales de una subjetividad que va poniendo de manifiesto la necesidad de conectar el cuerpo dolido con el malestar emocional.

F0.2. ¿De dónde salieron estas emociones?

En esta subfase se puede advertir, que las emociones aparecen también como una señal de alarma, mostrando una cierta fragilidad con señales inequívocas de alarma, en la presencia de emociones en diferentes intensidades y en combinación con malestar físico.

Por ejemplo, en los entrevistados E3 y E9, se puede apreciar claramente la presencia de ansiedad, angustia, inquietud intensa como forma de definir una turbulencia emocional. Para E3, incluso es una combinación de ambas, de malestar físico y emocional que se combinan y empiezan a fluir mostrando aspectos subjetivos de una experiencia en curso, mientras que para E9 el cambio es paulatino, un pequeño malestar va evolucionando hacia niveles de temor y ansiedad, producto de la interpretación subjetiva de contexto adverso para el entrevistado, quien sucumbe ante la incertidumbre provocada por la pandemia. En los siguientes extractos se puede advertir esta evolución.

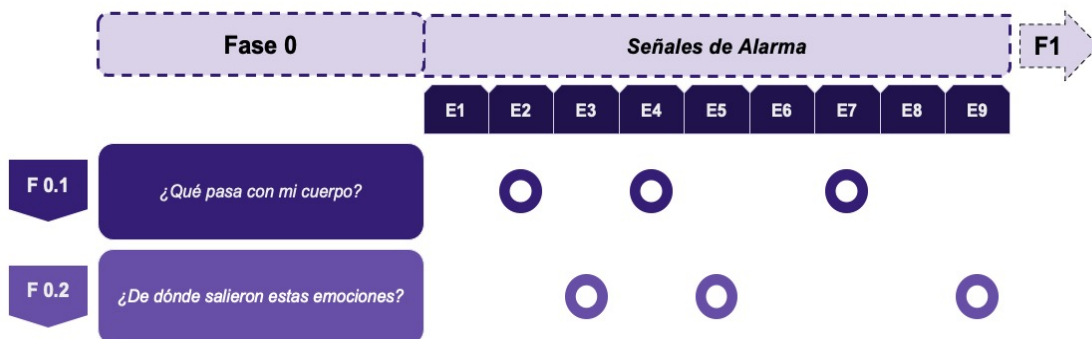
E3: “Fue un conjunto de situaciones familiares, laborales, de salud y creí que yo iba a ser capaz de sobrellevarlo, como de ordenar todo y hacer como una limpieza y seguimos adelante, em...el año pasado, en algún momento yo empecé incluso a perder la motivación para ir a trabajar, siendo que adoro mi trabajo [...], pero empecé a sentir por ir a trabajar y era un tema que sentía dolores en la guata, la cabeza, me sentía mal y muy acelerada y eso que yo soy acelerada, pero yo misma me percibía muy acelerada”.

E9: “Tenía una pareja con la cual llevábamos aproximadamente un año y medio, eh...nos pilló el tema de la pandemia, a lo cual procedimos a trabajar en forma de teletrabajo, yo por mi lado me dedicaba a lo que era entrenamiento y capacitación de la gente [...]. Ahí me empezó a molestar o empezó ya a hacer un poquito de

molestia, la monotonía, de no cambiar de lugar, por lo tanto, nunca se cambiaban los temas y eso era así todos los días, y yo antes de la depresión siempre fui una persona muy espontánea, inquieta, de chistes, cosas nuevas. Entonces una pequeña molestia y luego comenzó a surgir la ansiedad producto de las reuniones, angustia de perder el trabajo”

Como se puede apreciar en las citas, los entrevistados de manera algo ingenua, experimentan emociones que sin duda irrumpen la cotidianeidad de sus vidas casi de manera ingenua sin poder vislumbrar su evolución o posible gravedad, sólo aparecen y marcan un inicio de lo que se convertirá en un diagnóstico en depresión.

Gráfico 3: Señales de Alarma



5.2.2. Fase 1: Pedido de ayuda

La fase uno está caracterizada por llegar a un punto de inflexión máximo en la evolución del malestar físico y emocional. La situación que los aqueja va evolucionando a diferentes velocidades, hasta el punto en que el nivel de sufrimiento emocional se agrava, provocando la búsqueda de ayuda imperativa. Los

entrevistados se refieren al pedido de ayuda como el momento propicio para hacerlo, en la claridad de estar pasando por un mal momento, teniendo la apertura necesaria para recibir esa ayuda que están necesitando. La subfase acá es F1.; SOS.

F1.1. SOS.

La narrativa de cada uno de los entrevistados se convierte en algunos casos, una descripción de sí mismos desgarradora y de alto impacto, en un momento en que no se reconocen a sí mismos. Se puede apreciar cómo llegan a estados de emergencia, donde solo cabe la posibilidad de pedir ayuda. En esta subfase, la mayoría de los entrevistados llegan un punto de inflexión en que la crisis es inevitable, como ejemplo de esto, se puede observar cómo E4 no puede más y necesita aplacar los síntomas, mientras que la situación para E7 comienza a transformarse en algo de vida o muerte. En tanto para E9, un atisbo de cordura entre una crisis extrema, lo impulsa a pedir ayuda y pedir una interconsulta con un profesional de la salud mental. Los siguientes testimonios dan cuenta de este momento de emergencia.

E4: “Que yo me acuerde, tenía como esa cosa de no poder detener el cerebro, el cerebro pensaba mucho, mucho, mucho. Yo pensaba puras cuestiones que no tenían sentido, o sea pensando todo lo que estaba pasando, cómo podría arreglarlo y giraba en torno a eso. [...], pero lo que yo más necesitaba en ese momento era aplacar los síntomas, calmar los síntomas, que me dieran medicamentos para poder aplacarme o bajarme de ese estado en que estaba, de poder callar la actividad cerebral que tenía”.

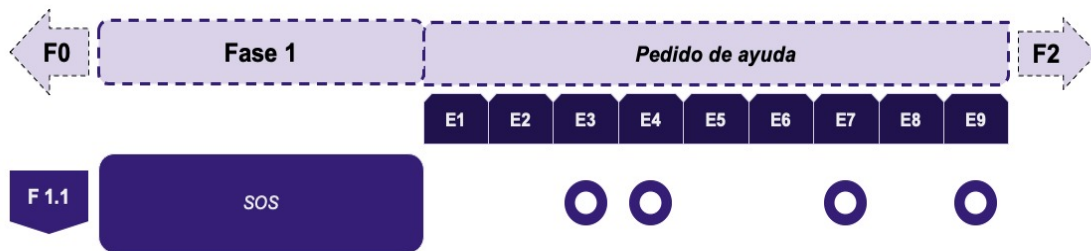
E7: “[...], fueron pasando los días, [...], como que no podía hacerme la idea de que esta persona no iba a venir, que se había acabado todo, todo lo que habíamos conversado, se había ACABADO,

entonces yo ya como que no podía más con mi alma, porque en el fondo no tenía... era como aceptar un fracaso que yo no... aceptar un fracaso completo en esa historia, entonces, cuando yo ya no podía MÁS, que había sido un día que también había tomado hartas pastillas. Y ahí mismo pesqué el teléfono y llamé a varias clínicas y la Clínica Auxilio podía recibirme”

E9: “[...] lo único que quería era fumar, entonces yo bajaba hacia la calle y fumaba y fumaba y fumaba, hasta que subí y me atiende el doctor, yo desesperado, angustiado, no sabía lo que me pasaba, no tenía control de mis emociones, nada, no sabía lo que me pasaba, yo sabía de mi metro cuadrado nada más [...], tiritaba, fumaba, tenía esa sensación de que lo perdí todo, que nunca más iba a volver a ser feliz, inseguridad, dolor en el pecho, eh ansiedad, angustia, ganas de irme a la, no ganas de matarme, ni pensamientos suicidas. [...]. Siempre me pongo en el peor de los casos, entonces este era el peor de los casos, la hospitalización para mí, porque me veía que estaba mal, y necesitaba otro tipo de ayuda”.

De los párrafos expuesto se puede inferir que, en esta fase de pedido de ayuda, los síntomas corporales son sobrepasados por emociones desbordantes, llanto profuso y rumia mental, una falta de control emocional extremo amenazando su propia coherencia interna, en una autopercepción paupérrima de sí mismo. Con una narrativa autorreferente, se pierde el rastro de la evolución de su problemática, estos tres testimonios dan cuenta que sólo pueden centrar su atención en la experiencia en curso, no hay cabida a una mayor interpretación del momento. El foco está puesto en la urgencia del momento.

Gráfico 4: Fase 1; Pedido de ayuda



5.2.3. Fase 2: El diagnóstico en depresión

En esta segunda fase de la estructura genérica diacrónica del momento del diagnóstico en depresión, se ha podido identificar que existe una variedad de formas de habitar el momento de ser diagnosticado. Es sin duda una instancia relevante para los entrevistados, cuyo significado de este momento será una construcción progresiva a otras y nuevas interpretaciones del diagnóstico en depresión, relacionadas a este momento. Las subfases son: F2.1; Autodiagnóstico y F2.2; Otros diagnósticos en depresión previos.

F2.1. Autodiagnóstico.

Los entrevistados E1, y E3, mencionan haber llegado a la interconsulta con el profesional en salud mental, sabiendo de antemano que se trataba de una depresión, poseen una claridad sobre su estado de salud mental o al menos una idea de que podría tratarse de depresión.

E1: “[...], quizá me pasa que yo sé lo que tenía, o yo sé lo que me pasa y que por eso vine a buscar ayuda, yo sé que es así, porque no poder controlar las emociones es por algo pues [...], el diagnóstico no me produce nada, solamente el tema me produce es querer

ayudarme, que me ayuden, eso quiero, que me ayuden, que me ayuden a solucionar mis temas [...]”.

E3: “[...], si, y le dije: mire yo tengo depresión, aunque me diagnosticaron con un trastorno conductivo, algo así. [...] Entonces yo le dije, a mí el médico familiar me diagnosticó con un trastorno conductivo, pero yo creo que está erróneo el diagnóstico, [...] yo más o menos calculaba que era una depresión...”

Se puede observar de los extractos anteriores que, para estos entrevistados, existe una intuición acertada sobre un posible diagnóstico en depresión. Se percibe un conocimiento previo sobre el trastorno depresivo, aunque la construcción del diagnóstico es una experiencia totalmente personal, las nociones de las características generales del trastorno depresivo son popularmente conocidas.

F2.2. Otros diagnósticos en depresión previos.

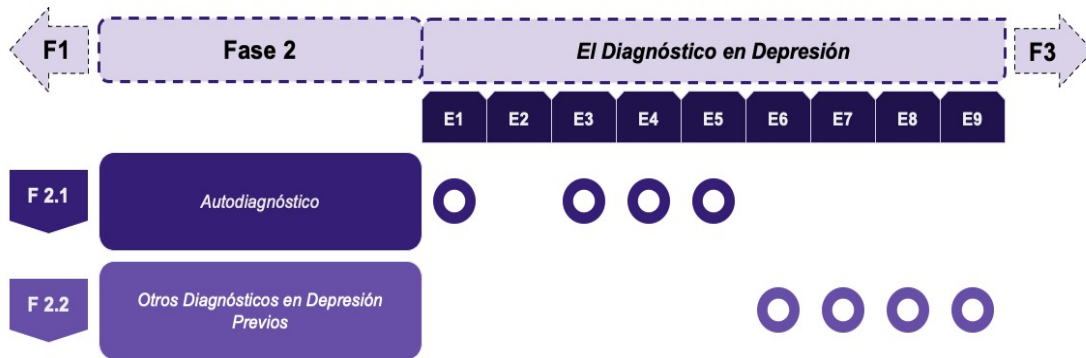
Para los entrevistados E6 y E7, no es la primera vez que pasan por un diagnóstico en depresión, por lo que ya existe conocimiento previo de la sintomatología depresiva. En la entrevista E6, se puede apreciar que la entrevistada, pudo fácilmente reconocer que estaba iniciando un nuevo proceso depresivo, aunque sentía que este último proceso venía con síntomas mucho más intensos que la última vez. Mientras que para E7, las visitas a psiquiatras habrían sido algo recurrente en su vida para enfrentar múltiples episodios depresivos, en el último diagnóstico, sin embargo, surge la atribución moral de sentirse juzgado al enfrentar esta última instancia de diagnóstico y, a pesar de mostrarse poco representado, decide aceptar la categoría diagnóstica. En las siguientes citas se puede apreciar cómo los entrevistados perciben de forma distinta los diagnósticos anteriores.

E6: “[...] cognitivamente yo estaba muy lenta, además de estar con esto sentía que mi cuerpo no había descansado los últimos meses, entonces se me olvidaban las palabras, todo un esfuerzo enorme, leer, me costaba leer mucho, no entendía lo que leía, estaba muy mal cognitivamente [...], bueno me dije, estoy complicada, pero he tenido otros episodios de depresiones en mi vida, siento que es este es el más fuerte, pero he tenido por lo tanto sabía que podía salir de esto”.

E7 “[...], me sentía muy mal, andaba con mucha angustia, no sé, ...pensando en cosas malas, entonces fue esa época, que andaba anormalmente mal, digamos estaba muy nervioso, muy ansioso, estaba mal, por eso llegué donde él. [...] entre el dos mil dos y dos mil cuatro, debo haber visto un par de psiquiatras más. Después pasó el tema de la depresión y empecé con el tema de la fiesta, entonces andaba alterado por el alcohol. [...] seguí yendo al psiquiatra, otra vez por la depresión. Debo haber visto entre el dos mil dos y dos mil seis, creo que vi unos tres o cuatro psiquiatras, ahí fue, muy...muy, muy, muy, intensivo digamos el tema de psiquiatra. [...] Al final era como un jurado, era como un juzgado, entonces los jueces tenían la razón y no yo”

En las citas anteriores se puede observar elementos significativos de experiencias previas en el diagnóstico en depresión, para ambos se ha perdido la novedad de diagnóstico. Sin embargo, la huella mnémica para E6 es clara y precisa, puede incluso advertir que el nuevo episodio depresivo llega con mayor intensidad en términos de sintomatología. Mientras que para E7, los diagnósticos en depresión habrían sido una constante durante varios años, siendo el último el más significativo, mostrando un enfrentamiento de aspectos morales involucrados en su aceptación.

Gráfico 4: Fase 2: El diagnóstico en depresión



5.2.4. Fase 3. La narrativa emergente en personas con diagnóstico en depresión

Esta fase se caracteriza por agrupar y recoger los elementos esenciales que se desprenden de la experiencia subjetiva vivida al momento del diagnóstico en depresión. Esta categoría reporta de los entrevistados elementos narrativos emergentes de la experiencia al momento del diagnóstico en depresión en un movimiento continuo hacia una reconfiguración de sí mismos. La organización de las siguientes subfases son: F3.1; La complejidad de tener un diagnóstico en depresión y F3.2; El impredecible mundo de los fármacos.

F3.1. La complejidad de tener un diagnóstico en depresión.

En esta subfase, la mayoría de los entrevistados muestran una variedad de significados otorgados al diagnóstico en depresión. Todos tienen una connotación negativa, estos matices negativos emergen y evolucionan a medida que se construye el significado del diagnóstico en depresión para cada uno de los entrevistados. Por ejemplo, para E7 y E8, tener un diagnóstico en depresión, los aleja de lo que ellos consideran que es “normalidad”, muestran tener limitaciones

para comunicar a otros su estado de salud mental. En el caso de E8, admite tener complejos relativos al diagnóstico en depresión y en el trabajo podría ser una limitante al enfrentar a las personas que tiene a cargo. Algo similar pasa con E7, quien admite tener prejuicios con el diagnóstico, debido a que en Chile está mal visto tener una enfermedad mental. Mientras que para E9 la sintomatología depresiva empieza a adquirir mayor significado, le permite admitir que tiene un diagnóstico en depresión y que eso implica también transformaciones para él, en la forma de percibirse desde este momento en su vida. Lo anteriormente escrito se ve reflejado en los siguientes extractos.

E7: “[...], como culposo, es una excusa que no me gusta tener. [...] Chile no es un país que vea bien la salud mental, es como algo que me aleja de lo normal, por así decirlo, no es como romperse la pata y te dicen: animo pa’ arriba, pero cuando dices tengo depresión: chuta que lata, pero hasta ahí llega el comentario.”

E8: “Como que te miran como una persona, no, no, no tan normal, o tan apto para hacer las cosas, soy muy negativa, me frena un poco, el miedo al fracaso. [...], todavía tengo esos complejos, eso con la depresión, pienso que soy menos que el resto, todavía pienso así, ¿qué increíble, ah? Nunca lo digo, a un amigo o dos, no en el trabajo, imagina, tener un grupo de treinta personas a mi cargo, estar con una persona depresiva, no.”

E9: “[...] como empezó a crecer esto en mi cabeza, la rumia, como empezó a afectar en la ansiedad, en fumar, entonces claro efectivamente son síntomas que me hicieron entender que yo tengo una enfermedad o un diagnóstico de trastorno mental..., pero que tengo un diagnóstico y que debo tratarme, que ya no soy el mismo, que ya no voy a ser el mismo de aquí para atrás.”

Como se muestra en las citas anteriores, el proceso de construcción del diagnóstico implica una complejidad, se ven reflejados elementos de una identidad en transformación; inestable, oscilante en su movimiento hacia una nueva configuración, desde un momento ambiguo en sus vidas.

F3.2. El impredecible mundo de los fármacos.

Otros entrevistados reportan su experiencia con los medicamentos y su relación con ellos. Para E4, en un comienzo, los medicamentos no hacen el efecto esperado excepto uno de ellos que lo alivia y le permite sentir algo de mejoría. Se observa en este entrevistado que tiene la necesidad de sentirse mejor, de ver cambios a corto plazo. En tanto para E6, los efectos de los fármacos provocan efectos secundarios, de aletargamiento, en ocasiones hipersensibilidad y en otras desconexión con el mundo que la rodea, irrumpiendo en su cotidianidad, percibiéndose a sí misma desconectada de su propia esencia. En tanto la connotación que otorga E9 a los fármacos es negativa, señalando que durante años tuvo que sufrir los efectos colaterales de los medicamentos, despertando en él serias dudas de su efectividad, considerándolos como un elemento que sólo discapacita a las personas. Las siguientes citas dan cuenta de estos testimonios.

E4. “[...] lo que yo en realidad necesitaba eran los medicamentos. Me acuerdo que seguía mal, sintiéndome mal. Necesitaba saber cómo iba a cambiar yo, en realidad ya no quería sentirme así, y cuando empecé con los medicamentos no había ningún cambio relevante, excepto X, que ese sí logra bajar los niveles de angustia, ansiedad o no sé cómo podría llamarlo y tenía momentos...podía estar mejor”

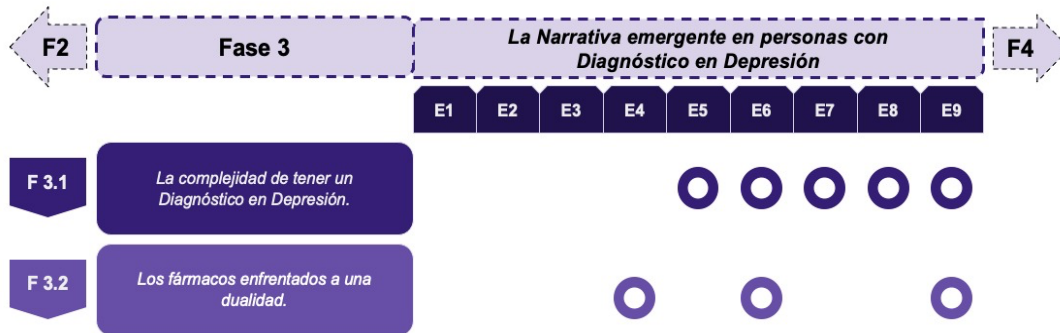
E6: “Ahora, cuando recién empecé con los remedios, me pasaba que abría el computador y me quedaba pegada [...], todo lo que me demoraba 40 minutos en hacerlo, estaba cuatro, cinco horas. Sentía

que la gente me miraba raro, tenía como más sensibilidad, pero también sentía momentos en donde no sentía ninguna sensibilidad, como que me desconectaba de todos como si fuera otro mundo, era muy raro”

E9: “[...], los medicamentos te invalidan, eh, te hacen más... ahora no se dice minusválido, pero te hacen más minusválido ante la vida. Claro quizá para períodos cortos traumáticos, quizá sea bueno, pero, pero.... yo tengo mis serias dudas que incluso para cosas crónicas sea de mucha utilidad. He tomado pastillas desde los 17 años, algunas las he tolerado bien, pero la gran mayoría no, es decir, he tenido efectos colaterales negativos, mareos, angustia, vértigo”

Como se muestra en las citas anteriores, los fármacos también son importantes para algunos entrevistados en la comprensión del diagnóstico en depresión. Los individuos comienzan a significar nuevas experiencias y adquirir nuevos conocimientos en torno al consumo de estos, tal vez sin sospechar el impacto que provocan en la continua construcción de una identidad que ya viene transitando por estados de fragilidad y vulnerabilidad.

Gráfico 6: Fase 3; La narrativa emergente en personas con diagnóstico en depresión



5.2.5. Fase 4. Proceso de asimilación del diagnóstico en depresión.

En esta última fase se puede reconocer significados más estables que emergen sobre el diagnóstico en depresión, y que van paulatinamente evolucionando a un autorreconocimiento como sujetos enfermos y la enfermedad como algo plausible en sus vidas como parte de la continuidad de un cambio sin reversa. Sin embargo, convivir con el diagnóstico en depresión podría ser un desafío difícil de sortear, debido a que, por un lado, instala una discrepancia continua provocada por la dificultad de superar el diagnóstico en depresión, que se polariza entre rendirse ante el diagnóstico en depresión y asumirse en calidad de enfermo; y por otro permanecer en la lucha contra el diagnóstico en depresión ubicándolo en la categoría de problema. En esta fase pueden encontrar las siguientes subfases: F4.1; El diagnóstico en depresión en la construcción de un significado de enfermedad, F4.2. El desafío de vivir con un diagnóstico en depresión; F4.3. Un atisbo de esperanza en el camino de la construcción de la identidad narrativa en la experiencia del diagnóstico en depresión; F4.4. Narrativas convalecientes atrapadas en el diagnóstico en depresión.

F4.1. El diagnóstico en depresión en la construcción de un significado de enfermedad.

En esta subfase por ejemplo, se puede observar cómo los entrevistados E2 y E3, comienzan a reconocerse a sí mismos como sujetos enfermos. Para E2, no ha sido fácil tomar conciencia de esta enfermedad, identificándose previo al diagnóstico como una persona entusiasta e independiente. Mientras que para E3, admitir tener una depresión, no atenta a sus características como persona. Cataloga la depresión y su diagnóstico como una enfermedad que es abordable. Contrariamente, E4 intenta no mostrarse enfermo, a pesar de que su estado depresivo es evidente para su entorno. Las siguientes citas dan cuenta de este proceso de construcción de nuevos significados.

E2: “[...] yo siempre he sido una persona autovalente, independiente. No me complica estar sola, porque mi forma de ser siempre ha sido entusiasta, con energía, con ganas de hacer cosas. Primero me costó tomar conciencia que estaba enferma, que es lo que más cuesta”

E3 : “[...], claro, como que se asocia a algo malo también, o sea yo entiendo que es una enfermedad, pero no por eso soy una mala persona o hago tonteras o no soy capaz de tomar decisiones, es lo mismo con la depresión, o sea, es un enfermedad, entonces no cambio mi persona en el fondo, o sea no soy una mala persona porque tengo depresión, no estoy loca como dicen porque hay una depresión, o sea es una enfermedad de la tantas enfermedades mentales que hay.”

E4: “A medida que pasaba el tiempo, yo me daba cuenta que estaba mal y que todos percibían que estaba mal, pero pese a aceptar que tenía una gran depresión, trataba de que para los demás esto no fuera una depresión, sino tan solo un mal momento. De cierta forma

era como una negación hacia mi entorno externo, pese a que yo lo comprendía como una realidad interna que me limitaba”

A través de estas citas se pueden observar narrativas que van en torno a la aceptación del diagnóstico en depresión y la depresión como enfermedad, incorporando nuevos significados y orden a sus experiencias. Este proceso de asimilación de diagnóstico también confronta a los entrevistados reconocerse una y otra vez a sí mismos en este cambio progresivo de asimilación del diagnóstico en depresión como un elemento propio.

F4.2. El desafío de vivir con un diagnóstico en depresión.

En esta subfase, tres de los nueve entrevistados con diagnóstico en depresión, muestran la dificultad de enfrentarse al trastorno depresivo y su diagnóstico una y otra vez, develando narrativas que se van instalando de forma más permanente a partir del diagnóstico en depresión. E2 desmitifica el concepto de mujer súper poderosa para instalarla en calidad de persona. Mientras que para E6, el significado que emerge del diagnóstico en depresión apunta hacia narrativas en torno a la cronicidad de la enfermedad comparada a vivir con un lupus o VIH que son enfermedades crónicas y autoinmunes. Simplemente para E3, es admitir que está más restringida en su rendimiento habitual, que se ha visto disminuido comparativamente al que tenía antes como una persona mucho más ágil.

E2: “Yo siempre me creía superwoman, yo no podía enfermar, yo no podía caer, yo tenía que salir adelante, yo tenía que salvar a mis hijos, a todo el mundo, y no, con suerte me rescato a mí misma. Entonces, hoy día me doy cuenta de eso, que la depresión siendo tal vez una enfermedad, me ha hecho entender que soy persona”.

E3: “Ahora como que el tejido me da rabia, me da rabia ver el tejido que no lo termino, y ahí está, pero no soy capaz de hacerlo tampoco.

Funciono distinto, porque...no sé antes yo tenía que hacer veinte cosas en el día y hacía veinte como fuera, ahora tengo ganas de hacer veinte cosas, pero mi cuerpo y mi mente me alcanza para diez. entonces me veo restringida por ahí.

E6: "bueno yo creo que em..., dentro de lo que quizá no es pa' salir hoy día para y decir tengo depresión, pero creo que de la depresión se sale adelante y uno tiene que aprender a vivir con ella como si tuviera un lupus, VIH, em, un cáncer digamos"

En esta subfase se puede observar en los entrevistados que el diagnóstico en depresión va convirtiéndose en un desafío con el que tienen que lidiar permanentemente. La experiencia subjetiva del diagnóstico en depresión avanza hacia cambios de la identidad personal como un proceso continuo, que permitirán nuevas significaciones de sí, en el mundo.

F4.3. Un atisbo de esperanza en el camino de la construcción de la identidad narrativa en la experiencia del diagnóstico en depresión.

Esta subfase permite notar cómo algunos entrevistados han ido procesando e incorporando el diagnóstico en depresión y el trastorno depresivo como enfermedad. Este proceso para E4 y E9, muestran una mayor apertura para enfrentar lo discrepante del diagnóstico en depresión y la depresión como trastorno mental, mostrando avances en la comprensión de esta experiencia. El testimonio de E4, muestra un transitar desde un mundo autorreferente y de aislamiento hacia una mayor integración con otros, dejando de esconder el diagnóstico y la enfermedad, dejándose acompañar en un proceso de psicoterapia y gente de su confianza. Mientras que E9, muestra claridad y compromiso con los pasos a seguir para enfrentar el trastorno depresivo y su diagnóstico. Lo expuesto se puede apreciar en las siguientes citas.

E4: “[...] fue progresivo, yo creo que fue muy progresivo, la psicoterapia, haber hecho deporte. Entonces estaba igual haciendo una vida normal y también me fui abriendo producto de la misma psicoterapia, como que dejé de esconderlo, cómo que traté de buscar a la gente que quizá yo consideraba que sí me podía acompañar...”

E9: “[...], yo voy a tener usar los medicamentos por un tiempo y que estos no se eliminan de un día para otro, van bajando también las dosis según las cantidades, entonces se que es por un tiempo. Sé que esto no es como una bronquitis [...], yo tengo también un tratamiento con mi psiquiatra, con mi psicóloga, para poder entenderme, para poder mejorar, estoy poniendo todas mis fichas para poder mejorar”

Se observa en las citas anteriores cómo algunos entrevistados, han evolucionado hacia la incorporación de diagnóstico en depresión. Se puede apreciar un nuevo movimiento de cambio hacia nuevas y esperanzadoras versiones de sí. A partir de este nuevo ajuste, los entrevistados muestran haber marcado una nueva ruta hacia narrativas más integrativas de sí mismos. Las discrepancias intensamente vividas antes y durante el diagnóstico en depresión, comienzan a abrir nuevas posibilidades de interacción con el mundo. Van paulatinamente abandonando un mundo particularmente autorreferente hacia la posibilidad de superar la depresión y su diagnóstico, como la oportunidad de un nuevo comienzo.

F4.4. Narrativas convalecientes atrapadas en el diagnóstico en depresión.

En esta última subfase se puede reconocer un largo período de diagnósticos según narran los entrevistados. Para E6 y E7, el camino del diagnóstico en depresión pareciera haber llegado a destino, cuando la lucha contra los múltiples diagnósticos en depresión y el intento de conservar identidades narrativas de tiempos mejores, no son factibles. Ambos entrevistados muestran haber dado la

pelea con los medicamentos dejando de tomarlos, incluyendo terapias alternativas de reiki, flores de Bach y otras alternativas más, lectura y conocimiento profundo sobre el trastorno depresivo. Sin embargo, no hay una derrota completa, los entrevistados dejan entrever un instinto de supervivencia que mantiene una esperanza, aunque débil, permanece la ilusión de recuperar la salud mental.

E6: “Me puse a leer al respecto y eso de que la gente te dice trata de salir adelante tú puedes, si, es verdad, pero yo le puse mucho empeño y no lo logré, entonces como que siento..., desde hace seis meses no tomé remedios, me fui a este hoyo profundo, por lo tanto, si o si, no sé si, no fue la manera adecuada de dejarlo, no sé, no sé, si a lo mejor y siento que depender siempre de unos remedios para siempre, me duele, me complica, no quiero, siento que pierdo la libertad”

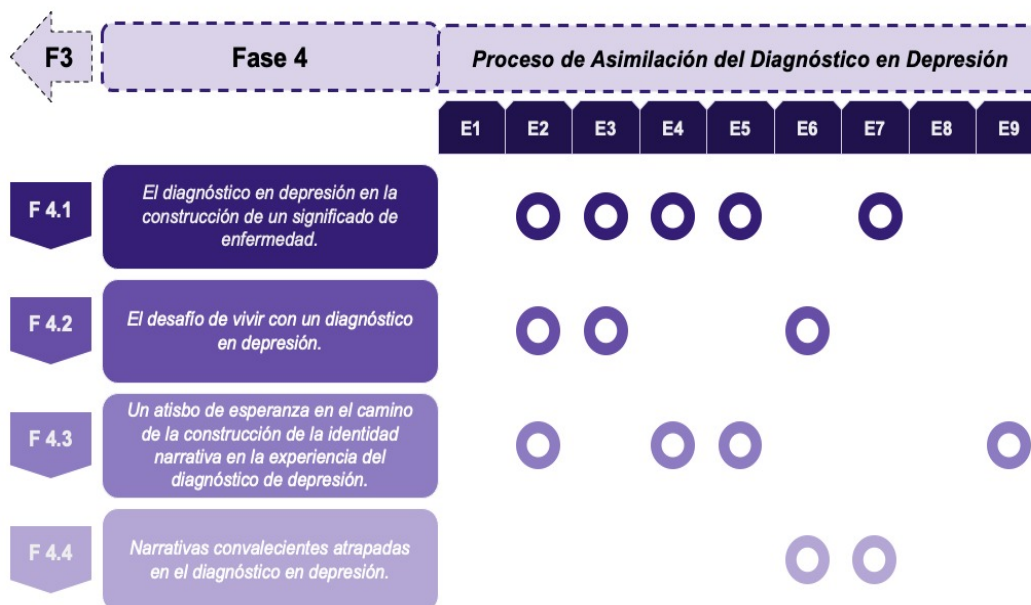
E7: “[...] la cosa de buscar, de ver que no hay algo normal en mí y buscar como la respuesta, ayuda en libros, ayuda en ..., no sé, en miles de cuestiones que he hecho después, meditación, acupuntura, hipnosis em...lo que se te ocurra, flores de Bach, miles de cosas, porque también sentía que la medicina tradicional no me iba a llevar a ninguna parte en general, las pastillas siempre, nunca le he, siempre las he tomado con cierta culpa, me agregaron un problema, en vez de solucionarme, en vez de ayudarme a entenderme por eso.

Cómo mencionan las citas anteriores, los entrevistados muestran una lucha interminable de intentos de revertir esta frágil y convaleciente identidad, terminando atrapados en un diagnóstico y una enfermedad mental. Lo narrado por E6 y E7, deja entrever significados de personas defectuosas, aunque no sea así. Pero la connotación de sus experiencias fallidas en la superación de la depresión es lo que pesa. No superar el diagnóstico y la enfermedad instala una identidad muy frágil,

ambos entrevistados continúan conectando significados de sí, desde una identidad que ya débil hacia versiones de esta con mayor fragilidad y vulnerabilidad.

El significado personal va una y otra vez poniéndose a prueba en versiones más endebles y complejas, desarrollando un sentido de sí mismos hacia identidades oscurecidas por los diagnósticos, los medicamentos y la enfermedad. A pesar de que no ocupan la palabra “dañada/o”, a partir de la narrativa que tienen en torno a sí mismos se desprende o se deja entrever el daño y la resistencia a los fármacos y las dudas sobre una salida definitiva.

Gráfico 6: Proceso de asimilación del diagnóstico en depresión



5.3. Una dimensión sincrónica en la experiencia subjetiva en el diagnóstico en depresión

La evocación del momento del diagnóstico en depresión muestra fragmentos que describen los niveles más altos de abstracción, permitiendo observar cómo los entrevistados reviven con mayores detalles esta experiencia.

De este momento de evocación se desprenden cuatro componentes del diagnóstico en depresión, que emergen casi simultáneamente, caracterizando el más alto nivel de abstracción al que se pudo llegar en la evocación de la experiencia subjetiva en el diagnóstico en depresión, cuidando en este sentido que no se pierdan elementos esenciales e imprescindibles de este momento:

- 1.- Un puente hacia los fármacos
- 2.- Encuentro entre la intensidad emocional y la razón
- 3.- El alivio
- 4.- Resistencia al diagnóstico

1.- Un puente hacia los fármacos. Los entrevistados E1 y E4 llegan al momento de la interconsulta en la certeza intuitiva de tener un diagnóstico en depresión, aunque para ambos la importancia del diagnóstico es irrelevante. Y más allá de obviar el diagnóstico en depresión, aunque si reciben uno, en el momento de la interconsulta con el profesional en salud mental, surge de manera espontánea una relación directa entre diagnóstico y fármacos, expresada verbalmente por E1 como una forma de recibir ayuda para solucionar los problemas que la aquejan. También se puede apreciar que para E4, el momento del diagnóstico en depresión genera expectativas sobre los cambios que producen los medicamentos, en una necesidad real de aliviar los pensamientos - la actividad mental. Los siguientes párrafos dan cuenta de este proceso racional, que incluso pone las emociones al margen:

E1: “[...] más me preocupa el estado de ánimo o la sensibilidad que siento todos los días, que el diagnóstico, que no me produce nada, solamente me produce de querer ayudarme, eso quiero que me ayuden a solucionar temas a solucionar todo el enredo que quizás hay o que me vayan guiando, eso necesito el tema de los medicamentos”

E4: “Yo sabía que probablemente era depresión, pero lo que yo necesitaba en este momento era aplacar los síntomas, en realidad yo iba para que me dieran los medicamentos, para poder aplacarme o bajarme de ese estado en que estaba, de poder callar esa actividad cerebral que tenía”

Estos extractos dan cuenta de un momento importante en la experiencia subjetiva de recibir el diagnóstico en depresión. La guía intencionada a este momento deja brotar la necesidad de obtener los fármacos, en la urgencia de aplacar los síntomas provocados por la depresión, en la apropiación de una subjetividad que mucha sensibilidad, precariedad en los estados anímicos, turbulencia mental. Los fármacos surgen en este momento del diagnóstico como una solución rápida y confiable, a la que ciertamente se tiene acceso, integrado casi de manera implícita.

2.- Encuentro entre la intensidad emocional y la razón.

Para E3, la experiencia vivida del diagnóstico en depresión, suma movimientos emocionales. En este caso, el diagnóstico despierta en la entrevistada, miedo ante la posibilidad de provocarse daño a sí misma. Se observa que el diagnóstico genera impacto en ella y prácticamente de manera simultánea surgen preguntas sobre la gravedad y cronicidad de la enfermedad, exponiendo aquello popularmente conocido por todos relativos a la depresión. Algo similar a la entrevistada anterior, se pudo apreciar en E9. En este caso el desborde emocional es significativamente mayor y con un menor grado de autorregulación emocional. Se aprecia que el entrevistado tiene la necesidad de expresar sus emociones como una explosión sin ningún control sobre ellas, solo dejando que estas se expresen, con un atisbo de razón para identificar a la persona que podría ayudarlo. Esto se puede apreciar en las siguientes citas.

E3: “Yo la verdad que no me sorprendí, porque más o menos calculaba que tenía una depresión grave, me asustó un poco cuando vi como grave con riesgo suicida [...] yo le pregunté me recuerdo a la psiquiatra, si efectivamente yo corría riesgo de que me pudiera hacer daño de verdad [...], y también se lo dije de inmediato, entiendo que esto es una enfermedad, que es crónica, ¿eso va a ser para mí de aquí para adelante?”

E9: “Gritando, si, no, eh con dificultad de mirarlo a los ojos, porque miraba para el piso, sonándome, no, super mal gritando y ahí me dice: bueno muchacho tú estás pasando por un proceso de depresión importante, por lo tanto, tú no puedes salir de aquí sin una persona que se haga responsable de ti [...], la única sensación eh chuta, no eh, la única persona que me puede ayudar acá es ABCD”

Acá se puede observar cómo los procesos cognitivos, en algunos casos se imponen por sobre los emocionales. Se aprecia un movimiento rápido de autorregulación emocional, anteponiendo la racionalidad, por sobre las emociones para darle forma a la experiencia, intentando significarla sobre la marcha. Mientras que en otros casos la presencia emocional, es tan intensa que anula toda conexión racional, dejando fluir un arcoíris emocional de fuerte intensidad.

3.- El alivio.

Para E5, E6 y E8, el momento del diagnóstico en depresión proporciona un alivio. Si bien E8, no logra recordar el diagnóstico que le entregan al momento mismo de la interconsulta psiquiátrica, la receptividad del médico provoca en la entrevistada una sensación de alivio. Por ejemplo, para E6, el alivio se produce al comprender que la desmotivación por la que atraviesa tiene una razón y no se trata de un estado de locura. De modo similar, para E5, el momento del diagnóstico en depresión, provoca un alivio al saber que algo le afecta, que no se relaciona con un

trastorno mental más grave como, por ejemplo: la locura, como ella misma lo describe. La entrevistada comprende su poca funcionalidad, comparada consigo misma y su niñez o a la permanente energía de su madre. Las citas a continuación permiten visibilizar lo descrito.

E8: “Yo estuve a gusto con el psiquiatra, me gustó, pero pucha cachai, es fuerte separarse, es fuerte, es muy fuerte, yo no podía hablar con el X, yo imagínate ese mismo día del psiquiatra, me cruzo en la calle, con él y no lo saludé. Eso le dije al psiquiatra, todo eso de la frustración, el enojo y él me dice: Bueno, por la separación y todo, pero sabí que no me acuerdo, todo borrado en mi mente, me dio XYZ [...], y sentí alivio, alivio, alivio, porque me gustó la persona”

E6: “[...], entonces me sentí como aliviada, sentí que lo que estaba, que lo que estaba pasando que era una desmotivación generalizada de todo, eh... tenía un motivo, no era algo que yo me estaba volviendo loca”

E5: “Me sentí como aliviada de saber que había algo que como afectándome, de que no era yo la loca, porque bueno como te digo, mi mamá super activa en funcionar y yo por el contrario no funcionaba, era raro porque no calzaba con lo que había vivido antes cuando era chica”.

Las citas anteriores dan cuenta a través de la evocación del momento del diagnóstico en depresión, que sienten un gran alivio, los entrevistados se sienten legitimados en su sufrimiento. Esta apropiación de sí se ve reflejada a través de la posibilidad de expresar en palabras el significado de cómo se percibe el alivio, acompañado de una narrativa que le da sentido a esa sensación. Es tal vez un momento inédito para el mismo sujeto que al narrar su alivio se encuentra con su

propia experiencia. El contexto que acompaña esta sensación permite también liberar anclas a la posibilidad de tener un trastorno mental de mayor gravedad, como también es mencionado.

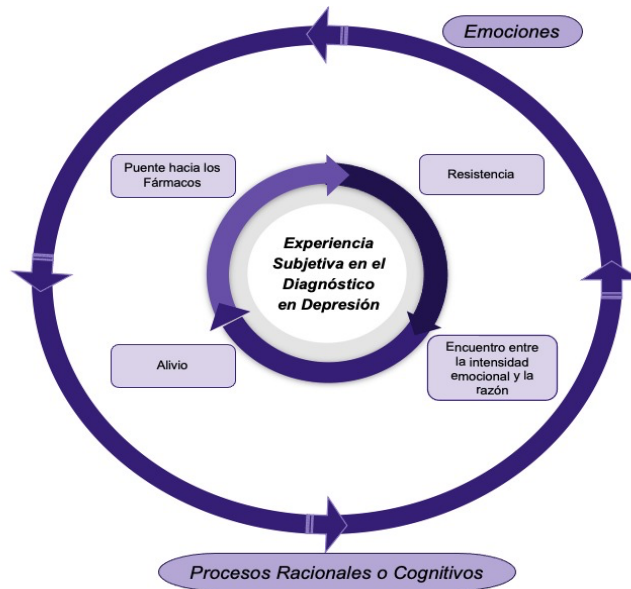
4.- Resistencia al diagnóstico.

La experiencia subjetiva de recibir un diagnóstico en depresión para E7, provoca una sensación de resistencia. Se contraponen las razones por las que recibe un doble diagnóstico, en depresión y alcoholismo, en su propia versión. Se puede apreciar poca claridad en la percepción personal de su estado de salud mental, dejando ver su inconformidad con el diagnóstico al sentirse juzgado.

E7: “Ese diagnóstico, del, de la depresión me lo compré y el del alcoholismo también me lo compré, todo lo del alcohol también me lo compré. Pero en el fondo, en el fondo dedujeron que era alcohólico y que me había tratado de matar, que eso es lo que, en el fondo, esas conclusiones yo nunca entendí cómo llegaron a eso [...], al final era como un jurado. [...] El diagnóstico en depresión, ni siquiera fue al tiro digamos, fue un día que tenía consulta ambulatoria”

Como se menciona en esta cita, el diagnóstico en depresión para este entrevistado deja emerger sensaciones contradictorias para él. Esto provoca discrepancias en su propia subjetividad como paciente con doble diagnóstico en depresión/ alcoholismo y asumir como propio, diagnósticos que significaron una sentencia. El momento de apropiación de sí, parece verse enturbiado, se ve impregnado de juicios sobre el momento, aunque contrariamente a su voluntad, se apropia del diagnóstico en depresión y alcoholismo.

Gráfico 4: Estructura genérica sincrónica - Experiencia subjetiva en el diagnóstico en depresión



6. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

La finalidad de esta investigación fue comprender la construcción de la identidad narrativa en sujetos con diagnóstico en depresión, a partir del momento mismo en que fueron diagnosticados con este trastorno por un profesional en salud mental.

En una primera instancia se pesquisó la experiencia subjetiva del momento del diagnóstico en depresión en el enigma de conocer la vivencia de los sujetos en la experiencia al momento del diagnóstico, logrando extraer conocimientos, sensaciones y emociones que los entrevistados, incluso no habrían considerado, hasta el momento de la evocación, también explicado por Varela (2016), quién plantea que la epojé es como un hilo conductor, donde las personas empiezan a relacionarse con su experiencia extrayendo de esta nuevas formas de reflexionar, de pensar y sentir, despojándose de conocimientos previos.

Los relatos de los entrevistados permitieron también construir una diacronía de experiencias asociadas al momento del diagnóstico en depresión, que paulatinamente construyeron versiones más complejas de significado del diagnóstico recibido.

6.1. La inmanencia en la experiencia subjetiva del diagnóstico en depresión

El primer objetivo fue identificar elementos centrales de la experiencia subjetiva al momento del diagnóstico en depresión. La idea de llevar intencionadamente a los entrevistados al momento del diagnóstico fue lograr la inmanencia de esta experiencia pudiendo acceder a nuevas reflexiones sobre ese momento abriendo nuevas posibilidades de pensar y sentir, permitiendo que los entrevistados revivan en esta instancia aspectos que incluso no habían sido develados para sí mismos.

Los elementos esenciales de la experiencia en el diagnóstico en depresión son:

6.1.1. Un puente hacia los fármacos:

Los resultados muestran que para algunos entrevistados, la instancia del diagnóstico en depresión, es un puente hacia los fármacos y la posibilidad cierta de recibir un tratamiento farmacológico que les permita aplacar la sintomatología depresiva, desde una percepción subjetiva de urgencia, con turbulencia mental, pensamientos intrusivos y rumiantes además de mucha sensibilidad emocional, Esto es coherente con lo señalado por Petersen y Madsen (2017), quienes aportan sobre este mismo punto, explicando que el diagnóstico por sí mismo no es mágico, sino que es un camino a una siguiente etapa del diagnóstico, es decir hacia la obtención de un tratamiento farmacológico.

6.1.2. Encuentro entre la intensidad emocional y la razón:

En el momento de la evocación, también se pudo reconocer en las personas que enfrentan el diagnóstico en depresión, la forma en que experimentan de manera casi simultánea momentos de intensidad emocional, mientras que al mismo tiempo intentan imponer la racionalidad, como explica Karp (1994), quien plantea que las enfermedades mentales, específicamente la depresión, somete a los individuos a un estado de ambigüedad, que es especialmente difícil de elaborar, debido a que la enfermedad no es lo suficientemente clara y su curso es incierto.

Los resultados también muestran particularidades del momento del diagnóstico en depresión, por un lado, se observa cómo el diagnóstico se perfila como un momento de atención importante en el que los sujetos extraen información relevante, sobre la enfermedad, la cronicidad y los fármacos. Sin embargo, por otro lado, el momento del diagnóstico, puede ser una instancia desbordante en términos emocionales, anulando toda conexión racional, dejando fluir las emociones sin control alguno. En este sentido Zytner, et al. (2011), señala que el proceso de diagnóstico en depresión implica reconocer fenómenos particulares, estableciendo

correspondencia entre estos, devolviendo al individuo la categoría de único entre sus gozos y sufrimientos. En este mismo sentido, se podría decir entonces que la experiencia subjetiva del diagnóstico en depresión es un elemento ipse, que se instala como una discrepancia intensa para el sujeto al momento de recibir el diagnóstico, en un nivel de operatividad del sujeto, que ya se encuentra disminuida ante la turbulencia emocional.

6.1.3. El Alivio:

Es una sensación que también aparece en el momento de la epojé. Al momento del diagnóstico en depresión, se produce en los sujetos un alivio, de poder legitimar el sufrimiento. Incluso la posibilidad de traducir en palabras la sensación vivida durante el diagnóstico, es aparentemente algo inédito para los individuos que pudieron percibirlo como tal, como explica Merleau Ponty en Buceta (2017), cuando se refiere a que el lenguaje permite nuevas significaciones de aspectos inéditos de una experiencia que estuvieron mudos hasta que llegan a instituirse en nuevas significaciones, reorganizando un universo de sentido ya establecido. Por otra parte, el diagnóstico proporciona el alivio de contar con una categoría diagnóstica, libera a la persona de suponer una mayor gravedad relativo a su salud mental, calificando el diagnóstico como algo abordable, solucionable, mencionado también por Lewis (1995), quien plantea que la aceptación del diagnóstico en depresión, es un alivio como una fuente de liberación y resolución, permitiendo identificar y distinguir categóricamente cuál es ese problema, del que la misma persona no tiene culpa de tener.

6.1.4. Resistencia al diagnóstico:

El diagnóstico en depresión no siempre es bien recibido, especialmente para quienes a lo largo de su vida han tenido que vivir varios procesos diagnósticos. Los resultados muestran que en algunos participantes puede haber una lucha interna al recibir un diagnóstico, al no sentirse representados por éste o simplemente sentir estar frente a un jurado que tiene la razón, deslegitimado su propio padecer. En este

sentido advierte Lewis (2015), que el diagnóstico en depresión podría ser rechazado cuando este no se relaciona con sus propias experiencias, incluso podría interpretarse como patologizante, más que como validación a su problema.

6.2. Hacia la construcción de la identidad narrativa dentro de los márgenes de diagnóstico en depresión

El segundo objetivo está centrado en comprender cómo paulatinamente se construye la identidad narrativa en los sujetos a partir de la experiencia subjetiva en el diagnóstico en depresión. El impacto del diagnóstico en depresión aún se mascara, la experiencia subjetiva en el diagnóstico no encuentra aún un ordenamiento verbal que, dé cuenta del significado de esta experiencia, explicado por Guidano (2000), como la doble dimensión de la experiencia: entre la experiencia inmediata y la explicación. La primera se refiere a la experiencia de vivir, y la segunda tiene que ver con poner en términos verbales la experiencia inmediata, siendo el lenguaje el vehículo que le otorga la posibilidad de categorizarla y secuenciar temporalmente, otorgándole al individuo la posibilidad de referirse a sí mismo y al mundo en el que participa.

A partir de lo expuesto, el significado que se le otorga a este diagnóstico es el comienzo de una construcción progresiva a otras y nuevas interpretaciones del diagnóstico en depresión. Los resultados muestran que las personas llegan al diagnóstico con nociones previas de que podría tratarse de una depresión, mientras que para otros que ya han tenido diagnósticos previos en depresión, saben de la situación que enfrentan, aunque en algunos casos pueden percibir un empeoramiento en su salud mental. Para Karp (1994), el diagnóstico en depresión es una continuidad de cambios, cuyas crisis precipitan el afrontamiento con el diagnóstico y la depresión como enfermedad. En este punto los resultados muestran que la agitación emocional con la que los sujetos llegan a ser diagnosticados no ha terminado. Si bien el diagnóstico en depresión cumple con la función de delimitar el alcance categorial del trastorno en depresión, dentro de los límites propuestos

por Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM (2013), comienzan también a emerger nuevas significaciones de esta experiencia, que progresivamente van más allá de primer diagnóstico categorial y de una determinada expresión sintomatológica. Las personas comienzan a cuestionarse quiénes son a partir de este último diagnóstico y cómo se integra esta última experiencia diagnóstica a quienes serán a partir de éste, lo que inevitablemente conducirá a cambios de la identidad personal.

Dicho lo anterior, se puede identificar, lo complejo que resulta para las personas tener un diagnóstico en depresión en un momento ambiguo de sus vidas, que se caracteriza por mostrar narrativas relativas a sentirse alejados de los estándares de la normalidad, y comenzando a construir categorías de enfermedad para sí mismos, como exponen Cortés, Uribe & Vásquez, (2005), quienes señalan que la narrativa permite al individuo generar un visión de sí mismo, de su dolencia, considerarse enfermo y enfrentar una enfermedad definida en una clasificación nosológica. Del mismo modo argumentan Botella y Gámiz (2011) quienes plantean la identidad narrativa psicopatológica, como formas humanas de pertenecer y relacionarse con el mundo, con algunos elementos de la experiencia subjetiva, que corresponden a la poca claridad y agencia personal, cómo si su propia narrativa los empujara a un estado de impotencia.

Por otra parte, los resultados muestran que los fármacos suman inquietud y tensión al sujeto, permitiendo emerger nuevas formas de narrarse, conforme se prueba su efectividad. Se observa que las personas experimentan cambios negativos en el consumo de los medicamentos, experimentando efectos secundarios desagradables, o ningún cambio significativo. Probablemente esto explicaría que el 20% de la población diagnosticada con depresión mayor en Chile, no remite, con consecuencia de evolución de trastorno depresivo más severo (Salvo, 2014). En este sentido se podría añadir que los fármacos son una parte importante en la construcción del significado del diagnóstico en depresión, ya que las personas comienzan a adquirir nuevos conocimientos y experiencias con los

medicamentos, sin sospechar el impacto que podrían provocar en la construcción de la identidad narrativa, como Botella y Gámiz, (2011), proponen sobre la identidad narrativa, y cómo lo sujetos privilegian o excluyen contenidos de su historia, en una variedad de formas de contar la propia historia. A partir de esto expuesto, los resultados obtenidos permiten plantear que los fármacos son incluso la ilusión previa al diagnóstico, de tener una solución o respuesta rápida a la sintomatología depresiva. Sin embargo, es una ilusión que rápidamente se desvanece, porque la sintomatología depresiva no mejora o porque el efecto es excesivo, provocando un enlentecimiento, aletargamiento y desconexión del sujeto consigo mismo. Sobre el mismo punto, Karp (1994), añade que las personas intentan manejar la información sobre su enfermedad, las hospitalizaciones, mientras al mismo tiempo intentan comprender el significado de los medicamentos evaluando la validez de estos.

6.3. ¡La constante ambigüedad de ser yo! Asimilando el diagnóstico en depresión.

El tercer objetivo específico de esta investigación da cuenta del proceso de asimilación del diagnóstico en depresión, hacia nuevas significaciones del diagnóstico propiamente tal y con ello a nuevas formas de sí, expresadas a través de la identidad narrativa.

A través de los resultados, es posible observar significados más estables para los individuos, en la certeza de contar con una enfermedad mental. El diagnóstico en depresión oficializa para el sujeto esta condición de enfermo, Petersen & Madsen (2017), plantean que cuando fluye el proceso de diagnóstico se permite una mayor comprensión y significación, facilitando su incorporación y aceptación personal como evidencia legítima de las propias dificultades. De este modo, el proceso de asimilación del diagnóstico en depresión podría confrontar a los entrevistados a reconocerse una y otra vez a sí mismos, en un proceso de identificación y diferenciación continuo, entre la capacidad del sujeto de autoperibirse a través de otros y a la vez diferenciarse de otros como un otro

significativo (Vergara, 2011). De esta manera, se evidencia un proceso continuo de cambio en la identidad, a partir de la apropiación del diagnóstico en depresión, como señala Duarte (Apuntes Diplomado CC, 2017) cuando explica que la identidad personal, es un proceso continuo y dinámico en la suma de experiencias vividas, que paulatinamente se convertirán en una forma más permanente de significación de la persona.

Por otra parte, tener un diagnóstico en depresión, no sólo configuraría al sujeto como un individuo clínicamente enfermo, los resultados nos muestran que la narrativa gira en torno a una mayor fragilidad en la identidad personal. Se observa cómo los sujetos construyen significados en torno a la depresión, comparativamente a estar enfermos de Lupus o VIH. Como plantea Álvarez (2007), señalando que la propia identidad narrativa supone una autoría en la elaboración de la experiencia personal psicopatológica, suponiendo que un trastorno entrelaza formas típicas de elaboración narrativa con contenidos con estructuras y procesos propios que constituyen invariantes organizativas que podrían ser poco flexibles, diversas, que limitan la experiencia emocional.

El proceso de asimilación del diagnóstico en depresión avanza activamente, movilizándolo en los sujetos características propias del significado y sentido personal. Los resultados muestran para algunos la incorporación de nuevas narrativas más integrativas sobre sí mismos, la turbulencia vivida en la experiencia subjetiva al momento del diagnóstico en depresión, comienzan a resignificarse, abriendo posibilidades de mayor interacción con el mundo relacional, hacia una mayor apertura, abandonando paulatinamente un mundo de autorreferencia y aislamiento. Al respecto Danielsson & Rosberg (2014) señalan, que existe una posibilidad de sentirse vitales y vivos, de reconectar con la vida. Los autores plantean que el cuerpo se entiende como una herramienta que abre posibilidades a través de movimientos o actividades que despiertan los sentidos, por ejemplo, socializar y/o trabajar, se convierten en una pausa beneficiosa al sentimiento de reclusión. Se podría entonces plantear, que las personas realizan movimientos de cambio hacia nuevas y esperanzadoras versiones de sí mismos, en el intento de superar la

depresión y su diagnóstico, como la posibilidad cierta de un nuevo comienzo en sus vidas.

Finalmente, para algunos menos afortunados, los resultados muestran que el proceso de asimilación del diagnóstico en depresión es un constante e interminable proceso de acumulación de diagnósticos. Al respecto Karp (1994), expone que al mismo tiempo que el diagnóstico en depresión instala a las personas en una categoría devaluada de personas con una enfermedad mental, esta situación empeora cuando se cambia de profesional y también cambian los diagnósticos, al mismo tiempo que los fármacos también se convierten en una situación problemática. Se observa que la relación que los sujetos establecen con los fármacos los interpela a resignificar una y otra vez sus experiencias con el/los diagnósticos en depresión, hacia versiones de sí mismos como sujetos más frágiles, vulnerables, con una empobrecida autopercepción y autovaloración de sí mismos. Al respecto, Karp (1994), amplía, refiriéndose a los fármacos, como un milagro momentáneo, que a corto plazo despierta dudas sobre su efectividad, significando esta experiencia como una “orgía farmacológica”, que se experimenta como un tormento prolongado en el tiempo.

Es así, que se podría plantear que el diagnóstico en depresión es un elemento ipse que enfrenta al individuo a constantes movimientos en la transformación continua de la identidad personal y narrativa. El diagnóstico en depresión abre para los individuos, un camino a innumerables experiencias y encuentros con su propio existir y apropiación de sí a través de estados calmos del trastorno en depresión o crisis continuas que los llevarán a afrontar más diagnósticos. Desde esta perspectiva, las personas se ven enfrentadas a sus propias subjetividades una y otra vez, en la esperanza de la recuperación de una vida activa, tratando de evitar quedar atrapados en el diagnóstico de un trastorno mental.

6.4. Implicancias Clínicas

El mayor mérito de esta investigación es que se investigó el diagnóstico en depresión como una experiencia encarnada, permitiendo observar los elementos inmanentes del diagnóstico. Así mismo, la experiencia fenoménica de este momento ha permitido a la investigadora observar de los entrevistados, cómo la identidad narrativa, que pone de manifiesto al sujeto entendido como personaje, no es una identidad distinta a sus experiencias, sino al contrario, comparte la identidad dinámica propia de la historia narrada (Botella & Gámiz, 2011). En este sentido, esta investigación da cuenta de la incorporación de nuevos conocimientos y significados en la experiencia del diagnóstico en depresión y cómo estos significados evolucionan hacia aspectos más estables y permanentes de la identidad personal. Así como plantea Guidano (2000), quien afirma que la identidad personal, es un proceso que forma parte de una relación recíproca entre el acontecer permanente de vivir y una continua conexión de significados, que permiten al individuo, organizar la experiencia, en un sentido de permanencia de uno mismo (mismidad) y de acontecer continuo de vivir (ipseidad).

A partir de esta investigación los terapeutas del modelo Constructivista Cognitivo, pueden contar con una información valiosa de este proceso de cambio en la identidad personal y narrativa, en personas con diagnóstico en depresión, lo que les permitirá abordar procesos de psicoterapia considerando esta evolución. Facultándolos para implementar intervenciones clínicas acordes al movimiento de transformación de identidad en que se encuentre el paciente; permitiendo que puedan avanzar hacia nuevas y adaptativas resignificaciones de sí mismos y su entorno, participando de una vida activa en términos familiares, laborales y sus relaciones interpersonales en general.

Desde otra perspectiva, la presente investigación es un aporte a una mirada teórica en la configuración de la identidad narrativa en el trastorno depresivo como psicopatología, configurándose como un aporte al modelo Constructivista Cognitivo.

6.5. Limitaciones

Una de las limitaciones de este estudio, es que debido al diseño. No permite representatividad, sino que las entrevistas realizadas a los participantes de esta investigación dan cuenta de la experiencia vivida al momento del diagnóstico en depresión y representan la subjetividad de sus vivencias.

Una segunda limitación es que, durante el proceso de entrevista, tres de doce participantes inicialmente, no pasaron a la siguiente etapa del análisis, dos de ellas, debido a que durante la entrevista se evidenció que no cumplían con los criterios de inclusión y finalmente una tercera entrevista quedó excluida, debido a que la persona después de ser entrevistada optó por retirarse del estudio. A pesar de esta disminución en los participantes, se logra responder a los objetivos específicos, sin embargo, el haber contado con el total de participantes, hubiera permitido obtener más información y detalle sobre la identidad narrativa en la experiencia subjetiva en el diagnóstico en depresión.

Una tercera limitación, es que no se consideró comorbilidades que son importantes al momento del diagnóstico en depresión, como el alcoholismo u otros trastornos del ánimo asociados al último diagnóstico, lo que podrían no contribuir a limitar la experiencia a solo el trastorno depresivo.

Por último, la cuarta limitación encontrada se relaciona con un elemento que hubiera sido interesante de abordar para lograr un mayor alcance en la investigación, que son las metáforas con la que los entrevistados se refieren al diagnóstico en depresión y el trastorno depresivo, que sin duda son formas reveladoras de interpretarse y hubiera resultado interesante analizarlas de no haber sido por razones de tiempo.

6.6. Futuras investigaciones

Si bien esta investigación da cuenta de la experiencia subjetiva del momento diagnóstico en depresión y cómo se construye la identidad narrativa a partir de este

momento, sería interesante, que al incluir un mayor grupo de participantes se pudiesen realizar trabajos investigativos hacia aspectos más teóricos en modelo Constructivista Cognitivo, la Fenomenología y la Fenomenología Hermenéutica, la Depresión desde las ciencia de la salud y psiquiatría, que dedican su quehacer a la prevención diagnóstica y problemas de salud mental de los seres humanos, de manera de proveer la mayor cantidad de herramientas a quienes trabajan en salud mental y pudiesen considerar esta información previo al diagnóstico en depresión.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Acevedo, J. (2006). Heidegger de la fenomenología a la experiencia. *Hermenéutica Intercultural: Revista de Filosofía*, 15, 233–261.
2. Álvarez, L. (2007). Narrativa prototipo de la depresión. Una validación convergente en sujetos depresivos. *MED Unab*, 10(1), 19–23.
3. Arciero, G. (2005). “*Del Apego a la Psicopatología.*”
4. Arciero, G. y Guidano, V. (2000). Experiencia, explicación y la búsqueda de la coherencia. *Revista IPRA*. <http://www.ipra.it/2000/05/esperienza-spiegazione-e-la-ricerca-della-coerenza/>
5. Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*.
6. Baker, Ch., Pistrang, N., Elliott, R. (2016). *Foundations of Qualitative Methods, Research Methods in Clinical Psychology*(pp.73-95) Wiley-Blackwell.
7. Balbi, J. (2003). *LA MENTE NARRATIVA Una evolución de las ideas hacia la concepción posracionalista de la identidad personal*. Universidad del Salvador.
8. Becerra, N., Zavala, A., Rivera, MS. (2017). *Revista Chilena Médica Familiar*, 12 (1), 8-13.
9. Benjamín, V., Saldivia, S., Pihán, R. (2016). Prevalencia y brechas hoy; salud mental mañana. *Acta Bioethica* 2016, 22 (1), 51-61.

10. Berrios, G. E. (1996). Historia de los síntomas de los trastornos mentales La psicopatología descriptiva del siglo XIX. *Psicología, psiquiatría y psicoanálisis*.
11. Bleichmar E. (1991). *La depresión en la mujer*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 11 (39), 283-287.
12. Botella, L., & Gámiz, M. (2011). *Narrative assessment in psychotherapy: a constructivist approach*. En P. Caputi, L. L. Viney, B. M. Walker, & N. Crittenden (Eds.), *Metodología de construcción personal* (pp. 245–267). ISTE Ltd and John Wiley & Sons.
13. Botto, A., Acuña, J., Jiménez JP (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica de Chile*, 142, 1297-1305.
14. Bruner, J. (2004). *Realidad Mental y Mundos posibles*. Editorial Gedisa.
15. Buceta, M. (2017). *Revista Latinoamericana de Filosofía*, XLIII, (1), 49-63.
16. Caponi, S. (2010). Emil Kraepelin y el problema de la degeneración. *História, Ciências, Saúde*, 17(2), 475–494.
17. Casarotti, E. (1999). Paul Ricoeur: La constitución narrativa de la identidad personal. *Prisma*, 12, 118–131.
18. Castel P. (2016). Algunas gotas de lógica en la niebla de las depresiones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(2), 137-144.
19. Cobos, J. (2005). El concepto de depresión. Historia, definición(es), nosología, clasificación. *Psiquiatría.Com*, 9(4). <http://psiqu.com/1-6035>

20. Cortés, C., Uribe, C., & Vásquez, R. (2005). Etnografía clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(2), 190–219.
21. Danielsson, L., & Rosberg, S. (2014). La depresión encarnada: una lucha ambigua contra el desvanecimiento. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 501–509.
22. Depraz, N. (2012). Delimitación de a emoción. Acercamiento a una fenomenología del corazón. *Investigaciones Fenomenológicas*, 9, 39-68.
23. Doerr-Zegers, O., Irrarázabal, L., Mundt, A., Palette (2017). Psychopathology; DOI: 10.1159/000477775
24. Duarte, J. (2012). *Aportes desde la intersubjetividad y la identidad narrativa para la psicoterapia constructivista cognitiva*. Universidad de Chile.
25. Duarte, J. (p) *Apuntes Diplomado Constructivista Cognitivo*. Universidad de Chile
26. Duarte, J., Fischerworrying, M., Martinez, C., y Tomicic, A. (2017). "I couldn't change the past; the answer wasn't there": A case study on the subjective construction of psychotherapeutic change of a patient with a borderline personality disorder diagnosis and her therapist. *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2017.1359426
27. Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1).
28. Federación Mundial de la Salud Mental (2012). Perspectivas Internacionales sobre la depresión. <https://consaludmental.org/publicaciones/Depresion.pdf>

29. Feixas, G. (1994). Constructivismo y psicoterapia. In M. Garrido & J. García (Eds.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 303–322). Promolibro.
30. Fierro, M., Bustos, A., Molina, C. (2016). Diferencias en la experiencia subjetiva entre depresión unipolar y bipolar. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 45 (3), 162-169.
31. Gonçalves, O.F. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa. Manual de terapia breve*. Editorial Desclée de Brouwer.
32. Guidano, V. (1987). *Complejidad del yo Un enfoque evolutivo de la psicopatología y la terapia*. Guilford Press.
33. Guidano, V. (1994). *El Sí Mismo en Proceso: Hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Editorial Paidós.
34. Guidano, V. (2000). *El modelo cognitivo postracionalista hacia una reconceptualización teórica y clínica*. Desclée de Brouwer.
35. Hernández, R.; Fernández, C. Y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Editorial Mc Graw Hill Interamericana.
36. Husserl, E. (1949). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. Fondo de cultura económica.
37. Husserl, E. (2006). *Investigaciones Lógicas 1*. Alianza Editorial, S.A.
38. INE (2017). Resultados Censo 2017. Recuperado de <https://resultados.censo2017.cl/>
39. Karp, D. (1994). Living With Depression: Illness and Identity Turning Points. *Qualitative health research*, 4(1), 6–30.

40. Kosinki, A. (2015). Una manera de responder ¿quién soy?: La identidad narrativa de Paul Ricoeur. *Avatares filosóficos* 2, 213-221.
41. Lambert, C. (2006). Teología y vida, 47, 517-529.
42. Lewis, S. (1995). Una búsqueda de sentido: dar sentido a la depresión. *Journal of Mental Health*, 4(4), 369–382.
43. Luque, R., & Berrios, G. E. (2011). Historia de los trastornos afectivos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(5), 130S-146S.
44. Mahoney, M. J. (2005). *Psicoterapia constructiva*. Paidós Ibérica
45. Martínez, V. (1998). La fenomenología lingüística de Fernando Montero. *Investigaciones Fenomenológicas*, (2), 45–56.
<https://doi.org/10.5944/rif.2.1998.5395>
46. Maturana, H. (1987). The biological foundation of self-consciousness and the physical domain of existence. In E.R. Caianiello (Ed.) *Physics of Cognitive Processes*, 324-379. Singapore: World Scientific.
47. Merleau-Ponty, M. (1993). *Fenomenología de la percepción*. Editorial Planeta de Agostini S.A.
48. Ministerio de Salud (2013). *Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más*. MINSAL.
49. Ministerio de Salud (2018). *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017*.
https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf
50. Montesano, A., Feixas G., Varlotta N., (2009). Análisis de contenido de constructos personales en la depresión. *Revista Salud Mental*, 32 (5), 371-379.

51. Moreno, S., (2014). La entrevista Fenomenológica; una propuesta para la investigación en psicología y psicoterapia. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 20 (1), 71-76.
52. Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes, Estimaciones Sanitarias Mundiales*. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
53. Ortiz, A. (2015). *La concepción de Maturana acerca de la conducta y el lenguaje humano*. *Revista CES Psicología*, 8 (2), 182-199.
54. Osorio, F. (2019). *Construcción narrativa problemática durante episodios de estancamiento en psicoterapias de pacientes con depresión, según subtipos clínicos anaclítico e introyectivo*. Universidad de Chile.
55. Petersen, A., & Madsen, O. (2017). Depresión: diagnóstico y sufrimiento como proceso. *Psicología Nordica*, 1–14.
56. Petitmengin, Cl. & Bitbol, M. (2009). Journal of Consciousness. *Communication Inc.* 16 (10-12), 363-404. http://www.preskorn.com/books/omd_open.html
57. Petitmengin, Cl. (2006). Describing one's subjective experience in the second person: An interview method for science of consciousness. *Fenomenología y Ciencias Cognitivas*, 5 (3-4), 229-269.
58. Raskin, J. D., & Lewandowski, A. M. (2000). The construction of disorder as human enterprise. In R. A. Neimeyer & J. D. Raskin (Eds.), *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy* (pp. 15-40). American Psychological Association.

59. Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro*. Siglo veintiuno editores.
60. Ricoeur, P. (2004). *Tiempo y narración I Configuración del tiempo en el relato histórico*. Siglo Veintiuno Editores.
61. Ricoeur, P. (2006). La automatización de la acción. En *Del texto a la acción*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
62. Salvo, L. (2014). Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile. *Revista Médica de Chile*, 142, 1157-1164.
63. Saussure, F. de (1967), *Cours de linguistique générale* (Paris: Grand Bibliothèque).
64. Sechehaye, A. (1940), "Les trois linguistiques saussuriennes", *Vox Romanica*, 5 : 1-48.
65. Sepúlveda, G. (2006). Desarrollo psicológico en la edad juvenil: Construcción de la identidad personal hacia la autonomía. En M. Valdivia y M.I. Condeza (Eds), *Psiquiatría del Adolescente* (pp.19-36). Mediterráneo.
66. Valenzuela, C., (2012). *The Relation Between Pain and Body Awarness: An Investigation Using Experimental and Experiential Methods*. Doctorat en Sciences Cognitives. Université Paris VI – Pierre Marie Curie.
67. Valenzuela, C., Vásquez, A. (2018). An Analysis Procedure for the Micro-Phenomenological Interview. *Constructivist Foundations*, 14 (2), 123-144.
68. Varela, F. (2016). *Fenómeno de la Vida*. Editorial JC Sáez SpA.
69. Varela, F., y Shear, J. (2005). Metodologías en primera persona: Qué, Por qué, Cómo. *Gaceta Universitaria*, 1(2), 148-160.

70. Vergara, P. (2011). *Tesis para optar al grado de magíster en psicología mención clínica infanto juvenil*. Universidad de Chile.
71. Yáñez, J. (2005). *Constructivismo Cognitivo: Bases Conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia*. Universidad de Chile.
72. Yáñez, J., Gaete, P., Harcha, T., Kühne, W., Leiva, V. & Vergara, P. (2001). Hacia una Metateoría Constructivista Cognitiva de la Psicoterapia. *Revista de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales*, 10 (1). 97 – 110.
73. Zytner, R., Bernardi, R., Miller, D., Varela, B., & Villalba, L. (2011). La exploración diagnóstica de la vivencia de enfermedad del paciente. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica [Internet]*, 7(4).

8. ANEXOS

8.1. Anexo I: Pauta de Entrevista - Experiencia Subjetiva en el Diagnóstico en Depresión



Estimada(o)
Dr. (a), Terapeuta
Presente.-

Julio, 2020

Junto con saludar, soy Ps. María Reneé Serrano, Rut. 14.532.296-0. Actualmente me encuentro cursando el Magister en Psicología Clínica Adultos de la Universidad de Chile. En este momento, estoy pronta a comenzar la etapa de recolección de datos muestrales para mi tesis "HACIA UNA COMPRESIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD NARRATIVA A PARTIR DE LA EXPERIENCIA DEL DIAGNÓSTICO EN DEPRESIÓN". Para tal efecto, me pongo en contacto con Ud. para solicitar pueda entregar una Carta Invitación, a las personas que cuenten con un diagnóstico en depresión y que Ud. considere puedan participar de esta investigación. Para resguardar la integridad de las personas y evitar posibles desestabilizaciones emocionales, quedarán fuera de este estudio todas las personas que presenten patologías graves como psicosis, trastornos severos de personalidad, esquizofrenia, distimia, personas con crisis agudas de depresión y/o con ideación suicida, incluso aquellos pacientes que usted como profesional considere más vulnerables y con propensión a desestabilizarse emocionalmente.

A las personas que participen del estudio se le invitará a una entrevista en la cual se abordará el tema de su experiencia de haber sido diagnosticado/a con depresión y cómo este diagnóstico fue integrado en una nueva forma de verse a sí mismo/a y de ver su entorno.

Estoy a su disposición para ofrecer detalles sobre el alcance de mi investigación, protocolos de contención en caso de desestabilización emocional, protección de datos de los posibles participantes y restricciones sobre el contenido de las entrevistas a las cuales Ud. no podrá tener acceso.

Sin otro particular, dejo al pie todos mis datos para que podamos concertar una reunión y conversar sobre los puntos anteriormente expuestos.

De antemano agradezco su colaboración, quedo atenta a su respuesta, a los siguientes datos de contacto.

Saludos cordiales,

Ps. María Reneé Serrano
Alumna Magister Psicología Clínica Adultos - Universidad de Chile
Correo electrónico: ma.renee13@gmail.com
Teléfono Celular: +569 98252668

8.2. Anexo II: Carta de Invitación anexo de Autorización de Datos de Contacto



CARTA DE INVITACIÓN

Estimado/a:

Mi nombre es María Renée Serrano, psicóloga clínica, y soy la investigadora responsable del estudio "HACIA UNA COMPRESIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD NARRATIVA A PARTIR DE LA EXPERIENCIA DEL DIAGNÓSTICO EN DEPRESIÓN", conducente para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos en la Universidad de Chile.

Esta carta ha llegado a usted a través de colegas psicólogos(as), médicos generales que trabajan en salud mental y/o psiquiatras. Desconozco su identidad y el proceso de terapia que está llevando a cabo. Sin embargo, y en base a los objetivos de esta investigación, su terapeuta ha pensado en la posibilidad de que usted participe en este estudio.

El objetivo es poder entrevistarlo(a), para conocer su experiencia en el Diagnóstico en Depresión con el mayor detalle posible, y cómo esta experiencia fue incorporada por usted en una nueva forma de expresarse sobre sí mismo y sobre su entorno.

Su participación será de gran importancia, debido a que esta investigación pretende ser un aporte a las ciencias sociales, la psicología clínica, y específicamente a psicólogos(as), que trabajan en procesos de psicoterapia, además de ramas médicas que trabajen en salud mental.

Cuando estemos en contacto, recibirá más información sobre esta investigación, además de hacerle entrega de un consentimiento informado en donde se explica con mayor detalle el estudio, los riesgos, beneficios y sus derechos como participante. Usted es totalmente libre de elegir participar o no, o de retirar su participación en cualquier etapa del estudio, esto no tendrá ningún perjuicio para su proceso de terapia.

Si usted está interesado/a en participar o desea conocer más detalles para tomar una decisión, le pido acceder a sus datos de contacto (nombre, correo y teléfono) a través de su terapeuta. Por lo que adjunto encontrará una hoja en la que Ud. autoriza a su terapeuta a compartir sus datos de contacto conmigo, para así yo poder contactarlo/a y de este modo, podremos hablar de manera más directa, aclararle las dudas que tenga y entregarle mayores detalles del estudio. Este contacto no implica compromiso alguno de su parte con la investigación, siendo también confidencial.

Muchas gracias por su tiempo, que tenga un buen día.

Saludos cordiales.

Atentamente,

María Renée Serrano
Candidata a Magister Psicología Clínica Adulto
Universidad de Chile



AUTORIZACIÓN DE DATOS DE CONTACTO

Yo,, he recibido una carta invitación a través de mi terapeuta o médico tratante, para participar de la investigación "HACIA UNA COMPRENSIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD NARRATIVA A PARTIR DE LA EXPERIENCIA DEL DIAGNÓSTICO EN DEPRESIÓN". Estoy interesado/a en conocer más detalles sobre esta investigación, por lo que autorizo a mi terapeuta o médico tratante a entregar mis datos de contacto a la persona responsable de la esta investigación.

Firma _____

Lugar y fecha _____

8.3. Anexo III: Consentimiento informado



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

HACIA UNA COMPRESIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD NARRATIVA A PARTIR DE LA EXPERIENCIA DEL DIAGNÓSTICO EN DEPRESIÓN

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado/a a participar en la investigación "HACIA UNA COMPRESIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD NARRATIVA A PARTIR DE LA EXPERIENCIA DEL DIAGNÓSTICO EN DEPRESIÓN".

El objetivo es conocer la experiencia de recibir un diagnóstico en depresión y comprender cómo ha incorporado esta experiencia en una nueva forma de expresarse sobre Ud. mismo. Usted ha sido invitado/a debido a que se encuentra con un diagnóstico en depresión realizado por un profesional en salud mental, además de cumplir con todos los requisitos respecto a la característica de la muestra para la investigación.

La investigadora responsable de este estudio es la Ps. María Renée Serrano, alumna del Magister en Psicología Clínica Adultos modelo Constructivista Cognitivo, de la Universidad de Chile. La presente investigación corresponde a la tesis para optar al Título en Magister en Psicología Clínica Adulto.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Le solicitaré participar en una entrevista sobre su experiencia de haber sido diagnosticado/a con depresión y cómo este diagnóstico se integró en una nueva forma de verse a sí mismo/a y de ver su entorno. La entrevista será guiada y realizada por la investigadora responsable. La entrevista tendrá una duración aproximada de 90 minutos. Quedando abierta la posibilidad de hacer una segunda entrevista, en el caso de requerir más información sobre algún aspecto de la entrevista, que no haya podido ser abordado. Dicha entrevista, será grabada y transcrita para luego ser analizada como parte de la investigación. Posterior a la transcripción el audio grabado se eliminará.

Riesgos: Debido al tema a tratar, existe la posibilidad de que tenga sensaciones de angustia o malestar, en el caso que la entrevista le provoque malestar emocional, se suspenderá la entrevista y se procederá a realizar una primera contención emocional por la investigadora responsable, para que luego pueda seguir trabajando esta experiencia con su terapeuta tratante. En el caso que este malestar se prolongue por más tiempo, tendrá acceso entre 4 a 6 sesiones de contención emocional, de forma totalmente gratuita, con la Ps. Celeste Olivares Yurín, Rut. 9.470.763-3. Siendo coordinada, la primera sesión por la investigadora responsable con la psicóloga Celeste Olivares, previa verificación de disponibilidad horaria del entrevistado/a y la psicóloga. Para luego ver la posibilidad de retomar la entrevista en una nueva fecha, cuando Ud. estime sea oportuno.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por formar parte de este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información importante para la



psicología en general y en específico a psicólogos/as que trabajan en procesos de psicoterapia, como también a profesionales del área de la medicina – psiquiatras y médicos en general que trabajen en salud mental.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. Las grabaciones y transcripciones quedarán resguardadas en un archivo cuyo acceso será protegido con clave, además de guardados en un disco duro extraíble el que quedará guardado bajo llave. El tiempo estimado de la investigación será de dos años, terminado el proceso investigativo, se procederá a la eliminación de los archivos con la información entregada por usted.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, se le enviará un resumen de la investigación y los resultados en formato PDF a su correo electrónico o caso contrario se le entregará de forma presencial una copia del resumen impreso. Para ellos solicitamos indique su correo electrónico al final de este documento.

Datos de contacto: Si requiere más información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la Investigadora Responsable de este estudio:

Ps. María Renée Serrano
Teléfonos: +569 98252668
Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.
Correo Electrónico: ma.renee13@gmail.com

También puede comunicarse con el Presidente del Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Prof. Dr. Uwe Kramp Denegri
Presidente
Comité de Ética de la Investigación
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile
Teléfonos: (56-2) 29772443
Dirección: Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago. Facultad de Ciencias Sociales, Edificio A, Dependencias de Decanato. Universidad de Chile.
Correo Electrónico: comite.etica@fcsso.uchile.cl



II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, acepto participar en el estudio: "HACIA UNA COMPRESIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD NARRATIVA A PARTIR DE LA EXPERIENCIA DEL DIAGNÓSTICO EN DEPRESIÓN", en los términos aquí señalados.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigadora Responsable
Ps. María Renée Serrano

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para la devolución de la información: _____

Este documento consta de 3 páginas y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.

8.4. Anexo IV: Pauta de Entrevista - Experiencia Subjetiva en el Diagnóstico en Depresión



PAUTA DE ENTREVISTA

HACIA UNA COMPRENSIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD NARRATIVA A PARTIR DE LA EXPERIENCIA DEL DIAGNÓSTICO EN DEPRESIÓN

Buenos días o buenas tardes (Nombre de la Persona).

Gracias por participar en la presente investigación. El objetivo de esta entrevista consiste en conocer a profundidad su experiencia en el Diagnóstico en Depresión, con el mayor detalle posible y cómo ha sido el proceso de asimilación de esta experiencia, en una nueva forma de expresarse sobre usted mismo(a) y de su entorno.

La entrevista tendrá una duración de noventa minutos aproximadamente, será grabada para posteriormente ser transcrita y luego analizada. Los datos personales estarán totalmente resguardados y sólo se ocupará un código de identificación para referirnos a su testimonio.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Sexo	
Edad	
Comuna, Región	
Mail	
Estado civil actual	
Ocupación	

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. Cuénteme por favor, brevemente cómo fue evolucionado la sintomatología depresiva previo a su diagnóstico.
2. ¿Cuándo fue diagnosticado (a)?
3. Previo al diagnóstico en depresión, ¿Cuánto tiempo transcurrió antes de pedir ayuda?
4. Durante ese lapso de tiempo, ¿Trató en algún momento de solucionarlo por Ud. mismo(a)?
5. ¿Qué tipo de ayuda buscó, y cuán efectivos fueron los intentos de pedido de ayuda?
6. ¿Hubo algún acontecimiento importante, que gatilló la decisión de hacer la interconsulta con un profesional en salud mental (médico general o psiquiatra)?
7. ¿Podría contarme cómo fueron los momentos previos a su cita con el profesional en salud mental?
8. Cuando estuvo frente al médico general o psiquiatra. ¿cómo describiría, con el mayor detalle posible, el momento del diagnóstico?
9. ¿Cómo recuerda la conversación que sostuvieron?
10. ¿Cómo describiría el momento preciso del diagnóstico?, Trate de hacerlo con el mayor detalle posible.
11. ¿Cómo se tomó Ud. el diagnóstico?, Le pido, describir detalladamente, sensaciones corporales, pensamientos, emociones que hayan emergido en ese momento.
12. ¿Qué significado tuvo el diagnóstico para usted?
13. ¿Cómo cambió la perspectiva sobre usted mismo/a y su salud mental, tener un diagnóstico de depresión?
14. ¿Cómo fue el proceso de asimilación del diagnóstico?
15. ¿Cambió de alguna manera, la forma de referirse sobre Ud. mismo(a)?



16. ¿Cambió su perspectiva sobre los demás (su familia, amigos, pareja, colegas del trabajo)?
17. ¿Qué podría decir sobre la Depresión, desde su propia vivencia y la experiencia de haber sido diagnosticado con depresión?
18. El Diagnóstico en depresión, ¿Cambió la forma de significar su vida?

Déjeme recapitular lo que me contó, para saber que no perdí ningún detalle.

¿Cree Ud. que la descripción que ha hecho sobre el diagnóstico en depresión y el impacto que este ha generado en usted está completa y se ajusta la experiencia vivida? O le gustaría agregar algo más.

Muchas gracias por participar de esta investigación