



Vigilada Mineducación

DEPRESIÓN JUVENIL: ANALIZANDO LOS SENTIDOS SUBJETIVOS
CONSTRUIDOS FRENTE AL DIAGNÓSTICO, EL TRATAMIENTO
FARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO EN JÓVENES DE LA CIUDAD DE
MEDELLÍN DIAGNOSTICADOS CON DEPRESIÓN

Juvenile depression: analyzing the subjective meanings constructed in relation to
diagnosis, pharmacological and psychotherapeutic treatment in young people
diagnosed with depression in the city of Medellin.

LAURA ISABEL MARTÍNEZ CASTAÑO
VANESA ROMÁN SALINAS

Trabajo de grado para optar por el título de psicología

Asesor, docente

Jonny Javier Orejuela Gómez

UNIVERSIDAD EAFIT
ESCUELA DE HUMANIDADES
PSICOLOGÍA
MEDELLÍN
2022

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVOS	12
GENERAL	12
ESPECÍFICOS	12
MARCO DE REFERENCIAS CONCEPTUALES	13
LA SIGNIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN: UNA APROXIMACIÓN A SU ESTADO DEL ARTE	13
LA DEPRESIÓN: CONCEPTO Y GENERALIDADES	18
<i>TIPOS DE DEPRESIÓN</i>	19
TABLA 1	20
TABLA 2	21
TABLA 3	23
<i>EPIDEMIOLOGÍA</i>	24
<i>TRATAMIENTOS PARA LA DEPRESIÓN</i>	25
TABLA 4	25
ANTIDEPRESIVOS	26
PSICOTERAPIAS PARA LA DEPRESIÓN	27
TABLA 6	28
LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DE GONZÁLEZ REY: ENTRE LO INDIVIDUAL Y LO CULTURAL.	31
LOS SENTIDOS SUBJETIVOS	32
LAS CONFIGURACIONES SUBJETIVAS	33
LA SUBJETIVIDAD SOCIAL	34
LA SUBJETIVIDAD COMO EXPERIENCIA	35
EL SUJETO COMO CONSTRUCTOR ACTIVO DE LA SUBJETIVIDAD	36
LA EXPERIENCIA DE LA DEPRESIÓN: CONFIGURACIONES SUBJETIVAS Y PADECIMIENTO	37
DISEÑO METODOLÓGICO	40
TIPO DE ESTUDIO	40

SUJETOS PARTICIPANTES	41
INSTRUMENTO	41
TABLA 7:	42
PROCEDIMIENTO	43
RESULTADOS	44
SENTIDOS SUBJETIVOS SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN.	45
SUBJETIVIDAD SOCIAL ASOCIADA AL DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN	48
SENTIDOS SUBJETIVOS FRENTE A LA EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN	53
SENTIDOS SUBJETIVOS SOBRE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	62
SENTIDOS SUBJETIVOS SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO	71
CONCLUSIONES	84
REFERENCIAS	91
ANEXOS	98
DISEÑO TÉCNICO DEL INSTRUMENTO (ANEXO 2)	98
<i>PROPÓSITO</i>	98
<i>ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO</i>	98
<i>PROTOCOLO DE ENTREVISTA</i>	99
<i>CONSENTIMIENTO INFORMADO</i>	101

TABLA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo escalonado en el manejo de la depresión	25
--	----

RESUMEN

Objetivo: Analizar los sentidos subjetivos construidos en los jóvenes residentes de la ciudad de Medellín diagnosticados con depresión frente al diagnóstico de la depresión, el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. *Método:* Se realiza estudio cualitativo descriptivo-interpretativo de corte transversal; el diseño de la investigación es fenomenológico-hermenéutico basado en entrevistas semiestructuradas a 5 jóvenes pertenecientes a la ciudad de Medellín que se encuentren o se hayan encontrado en tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico para la depresión. *Resultados:* El diagnóstico de la depresión aparece como aquel que le da nombre a un padecimiento que no encontraba nombre, se vuelve parte de los sujetos, describiéndolo como algo que da desorden a la vida; en la subjetividad social, se recalca los círculos sociales cercanos como aquellos que dan soporte, y la estigmatización por parte de los círculos más alejados; en la psicofarmacología, las malas experiencias al no tener un buen primer acercamiento con las dosis y los tipos de medicamento, y la importancia de la relación terapéutica para la estabilidad y éxito del proceso, se remite a lo importante de la terapia combinada; en la psicoterapia, lo significativo de tener una buena conexión con el terapeuta y herramientas que en ella se dan para sobrellevar el padecimiento. *Conclusión.* Los sentidos subjetivos emergentes son una experiencia impactante y significativa para los sujetos que termina modificando la manera en que se ven a sí mismos, a los demás y sus dinámicas de relacionamiento, debido a que cada experiencia genera transformaciones constantes en sus configuraciones subjetivas.

Palabras clave: *Sentidos subjetivos, significación del diagnóstico de la depresión, significación del tratamiento psicofarmacológico, significación del tratamiento psicoterapéutico.*

ABSTRACT

Objective: To analyze the subjective meanings constructed in young residents of the city of Medellin diagnosed with depression in relation to the diagnosis of depression, pharmacological and psychotherapeutic treatment. *Method:* A qualitative descriptive-interpretative cross-sectional study is carried out; the research design is phenomenological-hermeneutic based on semi-structured interviews with 5 young people belonging to the city of Medellin who are or have been undergoing both pharmacological and psychotherapeutic treatment for depression. *Results:* The diagnosis of depression appears as the one that gives a name to a condition that did not find a name, it becomes part of the subjects, describing it as something that gives disorder to life; in social subjectivity, the close social circles are emphasized as those that give support, and the stigmatization by the more distant circles; in psychopharmacology, the bad experiences of not having a good first approach with the doses and types of medication, and the importance of the therapeutic relationship for the stability and success of the process, referring to the importance of combined therapy; in psychotherapy, the significance of having a good connection with the therapist and the tools provided to cope with the condition. *Conclusion.* The emergent subjective meanings are an impactful and significant experience for the subjects that ends up modifying the way they see themselves, others and their relationship dynamics, because each experience generates constant transformations in their subjective configurations.

Key words: Subjective feelings, significance of depression diagnosis, significance of psychopharmacological treatment, significance of psychotherapeutic treatment.

INTRODUCCIÓN

La depresión es el trastorno mental más común en la población mundial (APA, 2018), para el abordaje de la depresión, los manuales diagnósticos tienden a dejar de lado la experiencia subjetiva que da importancia a la forma en que los sujetos vivencian la condición de depresión más allá de los síntomas designados, en este caso, tampoco teniendo en cuenta el impacto que tiene para la subjetividad un diagnóstico que atraviesa la experiencia del padecimiento, al igual que, los significados que se entretienen alrededor de los tratamientos tanto farmacológicos como psicoterapéuticos empleados para abordar la depresión, cómo se perciben, y se esperan desde la singularidad, siendo entonces esta una dimensión importante a tener en cuenta a la hora de entender cómo los sujetos van construyendo discursos frente a sí mismos y cómo se sitúan dentro de los tratamientos más allá de sólo hablar de factores sintomatológicos, o los adyacentes a la adherencia a los tratamientos; permitirse comprender estas construcciones singulares que se entretienen bajo componentes socioculturales y su introyección de formas individuales desde la mirada de la teoría de la subjetividad de González Rey, daría cuenta sobre la manera en que los sujetos vivencian los tratamientos y el diagnóstico desde su propio contexto y de esta manera brindar una perspectiva más completa y compleja que dé luces en la forma en la que se ha vivido la experiencia de la depresión, desde su diagnóstico y el entramado proceso de tratamientos.

En el estudio de esta experiencia subjetiva ligada a los tratamientos y al diagnóstico de la enfermedad mental, la experiencia frente al diagnóstico de la depresión y el malestar que esto conlleva como forma relevante para entender la adhesión al tratamiento (Becerra et al., 2020; Pacheco & Aránguiz, 2011) tiene una relación intrínseca entre el malestar subjetivo vivenciado por el sujeto que da paso a la construcción de significados frente a este malestar y los discursos referentes al tratamiento. Así mismo está la exploración de esta experiencia desde el entendimiento de cómo está permite la creación de identidad alrededor del discurso

de la depresión (Miller et al., 2012)., influidos así mismo por los discursos sociales tradicionales que hacen que se formen narrativas de vida que presentan a un yo “enfermo” y “disfuncional” haciendo sentir a muchos de los sujetos que la depresión los acompañará a lo largo de sus vidas, y no tiene ninguna solución, tratándose entonces en estos estudios de llegar a la comprensión de estas experiencias, y tratar de entender los significados que se entretajan alrededor de este malestar (De Castro & González, 2018; Rogers & Oliver, 2001). Así mismo frente a esta vivencia de malestar determinada por la experiencia subjetiva del diagnóstico, se encuentra la necesidad por parte del sujeto de ser escuchado, de encontrar una ayuda terapéutica, que estará influida por unas creencias y prejuicios que terminará afectando a la experiencia del tratamiento (Neira et al., 2012).

También se recalca a lo influyente de aquellas creencias y percepciones que tienen los sujetos como factores que inciden a la hora de la adherencia a los tratamientos de la depresión, y la forma en cómo se perciben así mismo entorno al diagnóstico (Arrarás & Manrique, 2019; Vásquez et al., 2020) es así como el sujeto siempre estará en busca de un vínculo que favorezca la cooperación y la confianza donde aquellos prejuicios y percepciones se vayan renovando y así permita la continuación del tratamiento y a la vez permita ir renovando la significación que se va haciendo entorno a el tratamiento y su progreso (Menéndez et al., 2010).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se encuentra pertinente investigar sobre una dimensión no abordada de lleno o de forma suficiente, y esto sería la construcción y significación de la experiencia subjetiva desde los discursos singulares teniendo en cuenta la dimensión sociocultural como parte significativa de la singularidad de los tratamientos para la depresión y su diagnóstico, ya que si bien, se tienen indicios de la experiencia subjetiva frente al diagnóstico de la depresión, el sufrimiento que esto conlleva, y a los factores que inciden en la adherencia a los tratamientos, que a su vez, se relaciona con los significados creados al rededor del diagnóstico, específicamente esta investigación, podría traer aportes que ayudaría a comprender cómo se construyen estos significados desde la teoría de la subjetividad de González Rey, y con ello vislumbrar una perspectiva más completa sobre cómo la persona atraviesa por esta experiencia del diagnóstico y los tratamientos, la forma en que construyen discursos particulares frente a la percepción de sí mismos como personas influidas por un diagnóstico y a su proceso de tratamiento, la forma en que se vislumbran en estos, cómo los perciben y por ende su evolución en ellos. Vivenciando de esta forma, conflictos, afinidades, y demás que se entreteje con matices sociales, culturales, como singulares (percepciones, creencias, entre otras) y la forma en que subjetivamente se construyen y configuran. De esta forma también daría luces al área de la psicología clínica encargada de la salud mental, de esta dimensión singular que se entreteje en la vivencia de la enfermedad y tratamientos, conocimiento que ayudaría a, por un lado, dar una visión crítica de lo que se entiende como experiencia de la depresión, al igual que, por otro lado, presentar una oportunidad de mejorar la experiencia clínica abordada al tratar la depresión, al tener en cuenta aspectos singulares que son importantes dentro de la clínica psicológica. Así mismo se espera generar un impacto a nivel social y formativo, al darle voz a esta experiencia y así brindando una nueva perspectiva y entendimiento sobre cómo se vive singularmente la depresión desde lo contextual y singular siendo entonces de utilidad tanto para los jóvenes que han vivido la depresión y han estado

en su proceso de tratamiento, para aquellos que tienen conocidos y/o familiares que se enfrenten a esta experiencia, como para aquellos profesionales que la tratan.

JUSTIFICACIÓN

Esta aproximación permite superar las limitaciones planteadas a las miradas estrictamente descriptivas y/o biologicistas de los trastornos mentales, basadas en métodos cuantitativos y en nosologías como las del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), que no consideran en profundidad el aspecto subjetivo de la experiencia de la enfermedad y su imbricación con el contexto social (Roe & Lachman, 2005). Este tipo de enfoques conllevan una simplificación riesgosa, puesto que reducen la experiencia subjetiva del malestar a una suma de criterios sintomáticos, que no necesariamente captan el modo como estos son vividos por quienes los padecen. Desde la perspectiva de las Teorías Subjetivas (Groeben, Wahl, Schlee, & Scheele, 1988), las experiencias de vida tienen diversos tipos de anclaje. El biológico, que viene dado por la provisión de un sistema cognitivo con la disposición para el intercambio social. El social, dado que en las prácticas culturales se produce la construcción del conocimiento. Y el representacional, que tiene simultáneamente un carácter individual y colectivo (Rodrigo, Rodríguez, & Marrero, 1993). De esta manera, aunque cada persona tiene una situación biográfica específica, los significados tienen un carácter intersubjetivo y cultural (Catalán, 2010), y la recuperación personal ante la enfermedad (Mascayano & Montenegro, 2017) involucra el reconocimiento de los significados que cada persona atribuye a ella, dentro del contexto más amplio de su vida (Roe & Lachman, 2005). Teniendo en cuenta lo anterior, el estudio del proceso de construcción subjetiva de la experiencia de la depresión es inseparable de la consideración de los elementos sociales inherentes. En esta línea, Kleinman (1980; 1995) distingue entre el sufrimiento concebido como la esencia experiencial de la enfermedad y las condiciones sociales de ese sufrimiento, dado que esta no responde a una subjetividad aislada, es el producto de la participación intersubjetiva entre las características morales del entorno social y los procesos políticos macrosociales. El desarrollo y el inicio de los procesos de la enfermedad están determinados por el compromiso activo de la persona en un entorno social particular (Jenkins, 1997; Kleinman, 1980).

De acuerdo a lo anterior, el objetivo de la presente investigación es aproximarse a analizar los sentidos subjetivos que construyen los jóvenes de la ciudad de Medellín que han sido diagnosticados con depresión frente al diagnóstico, el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. En concordancia con esto, se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son los sentidos subjetivos que se construyen frente al diagnóstico y tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico en jóvenes de la ciudad de Medellín diagnosticados con depresión?

OBJETIVOS

GENERAL

Analizar los sentidos subjetivos construidos en los jóvenes residentes de la ciudad de Medellín diagnosticados con depresión frente al diagnóstico de depresión y su tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

ESPECÍFICOS

- Identificar los sentidos subjetivos construidos frente al diagnóstico de la depresión.
- Identificar los sentidos subjetivos construidos frente al tratamiento farmacológico de la depresión.
- Identificar los sentidos subjetivos construidos frente al tratamiento psicoterapéutico de la depresión.

MARCO DE REFERENCIAS CONCEPTUALES

La significación de la depresión: una aproximación a su estado del arte

En el siguiente apartado se presentará el panorama general frente a lo que se ha ido esbozando en la literatura científica alrededor de la experiencia y significación subjetiva con respecto a la vivencia de trastorno y el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico de personas diagnosticadas con depresión. Para este fin al analizar los diferentes artículos hallados se abordarán desde aspectos como: el propósito que tiene la investigación, los referentes conceptuales, el tipo de estudio, los sujetos participantes de este, el diseño de investigación, los instrumentos de recolección, las categorías de análisis y los principales resultados y conclusiones del estudio.

Primeramente, tenemos que, con respecto al *propósito de las investigaciones*, se evidencian dos fuertes temáticos frente al abordaje de la experiencia y significación subjetiva de lo sujetos frente a la depresión y su tratamiento. Por un lado, está la tendencia al estudio de la experiencia subjetiva y las significaciones que el sujeto construye frente al diagnóstico de la depresión, ahondando así en sus problemáticas aspectos como: la vivencia de la depresión, apropiación y prejuicios frente al diagnóstico mismo de la depresión, (Barbosa & Angelo, 2016) hasta las creencias existentes frente a los diferentes tratamientos actuales referidos a este diagnóstico (Arrarás & Manrique, 2019; Montesano et al., 2009), así mismo, el interés por cómo se construye la identidad desde el entendimiento de los discursos y significados singulares luego de haber pasado por una experiencia de depresión (De Castro & González, 2018). Por otro lado, está la tendencia al estudio de los factores incidentes en el abandono y/o adhesión al tratamiento terapéutico -psicoterapia y psiquiatría- donde se ahondan factores como: las creencias y expectativas frente al tratamiento y diagnóstico (Becerra et al., 2020; Neira et al., 2012; Pacheco & Aránguiz, 2010), la relación terapeuta-paciente, la accesibilidad al sistema de salud mental, las

percepciones tanto positivas como negativas -prejuicios- frente a lo que se espera del tratamiento tanto psicoterapéutico como farmacológico, las horas de atención dadas en consulta, el apoyo social y el tipo de abordaje terapéutico que lleve a cabo el psicólogo, psiquiatra o médico de cabecera respectivamente (Gómez et al., 2012; Parada, 2018).

Con respecto a *los referentes conceptuales* de las diferentes investigaciones, se encontró que la mayoría de abordajes se basaban en la subjetividad desde la fenomenología, abordándose así como dimensiones de la experiencia subjetiva las percepciones, vivencias, creencias, constructos y significaciones (Becerra et al., 2020; Vásquez et al., 2020; Neira et al., 2012; Rogers et al., 2001; Acosta et al., 2013; De Castro & González, 2018; Parada, 2018) que el sujeto construye ya sea alrededor de sí mismo frente malestar del diagnóstico, o sobre el entramado construido a partir del tratamiento, dando así cuenta de factores incidentes en la experiencia negativa o positiva del tratamiento. Sin embargo, cabe señalar que hay otros abordajes que pretenden ver la experiencia del sujeto dentro del tratamiento, desde términos más sintomatológicos del modelo médico, abordaje que permite así dimensionar factores relacionados al trastorno desde su mejoría o empeoramiento, los medicamentos y sus consecuencias en la experiencia del sujeto y la eficacia de admisión sobre la disposición del paciente para iniciar un tratamiento (Montesano et al., 2009; Menéndez et al., 2010).

Así mismo, explorando el *tipo de estudio y diseño*, se visualiza una tendencia de investigaciones de tipo cualitativa exploratoria (Becerra et al., 2020; Vásquez et al., 2020; Pacheco & Aránguiz, 2011; Parada, 2018) observándose también investigaciones de revisión que ahondan en investigaciones de carácter descriptivo, permitiendo así profundizar en su estudio en la subjetividad del sujeto mediante la exploración de dimensiones como las creencias (Arrarás & Manrique, 2019), emociones, significaciones frente al malestar, actitudes, expectativas y percepciones (Moreira, 2007). Cabe mencionar que, también se encontraron, aunque con menor frecuencia, estudios de carácter cuantitativo, los cuales se realizaron a partir de categorías encontradas de forma cualitativa y

que luego por medio de estas mismas categorías se analizaron de forma cuantitativa (Acosta, Rodríguez & Cabrera, 2013). Es por esto y teniendo en cuenta el carácter del fenómeno estudiado que los instrumentos de recolección de la información se basaron principalmente en: entrevistas a profundidad - desde la fenomenología-, (Becerra et al., 2020) entrevistas semiestructuradas (Vásquez et al., 2020) y entrevistas abiertas (Menéndez, Acosta, Bodon & Mayorga, 2010), siendo la de menor tendencia la entrevista simplificada (Acosta et al., 2013). En algunas investigaciones, estos instrumentos antes mencionados se combinaban con escalas psicométricas, escalas de síntomas SCL-90R y escala de pretratamiento (Menéndez et al., 2010), respectivamente que se usaban según el tipo de categoría de análisis que se quisiera explorar y/o el objetivo a llevar a cabo, sin embargo había un claro predominio de la hermenéutica cuando se llevaba a cabo el estudio para así explorar en la subjetividad del sujeto y así lograr sacar patrones y categorías de análisis para la reflexión y discusión.

Explorando los *sujetos de investigación*, se identificó que la mayoría de estos eran mujeres (Becerra et al., 2020), debido a la prevalencia del diagnóstico en este tipo de población, sin embargo, muchas de las investigaciones incluían el género masculino (Rogers et al., 2001), aunque las mujeres fueran mayoría, así mismo la edad media de los sujetos de algunos de estos estudios oscilaban los 18 y 65 años. Cabe destacar que, había estudios donde no se especificaba el tipo de género puesto que se ahondaba únicamente en los relatos indiferente de este (Montesano et al., 2009).

En cuanto a las *categorías de análisis* se encontraron con mayor frecuencia aquellas relacionadas a las experiencias y vivencia de la depresión (Becerra et al., 2020), el deseo de mejorar o buscar ayuda (Barbosa & Angelo, 2016), circunstancias relacionadas al abandono y adhesión del tratamiento (Neira et al., 2012; Pacheco & Aránguiz, 2010; Lorenzo, A. & Hernández, S. 2016; Parada, 2018), percepciones frente el diagnóstico de depresión como trastorno mental (Arrarás & Manrique, 2019) y percepciones frente al tratamiento, al igual que, la identidad, los discursos de género bajo la condición

de depresión y el proceso hacia la recuperación desde la vivencia del sí mismo (De Castro & González, 2018). También se encontraron en menor medida categorías como la percepción de mejoría, el acceso a los centros de salud, la dimensión situacional y cultural de la depresión (Gómez et al., 2012).

Con relación a los *principales resultados y conclusiones de las investigaciones*, se encontró inicialmente, la relevancia en ahondar sobre la experiencia subjetiva frente al malestar de la depresión como uno de los primeros y principales factores influyentes frente a la experiencia al rededor del tratamiento, en este punto se encontró que la experiencia de la depresión se presenta como un proceso dinámico de interacción entre el malestar subjetivo vivenciado por el sujeto y la construcción de significados asociados que construye frente a este malestar (Becerra et al.,2020) es así como esta vivencia frente a la depresión se ve influida por una serie de emociones, experiencias corporales y dificultades ya sea para identificar lo que está pasando como para aceptar la depresión como diagnóstico, caracterizándose como una fase de desconocimiento frente a lo vivenciado a nivel emocional y fisiológico, y una fase de creación de percepciones y creencias tanto negativas como positivas frente al diagnóstico de la depresión, aspectos que remarcan los autores Vásquez, Altimir, Lopera, Reinel, Espinosa, Mesa, Montenegro, Fernández & Krause (2020) en su estudio Del malestar a la depresión: dinámicas en la construcción del significado personal de la experiencia de la depresión. La experiencia de la depresión así mismo se presenta como ese malestar que “trasciende” el episodio depresivo y se vuelve parte de la identidad de la persona, haciendo que los sujetos se identifiquen como depresivos a pesar de ya no estar deprimidos, también mostrándose cómo el discurso médico y los discursos tradicionales referentes a la “enfermedad mental” tiene un gran impacto sobre las experiencias de las personas, y les da un matiz que puede resultar estigmatizante al momento de dar significado a la experiencia de la depresión (De Castro & González, 2018).

Así mismo frente a esta vivencia manifestada frente al malestar se encuentra en los estudios, esta necesidad de buscar ayuda una búsqueda que a su vez está impregnada de unas creencias y prejuicios frente a los posibles

tratamientos o ayudas a las cuales acudir (Neira et al.,2012), esto lo menciona el estudio Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia en donde se pudo evidenciar que las pacientes que sufrían de depresión postparto buscaban ayuda por lo general empezando desde la atención primaria que suele caracterizarse por atención desde médico de familia o médico general, haciendo que “la búsqueda de la psicoterapia ocurra cuando se ve en medio de nuevos acontecimientos en el transcurso del proceso depresivo que parecen contribuir a la agudización de su estado” (Barbosa & Angelo, 2016, p. 248) manifestándose así una serie de juicios de valor iniciales no tan positivos frente a los tratamientos de salud mental disponibles alrededor de la depresión, es a partir de aquí que, varios estudios recalcan la importancia de las creencias y percepciones que tienen entonces los pacientes respecto a la enfermedad, su malestar y el tratamiento -psicoterapia y antidepresivos- y su influencia en la adherencia al tratamiento de la depresión, siendo este el principal eje estudiado frente a la experiencia subjetiva alrededor de los tratamientos de la depresión.

Por otro lado, también se destacan como factores importantes de la experiencia subjetiva que el sujeto va construyendo alrededor de los tratamientos, la relación terapéutica que se tenga en el tratamiento ya que suele apuntarse como un factor importante para la adherencia al tratamiento, haciendo que un vínculo que favorezca la cooperación y la confianza lleve a una expectativa positiva frente a la continuación del tratamiento (Menéndez et al., 2010); la disponibilidad de tiempo frente a la atención dada al paciente; la permanencia del terapeuta una vez iniciado el proceso psicoterapéutico, las técnicas psicológicas utilizadas por los profesionales; un adecuado diagnóstico y prescripción de medicamentos (Gómez et al., 2012; Neira., 2012); las variables cognitivas como las creencias y actitudes individuales o del grupo familiar que se tengan frente a las enfermedades o los trastornos mentales; y por último el abordaje que se haga frente al malestar de la depresión, ya que como lo mencionan los autores Vásquez, Altimir, Lopera, Reinel, Espinosa, Mesa, Montenegro, Fernández & Krause (2020)

En el relato de las personas entrevistadas, se observa que la riqueza de la denominación diagnóstica depende de su adaptación al malestar subjetivo de quien se encuentra sufriendo, lo cual confirma la noción de que la recuperación personal involucra el reconocimiento de los significados que cada persona atribuye a su enfermedad, dentro del contexto más amplio que implica su propia vida. (p. 158)

Con base a lo anterior, se puede pensar entonces que la experiencia subjetiva frente al tratamiento de la depresión va fuertemente ligado a las creencias, percepciones y expectativas que se tiene tanto de la enfermedad como de los tratamientos, que suelen verse afectados también por aquellos elementos atencionales que se brindan desde el sistema de salud que suelen o no concordar con aquellas expectativas que se tiene frente a estas, tal y como se manifiesta también en el estudio de subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos (Parada, 2018); donde se vislumbra unas nociones acerca de lo ya explorado frente al tema de la experiencia subjetiva con respecto a los tratamientos en la depresión y cómo estos mismos hallazgos pueden servir de ayuda y de orientación a la presente investigación, que tiene como elemento disruptivo ahondar en esta experiencia subjetiva más allá del eje temático de adherencia del tratamiento o vivencias frente al diagnóstico ya que piensa explorar aquellos significados construidos a partir del impacto que ha tenido el tratamiento en la experiencia subjetiva y la construcción de esta a través de la teoría de la subjetividad de González Rey.

La depresión: concepto y generalidades

El DSM-V (2014) define la depresión como un trastorno caracterizado por la presencia de síntomas como estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y/o placer, y que a su vez puede conllevar según el caso a síntomas como trastornos o problemas del sueño y alimenticios, disminución de la capacidad cognitiva, agitación psicomotora, sentimientos de culpabilidad y vacío (APA, 2014). Así mismo el CIE-

10 (2003) lo define como un trastorno que presenta un conjunto de síntomas de predominio afectivo, manifestándose así síntomas como la tristeza intensa o clínicamente patológica, la apatía, decaimiento, sensación subjetiva de malestar significativo, irritabilidad, entre otros (OMS, 2003). Es así que se puede definir la depresión como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza que presenta una intensidad o duración lo suficientemente significativo como para generar malestar e interferir con la funcionalidad del sujeto que la padece. La OMS (2017) manifiesta que este trastorno mental es uno de los más frecuentes a nivel mundial y que puede llegar a hacerse crónico o recurrente en la vida de una persona, haciendo que su desempeño se vea afectado negativamente haciéndose entonces de vital importancia su diagnóstico y tratamiento en el ámbito de la atención primaria, cabe añadir que la depresión se puede iniciar a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre los 15 y 45 años (GPC, 2014).

Es así que, para esta investigación, la depresión se comprenderá como la sensación de malestar clínicamente significativa de sentirse con un estado de ánimo triste, de displacer o desinterés, en el cual se caracteriza la decaída emocional y su interferencia en los niveles cognitivo, perceptivo y motor normal; tomándose así el entendimiento de la depresión desde el modelo médico y cogiendo como referencia los manuales diagnósticos como guías basadas en la descripción de los síntomas y su agrupamiento en cuadros patológicos distintos, los cuales no suelen poner especial énfasis en la etiología y causas de la depresión, sino únicamente en la agrupación de sus síntomas. Cabe aclarar, sin embargo, que no se descarta el reconocimiento de otros modelos teórico-conceptuales que pretenden acercarse mediante sus planteamientos al entendimiento de la depresión, pero que no se abordarán por efectos de la investigación.

Tipos de depresión

Existen múltiples categorías clínicas y tipologías en las que se presenta la depresión, clasificaciones que van a depender del modelo teórico o en este caso de los manuales diagnósticos que se tomen de referencia, sin embargo, son tipologías

diagnósticas en las que no se ahondarán por efectos del estudio. El manual diagnóstico DSM-V (2014) por su parte presenta una clasificación de los trastornos depresivos según los síntomas específicos, algunas de estas clasificaciones son:

TABLA 1

Tabla clasificación de la depresión según el DSM-V: trastornos más frecuentes

<p>Trastorno de depresión mayor</p>	<p>Debería haber ánimo deprimido la mayor parte del día, y de casi cada día. A menudo los síntomas son el insomnio, fatiga. El rasgo principal es un periodo de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo, el paciente debe experimentar al menos 4 síntomas adicionales que incluye cambios en el apetito, peso, energía disminuida, sentimiento de inutilidad, dificultad para pensar y concentrarse, entre otras cosas. En algunos casos se puede negar inicialmente la tristeza, pero se reconoce posteriormente en la entrevista.</p>
<p>Trastorno depresivo persistente (distimia)</p>	<p>Es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o un año en niños y adolescentes. Los pacientes con esta depresión describen su estado de ánimo triste o por los suelos. Durante el período de dos años, cualquier intervalo sin síntomas durante máximo dos meses.</p>
<p>Trastorno disfórico premenstrual</p>	<p>En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos 5 síntomas han de estar presentes antes del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer después de la menstruación.</p> <p>A. uno o más de los siguientes síntomas han de estar presentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. labilidad afectiva intensa 2. irritabilidad intensa, enfado 3. ánimo intensamente deprimido 4. ansiedad, tensión <p>C. Uno o más de los siguientes síntomas también han de estar pendientes hasta completar los 5:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disminución de interés en las actividades habituales 2. Dificultad de concentración 3. Letargo, fatigabilidad 4. Cambio en el apetito 5. hipersomnia o insomnio 6. sensación de estar agobiada 7. dolor muscular, sensación de hinchazón
<p>Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento</p>	<p>Alteración persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución de interés y placer en casi todas las actividades.</p> <p>Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración y análisis en el laboratorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Síntomas del criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento 2. El medicamento implicado puede producir síntomas del criterio A <p>El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por un medicamento</p>

	<p>3. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium</p> <p>4. El trastorno causa malestar clínicamente significativo, deterioro en lo social, laboral y otras áreas</p>
Trastorno depresivo debido a otra afección médica	<p>. Un periodo importante y persistente de estado de ánimo deprimido, disminución del interés en casi todas las actividades</p> <p>A. Existen pruebas en el cuadro clínico de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra enfermedad</p> <p>B. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental</p> <p>C. El trastorno no se produce exclusivamente en el curso del delirium</p> <p>D. El trastorno causa malestar clínicamente significativo, deterioro en lo social y otras áreas</p>

Por su parte la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas Relacionados con la Salud (CIE-10, 2003) clasifica el trastorno depresivo o del estado afectivo desde las categorías de episodios depresivos (categoría F32), y de trastornos depresivos (categoría F30-F39), algunos de los más recurrentes son:

TABLA 2

Tabla clasificación de la depresión según el CIE-10: trastornos y episodios más frecuentes

Episodio depresivo	<p>En los episodios leves, moderados y graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su energía. Se deteriora la capacidad de disfrute, concentración, y es frecuente el cansancio. El sueño se perturba y disminuye el apetito, también decae la autoestima, hay sentimientos de inutilidad y pérdida de lúcido.</p> <p>Incluye: episodios únicos de: depresión psicógena, depresión reactiva, reacción depresiva</p> <p>Excluye: cuando se asocia con trastornos de la conducta, trastornos de adaptación, trastorno depresivo recurrente.</p>
Episodio depresivo leve	<p>Por lo común están presentes dos o tres de los síntomas antes descritos. El paciente generalmente está tenso, pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades.</p>
Episodio depresivo moderado	<p>Por lo común están presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos y el paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias.</p>
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	<p>Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente se presenta una cantidad de síntomas "somáticos". Episodio único sin síntomas psicóticos de depresión: • agitada • profunda • vital</p>
Trastorno depresivo recurrente	<p>Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, puede haber episodios breves de ligera elevación del ánimo y de hiperactividad (hipomanía), inmediatamente después de un episodio depresivo, los cuales a veces son desencadenados por el</p>

	<p>tratamiento antidepresivo. Las formas más graves del trastorno depresivo recurrente, tienen mucho en común con conceptos más primarios, como los de depresión maníaco-depresiva, melancolía, depresión vital y depresión endógena.</p> <p>Incluye: episodios recurrentes de: depresión psicógena, depresión reactiva, reacción depresiva y trastorno depresivo estacional. Excluye: episodios recurrentes depresivos breves</p>
Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente	Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual leve, sin antecedentes de manía
Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente	Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual de gravedad moderada y sin antecedentes de manía
Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos	Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual grave y sin síntomas psicóticos y sin antecedentes de manía. Depresión endógena sin síntomas psicóticos, Depresión profunda recurrente sin síntomas psicóticos, Depresión vital recurrente sin síntomas psicóticos, Psicosis maníaco-depresiva de tipo depresivo sin síntomas
Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión	El paciente ha sufrido dos o más episodios depresivos, pero no tiene síntomas depresivos desde hace varios meses.
Trastornos del humor [afectivos] persistentes	Trastornos del humor persistentes y habitualmente fluctuantes, en los cuales la mayoría de los episodios individuales no llegan a ser suficientemente graves como para que se justifique describirlos como episodios hipomaniacos, ni como episodios depresivos leves. Debido a que duran años, afectando a veces la mayor parte de la vida adulta del paciente, implican una angustia y una incapacidad considerables
Ciclotimia	<p>Inestabilidad persistente del humor, que se manifiesta a través de varios períodos de depresión y de excitación leve, ninguno de los cuales es suficientemente grave o prolongado como para justificar el diagnóstico de trastorno afectivo bipolar. Con frecuencia este trastorno se encuentra entre los parientes de los pacientes que sufren un trastorno afectivo bipolar. Algunas personas ciclotímicas desarrollan con el tiempo un trastorno afectivo bipolar.</p> <p>Personalidad cicloide, Personalidad ciclotímica, Trastorno afectivo de la personalidad</p>
Distimia	<p>Depresión crónica del humor, que dura al menos varios años y no es suficientemente grave, o bien cuyos episodios individuales no alcanzan a ser suficientemente prolongados como para justificar el diagnóstico tanto de las formas graves y moderadas como de las formas leves del trastorno depresivo recurrente.</p> <p>Depresión ansiosa persistente, Depresión neurótica, Neurosis depresiva, Trastorno depresivo de la personalidad</p>

Por su parte la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas Relacionados con la Salud (CIE-10, 2003) clasifica el trastorno depresivo o del estado afectivo desde las categorías de episodios depresivos (categoría F32), y de trastornos depresivos (categoría F30-F39), algunos de los más recurrentes son:

TABLA 3

Tabla clasificación de la depresión según el CIE-10: trastornos y episodios más frecuentes

Episodio depresivo	En los episodios leves, moderados y graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su energía. Se deteriora la capacidad de disfrute, concentración, y es frecuente el cansancio. El sueño se perturba y disminuye el apetito, también decae la autoestima, hay sentimientos de inutilidad y pérdida de lúcido. Incluye: episodios únicos de: depresión psicógena, depresión reactiva, reacción depresiva Excluye: cuando se asocia con trastornos de la conducta, trastornos de adaptación, trastorno depresivo recurrente.
Episodio depresivo leve	Por lo común están presentes dos o tres de los síntomas antes descritos. El paciente generalmente está tenso, pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades.
Episodio depresivo moderado	Por lo común están presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos y el paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias.
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente se presenta una cantidad de síntomas "somáticos". Episodio único sin síntomas psicóticos de depresión: • agitada • profunda • vital
Trastorno depresivo recurrente	Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, puede haber episodios breves de ligera elevación del ánimo y de hiperactividad (hipomanía), inmediatamente después de un episodio depresivo, los cuales a veces son desencadenados por el tratamiento antidepresivo. Las formas más graves del trastorno depresivo recurrente, tienen mucho en común con conceptos más primarios, como los de depresión maníaco-depresiva, melancolía, depresión vital y depresión endógena. Incluye: episodios recurrentes de: depresión psicógena, depresión reactiva, reacción depresiva y trastorno depresivo estacional. Excluye: episodios recurrentes depresivos breves
Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente	Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual leve, sin antecedentes de manía
Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente	Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual de gravedad moderada y sin antecedentes de manía
Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos	Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual grave y sin síntomas psicóticos y sin antecedentes de manía. Depresión endógena sin síntomas psicóticos, Depresión profunda recurrente sin síntomas psicóticos, Depresión vital recurrente sin síntomas psicóticos, Psicosis maníaco-depresiva de tipo depresivo sin síntomas

Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión	El paciente ha sufrido dos o más episodios depresivos, pero no tiene síntomas depresivos desde hace varios meses.
Trastornos del humor [afectivos] persistentes	Trastornos del humor persistentes y habitualmente fluctuantes, en los cuales la mayoría de los episodios individuales no llegan a ser suficientemente graves como para que se justifique describirlos como episodios hipomaniacos, ni como episodios depresivos leves. Debido a que duran años, afectando a veces la mayor parte de la vida adulta del paciente, implican una angustia y una incapacidad considerables
Ciclotimia	Inestabilidad persistente del humor, que se manifiesta a través de varios períodos de depresión y de excitación leve, ninguno de los cuales es suficientemente grave o prolongado como para justificar el diagnóstico de trastorno afectivo bipolar. Con frecuencia este trastorno se encuentra entre los parientes de los pacientes que sufren un trastorno afectivo bipolar. Algunas personas ciclotímicas desarrollan con el tiempo un trastorno afectivo bipolar. Personalidad cicloide, Personalidad ciclotímica, Trastorno afectivo de la personalidad
Distimia	Depresión crónica del humor, que dura al menos varios años y no es suficientemente grave, o bien cuyos episodios individuales no alcanzan a ser suficientemente prolongados como para justificar el diagnóstico tanto de las formas graves y moderadas como de las formas leves del trastorno depresivo recurrente. Depresión ansiosa persistente, Depresión neurótica, Neurosis depresiva, Trastorno depresivo de la personalidad

Epidemiología

En Colombia la juventud se puede entender por la etapa de vida comprendida entre los 14 y 26 años, declarado por la Ley 1622 de 2013, sin embargo, este rango suele variar (DANE, 2020). Podríamos decir entonces que la juventud abarca tanto a la población de adolescentes como la de adultos jóvenes. De acuerdo a eso, cabe destacar que en Colombia, de acuerdo a la OMS, la prevalencia de la depresión es de un 4,7, el cual evidencia un porcentaje más alto que el promedio mundial, así mismo se destaca que aproximadamente 1 de cada 5 adolescentes, experimentará un cuadro depresivo antes de la edad de 18 años, presentándose como un período crítico para la presencia del trastorno depresivo, así mismo el trastorno depresivo se presenta como un problema de salud mental común en la gente joven en el mundo (Ossa, Sánchez, Mejía & Bareño, 2016). En un estudio epidemiológico hecho en la ciudad de México en el año 2017, la prevalencia de depresión aumentó

en el periodo de la adolescencia, con mayores incrementos en las mujeres que en hombres (ANMM, 2017).

Tratamientos para la depresión

Para el tratamiento de la depresión suelen encontrarse dos principales formas de abarcarlo: tratamientos farmacológicos y las terapias psicológicas, suelen combinarse para mayor eficacia. Así mismo, son los profesionales de la salud o sanitarios quienes deciden cuál es el mejor tratamiento para el paciente (MSDsalud, 2019). Por otro lado, el reconocimiento de la depresión como una enfermedad discapacitante, ha llevado a crear enfoques asistenciales compartidos entre atención primaria y especializada utilizados en clínica, los más usados o frecuentados en estas son los modelos escalonados y los de atención colaborativa (GPC, 2014).

Figura 1. Modelo escalonado en el manejo de la depresión



Fuente:

Figura tomada Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto -GPC. (2014). *Guía de la práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*.

TABLA 4

Objetivo modelo atención colaborativa en el manejo de la depresión

Objetivo de la intervención	Potenciar el acompañamiento de las enfermeras para mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas con depresión y realizar funciones de integración con diferentes profesionales de la salud (médicos de familia,
------------------------------------	--

	psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud) para vertebrar una mejor asistencia sanitaria y calidad de cuidados al paciente (GPC, 2014).
--	--

Antidepresivos

Los antidepresivos no suelen usarse en todos los casos donde aparece depresión o indicios de este, sino que están indicados o suelen usarse para el tratamiento en episodios -únicos o recurrentes- moderados y graves. Así mismo no suele usarse de manera rutinaria para tratar síntomas depresivos leves (CINETTS, 2013). El objetivo principal del tratamiento antidepresivo, sería el de lograr la remisión de los síntomas y permitir la recuperación de la funcionalidad de los pacientes a través de su acción sobre el sistema monoaminérgico haciendo que el resultado sea la regulación de alguno de los siguientes neurotransmisores: serotonina -5-HT-, dopamina -DA-, noradrenalina -NA-:

El incremento de la disponibilidad de neurotransmisores en la hendidura sináptica permite la regulación a la baja de los receptores postsinápticos, así como su desensibilización, y estos cambios adaptativos en los receptores resultan en alteraciones en la expresión de determinados genes, incluidos factores neurotróficos como el BDNF y por ende permiten la sinaptogénesis. (Pérez, 2017, p. 10)

Los tipos de antidepresivos de uso común y sus generalidades según Pérez (2017) son:

TABLA 5

Tipos de antidepresivos de uso común y generalidades

Tipo	Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)	Inhibidores de recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN)	Antidepresivos tricíclicos (ATC)	Antidepresivos multimodales
Mecanismo	Inhibición del transportador de serotonina (SERT), en condiciones normales reintroduce la serotonina sináptica a la neurona para ser reciclada. De esta manera, es libre de actuar en receptores postsinápticos y en autorreceptores 5-HT _{1A} .	Bloqueo del transportador de noradrenalina (NAT). Esto incrementa las concentraciones sinápticas de 5-HT y NA y las concentraciones de DA a nivel de corteza prefrontal.	Bloqueo de la recaptura de serotonina y noradrenalina. Los ATC tienen acciones farmacológicas de relevancia sobre receptores H ₁ histamínicos, α ₁ adrenérgicos y canales de sodio sensibles a voltaje, lo que ocasiona efectos secundarios frecuentes y en ocasiones poco tolerados	Inhibición de SERT, DAT y NET, agonismo de receptores 5-HT _{1A} y 5HT _{1B/D} , antagonismo de 5-HT ₇ y 5-HT
Fármacos más usados	fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram	venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina y milnacipran	Amitriptilina Amoxapina Desipramina (Norpramin) Doxepina Imipramina (Tofranil) Nortriptilina (Pamelor) Protriptilina Trimipramina	Vortioxetina

Psicoterapias para la depresión

El objetivo de las psicoterapias serían en esencia producir un intercambio preciso y especificado de transacciones entre paciente y terapeuta donde se pueda llevar a una reordenación en el modo en que el paciente percibe su realidad y orienta sus acciones, haciendo que el malestar inicial sentido en sus diferentes intensidades pueda ser disminuido (Campo, 2005) Esto ayudaría a favorecer un proceso de madurez, desarrollo, salud mental y bienestar por parte del paciente (GPC, 2014).

Existen diferentes modelos, modalidades y formas de intervención de psicoterapias para la depresión y que suelen variar de acuerdo a sus modelos teóricos y técnicas, entre otros. Como se menciona en (CINETTS, 2013). Es así como, las psicoterapias para la depresión ayudarían a determinar los acontecimientos existenciales que contribuyen a la depresión, buscando maneras de transformar, aceptar o adaptarse a las situaciones; crear objetivos realistas para el futuro y su mejora; identificar los procesos distorsionados de pensamiento y conductas poco útiles que ayudan a la existencia de sentimientos de desamparo o desesperanza que son los síntomas más frecuentes de la depresión; ayudar a la creación de destrezas y fortalezas para hacer frente a los síntomas y problemas, e identificar o prevenir episodios futuros de depresión (APA, 2021)

Aunque existe consensos sobre los beneficios de la psicoterapia en la depresión aún hay un debate sobre la eficacia de los diferentes modelos de psicoterapia existentes, sin embargo, se destacan las siguientes dos psicoterapias como las más usadas frente al tratamiento de la depresión:

Tabla 6

Psicoterapias más usadas para la depresión: alcances frente a la depresión y modos de actuación

Terapia	Alcances frente a la depresión	Modo de actuación
Modelo Cognitivo-conductual (CBT)	Bajo este modelo teórico la depresión sería atribuida a grupos complejos de pensamientos negativos acerca del sí mismo o el mundo externo que son activados o desencadenados en una variedad de situaciones. Se plantea que las representaciones de la depresión sería la suma de experiencias aversivas, producidas por cogniciones inconscientes complejas diseñadas para abstraer significados comunes de experiencias repetidas (Pérez & García, 2001) Mediante esta terapia los pacientes con depresión aprenden a identificar y poder controlar aquellos patrones negativos de pensamiento y conducta que contribuyen a su	En este modelo se trabajaría con las cogniciones disponibles en la conciencia de la persona con depresión mediante diferentes estrategias como activación conductual donde a su vez se pueda incrementar la frecuencia de actividades sociales placenteras, mejorar destrezas sociales, reducir tendencias a pensamientos negativos, aumentar la cantidad de apoyo social; registro de pensamientos inadecuados que ayude a modificar cogniciones negativas que incrementen los síntomas depresivos y la persona encuentre soluciones adecuadas a los problemas; técnicas de re atribución donde se reduzcan los pensamientos de minusvalía y baja

	<p>depresión. El terapeuta especializado en CBT ayuda entonces a que los pacientes identifiquen pensamientos y en últimas creencias negativas, a transformar los conceptos erróneos, a cambiar las conductas que mantendrían y empeorarían la depresión, así mismo ayudarían a mejorar la interacción social y llevarla de formas más positivas (APA, 2021).</p>	<p>autoestima; Clasificación de las distorsiones cognitivas; socrática y debate de creencias; análisis y evaluación empírica; flecha descendente; descentramiento; entre otros. (Acevedo & Gélvez, 2018)</p> <p>Y se basaría en tres etapas para su intervención: La primera etapa sería la evaluación y el involucramiento en la terapia; la segunda, incluye módulos de terapia activa; la tercera, prevención de recaídas. (Pérez & García, 2001)</p>
<p>Modelo Interpersonal (IPT)</p>	<p>Bajo este modelo teórico la depresión sería una enfermedad mental compleja; donde habría una conexión entre los actuales eventos de la vida y la aparición de los síntomas depresivos como un marco que permite ayudar a los pacientes a superar su malestar. Se afirmaría que eventos perturbadores precipitarían el trastorno y donde el ánimo depresivo lleva a retraimiento social, fatiga, pobre concentración y en consecuencia a otros eventos negativos (Carrasco, 2017).</p> <p>Mediante esta terapia los pacientes con depresión aprenderían a mejorar sus relaciones e interacciones con los demás, expresando de esta forma mejor sus emociones, y solucionando problemas de maneras más saludables y adaptativas. El terapeuta especializado en IPT ayudaría a los pacientes a que puedan adaptarse a acontecimientos preocupantes de la vida que acentúan los síntomas de depresión, a crear habilidades sociales, y a organizar aquellas relaciones que incrementarían el apoyo para enfrentar síntomas depresivos, que apoyarían la adhesión al tratamiento y a enfrentar factores estresantes de la vida cotidiana (APA, 2021).</p>	<p>En este modelo se trabajarían con las relaciones interpersonales del paciente con depresión puesto que bajo este modelo hay un vínculo entre vulnerabilidad interpersonal y depresión ya que se ha comprobado que los individuos deprimidos tienen mayores dificultades interpersonales.</p> <p>Esta psicoterapia para depresión se desarrollaría entre tres etapas: en la primera el terapeuta revisa cuidadosamente la historia que vincula los síntomas depresivos del paciente a su situación interpersonal en una formulación que se centra en una de cuatro áreas de problemas interpersonales (duelo, disputas de rol, transiciones de rol, déficits interpersonales); la segunda etapa o etapa intermedia el terapeuta promovería estrategias para el problema interpersonal identificado como: facilitación de catarsis donde el paciente encuentre nuevas actividades y relaciones para compensar la pérdida, la exploración de la naturaleza de la relación y la disputa relevante, aprendizaje en el manejo de cambios de rol lamentando la pérdida del rol antiguo, reconociendo aspectos positivos y negativos del nuevo rol y a obtener dominio sobre el nuevo rol, ayuda a desarrollar nuevas relaciones y destrezas interpersonales; en la tercera etapa se apoyaría la renovación del paciente y su independencia y competencia mediante el reconocimiento y consolidación de los logros terapéuticos, también ayuda al paciente a anticipar situaciones interpersonales que</p>

		afectan negativamente su ánimo, así como formas de responder ante los síntomas depresivos que puedan surgir en el futuro (Carrasco, 2017).
Modelo de Orientación psicoanalítica (TDI)	<p>Bajo este modelo teórico la depresión entendida desde Freud sería una reacción a una pérdida sobre la base de una elección narcisista del objeto, proponiéndose hipótesis desde el psicoanálisis donde se dictamina que las experiencias traumáticas del infante, de carencias tempranas e interferencias en la relación de apego pueden constituirse en un factor asociado con ciertos tipos de depresión.</p> <p>Es así como bajo esta terapia se exploraría en los pacientes con depresión los patrones interpersonales problemáticos focalizándose en los estados mentales de este -creencias, sentimientos, deseos y pensamientos- de tal forma que el paciente pueda entender la conexión entre sus síntomas y lo que ocurre en sus relaciones, bajo la identificación de un patrón inconsciente de relacionamiento que se convierte en el foco de la terapia y que a su vez pueda reflexionar sobre sus propios estados mentales (Carrasco, 2017).</p>	<p>En este modelo bajo los supuestos psicoanalíticos la terapia psicodinámica trabajaría la depresión bajo la teoría del apego, la teoría de las relaciones objétales y el psicoanálisis interpersonal de Sullivan; al sustentar que los síntomas de depresión serían respuestas a dificultades interpersonales, amenazas percibidas a vínculos, siendo amenazas para el sí mismo -self-.</p> <p>En la terapia breve o en la relación terapéutica breve se trabajaría la depresión desde cinco pasos estratégicos que se darían alrededor de esta relación terapéutica; Identificación de un problema de apego con un foco emocional específico que el paciente sentiría es lo que lo hace sentir deprimido; trabajo con el paciente donde se pueda crear una imagen clara y mentalizada de las problemáticas interpersonales; la estimulación al paciente a explorar la posibilidad de modalidades alternativas de sentir y pensar, usando como base la relación transferencial; reflexión continua sobre el proceso psicoterapéutico; resumen escrito al final de la terapia donde se dé la visión de la persona construida conjuntamente, así como del área conflicto inconsciente, para que la tenga presente y así intentar reducir el riesgo de una recaída (Carrasco, 2017).</p> <p>Es así como alrededor de estas estrategias, la psicoterapia dinámica para el tratamiento de la depresión implementaría técnicas de apoyo (escucha empática y reflexiva) y expresivas (confrontación e interpretación); técnicas directivas que apoyen el cambio en un marco de tiempo breve; entre otras (Carrasco, 2017).</p>

La experiencia subjetiva de González Rey: Entre lo individual y lo cultural.

Esta investigación se basa en la teoría de la subjetividad planteada por González Rey en varios de sus aportes y publicaciones (González, 1998, 2000a, 2000b, 2000c, 2002, 2006, 2012, 2014, 2010, 2011, 2013, 2016, 2018) teoría contextualizada en la perspectiva histórico cultural. Tomar la subjetividad desde este marco conceptual implica entenderla como “la producción y unidad cualitativa simbólico-emocional que emerge ante una experiencia vivida, la cual integra lo histórico y lo contextual en el proceso de su configuración” (González, 2011, p. 313). Esto quiere decir que la subjetividad sería la unidad inseparable de lo simbólico y lo emocional frente a las experiencias que se viven en el medio cultural, haciendo que la cultura sea una reproducción de realidades que tiene un valor simbólico y que influirá en el sistema subjetivo humano, es así como la integración de lo simbólico - permeado desde la cultura- y lo emocional -la dimensión afectiva-, da sentido a las vivencias que cada sujeto experimenta en su ambiente interpersonal, social y las acciones que lo movilizan (González, 2011).

En este sentido, la subjetividad sería un proceso cualitativo diferenciado, en constante desarrollo e inseparable de la cultura, ya que esta emergencia de unidades emocionales y simbólicas están presentes tanto a un nivel individual como social (González, 2018); la subjetividad emerge entonces de la forma en que las relaciones sociales son vividas de forma única, particular y diferenciada, haciendo que lo social devenga subjetivo en la historia individual y así la emoción por parte del sujeto pasa a ser sensible a los registros simbólicos, “permitiendo al hombre una producción sobre el mundo en que vive, y no simplemente la adaptación a él” (González & Martínez, 2016, p.123). Esto mismo hace que, abarcar la subjetividad implique al sujeto ubicado dentro de un contexto sociocultural, y donde existe una mutua influencia entre estas dos dimensiones -social e individual-, dimensiones que se integran como sistemas simbólico-emocionales, en los que las acciones individuales y las relaciones sociales son inseparables y donde la cultura impregna el sentido emocional de las experiencias humanas (González, 1998; Subero, 2017).

Los sentidos subjetivos

Tal y como lo menciona González (2011) los sentidos subjetivos vendrían siendo la unidad básica y constituyente de la subjetividad, ya que como lo plantea el autor la subjetividad involucraría entonces un sistema complejo que se organizaría como una configuración compleja de sentidos subjetivos. El concepto de sentido subjetivo permite comprender el significado que cada sujeto le da a sus experiencias y permite entender la producción individual y particular representada en la acción que realiza cada persona, además estos sentidos subjetivos se convierten en procesos de construcción autónoma de la persona que posibilita la emergencia de la creatividad e imaginación, dimensiones que promueven nuevas formas de entender y elaborar procesos culturales, cosa que modifica y transforma las formas simbólicas que conforman la cultura que está institucionalizada. (González, 2010; Subero, 2017).

Tanto lo simbólico como lo emocional están en una relación recursiva y de mutua implicación, haciendo que el sujeto solo pueda vivir y experimentar su realidad a partir de su subjetividad, es así como lo emocional se vuelve inseparable a cualquier tipo de producción humana individual o social (González, 2009, 2011) y es mediante la producción de sentidos subjetivos vinculados a la experiencia vivida que lo social se torna subjetivo (González, 2007). Es así como la dimensión de sentido subjetivo producida por una experiencia estará definida por la producción simbólico-emocional generada ante esa experiencia, haciendo que sujetos que puedan llegar a tener una misma condición se puedan diferenciar en su desarrollo subjetivo ya que implica que en el curso de las vivencias de cada sujeto, estas se significaron de una forma particular gracias a las producciones subjetivas involucradas en esta experiencia que emerge desde lo emocional y simbólico (González & Patiño, 2017). Y es que esta relación entre lo simbólico-emocional que expresa la inmersión del sujeto en el mundo, está en desarrollo permanente y tiene

múltiples desdoblamientos, estando así en constante cambio y transformación (González, 2010).

Las configuraciones subjetivas

Tenemos que González (2014) determina que los sentidos subjetivos aparecen a través de una cadena “interminable e inconsciente”, dentro de la cual un sentido subjetivo se articula con otros para formar configuraciones subjetivas, es decir que estos sentidos subjetivos se organizan en sistemas psicológicos relativamente estables, estableciendo así las configuraciones subjetivas (González, 2002, 2014). Cabe decir que estas configuraciones no son estáticas y además contiene la pluralidad de experiencias de una historia singular y particular, es así como el sujeto en su actuar en las relaciones sociales es portador de una configuración subjetiva producto de su historia sociocultural (González, 2008, 2010). Por tanto, esta misma va a ayudar a definir las formas de la experiencia que cada sujeto va a tener dentro de los espacios simbólicos de la cultura (Hernández, 2008).

Cabe mencionar que los sentidos subjetivos ocurren como una integración “tensa, múltiple y contradictoria”, entre las configuraciones subjetivas del sujeto en el curso de su acción y “la multiplicidad de efectos colaterales que, resultantes de esa acción, se asocian a nuevas producciones de sentido subjetivo” (González, 2010, p.251) y que estos sentidos subjetivos van emergiendo y se van transformando continuamente (González, 2010). Esto quiere decir que las configuraciones subjetivas si bien son estables, se pueden mediante las diferentes experiencias vivenciadas por el sujeto, quien va, en este sentido, transformando y reorganizando estas mismas configuraciones, dando lugar a cambios en la red de configuraciones subjetivas debido a la emergencia de nuevos sentidos que se van reorganizando y transformando.

Así mismo, el sujeto en medio de su interacción en los espacios sociales produce sentidos subjetivos que responden a tres fuentes que entran en tensión

(González, 2008): (1) su configuración subjetiva, (2) el curso de su experiencia presente y (3) la configuración subjetiva que es dominante o que se expresa activamente del espacio social la cual se expresa en discursos, representaciones sociales, códigos, valores etc. Es por esto que desde la subjetividad de González (2002), el sujeto tiene un papel donde puede transformar la configuración subjetiva dominante de los espacios sociales mediante los sentidos subjetivos que producen en medio de sus acciones en esos espacios y las experiencias actuales. Desde esta mirada, la persona “no es un epifenómeno de ninguna estructura o práctica social, ella tiene una capacidad generadora subjetiva frente a lo vivido, que le permite múltiples opciones, decisiones y acciones cargadas de sentidos subjetivos en el proceso de la experiencia” (González, 2012, p.313). Por último, cabe mencionar que cómo lo menciona González (2010):

Los sentidos subjetivos y las configuraciones subjetivas, son producciones que tienen lugar en el curso de la vida social y la cultura, pero que no están determinados ni por una ni por la otra, no son un reflejo de esos múltiples procesos, sino una nueva producción que los especifica en sus efectos para quienes los viven. (p.252)

La subjetividad social

González (2008) define este concepto como “la forma en que se integran sentidos subjetivos y configuraciones subjetivas de diferentes espacios sociales, formando un verdadero sistema en el cual lo que ocurre en cada espacio social (...) está alimentado por producciones subjetivas de otros espacios sociales” (p.234). Desde González la subjetividad social se podría entender como la forma en la que se integran los sentidos subjetivos y configuraciones subjetivas de los entornos sociales haciendo que los diferentes entornos en los que está permeado el sujeto, esté envuelto a su vez por producciones subjetivas construidas a través de otros entornos sociales, es decir que las configuraciones subjetivas de los sujetos,

expresan lo vivido a través de los sentidos subjetivos que se organizan en el presente, lo que representa la historicidad de las configuraciones subjetivas, aspecto importante de su carácter singular e irreductible a las experiencias actuales. Es precisamente sobre esa subjetividad singular que la persona emerge como sujeto generando opciones subjetivas frente a lo socialmente dominante. (González, 2016) La subjetividad social se inscribe como un plano cualitativo de la subjetividad individual y que resume todos los aspectos de la vida social en los cuales el sujeto está inmerso, que además se desarrollaría dentro de la sociedad y su universo de realidades y procesos objetivos que caracterizan la organización social, cada una de las formas de expresión de la subjetividad social.

La subjetividad como experiencia

La experiencia se podría interpretar entonces como una producción simbólica y emocional que se produce en la configuración subjetiva, por tanto, la experiencia siempre es subjetiva ya que está permeada por la división entre la subjetividad social e individual (González & Martínez, 2016). La experiencia vivida por el sujeto junto con los recursos culturales, generan formas de subjetivación que pueden representar procesos de desarrollo subjetivo. La cultura, si bien, no determina el desarrollo subjetivo, representa los tipos de producciones simbólicas que aparecerán, en su unidad con las emociones, en los sentidos subjetivos definidores de las configuraciones subjetivas del desarrollo. Es así como la experiencia va a estar interferida por las formas simbólicas de la cultura las cuales se tornan subjetivas por la forma diferenciada en que aparecen en los sujetos a partir así mismo de emociones específicas y singulares (González, 2000a, 2006, 2008). Solo en su configuración subjetiva estas construcciones sociales se tornan motivaciones de la acción humana. Las producciones subjetivas hacen entonces que las experiencias las vivamos no con lo que acontece inmediatamente, sino con esas configuraciones subjetivas construidas a lo largo de la historia del sujeto y es por eso que son inminentemente subjetivas (González 2000b, 2000c).

Así mismo como los sentidos subjetivos son producciones que emergen de una configuración subjetiva y que hace que en una situación específica se torne fuente generadora de sentidos subjetivos específicos frente a una experiencia concreta, hace que cada experiencia sea única e irrepetible (González, 2016), es así como González plantea que la realidad está presente en los sentidos subjetivos y que estos son una producción diferenciada sobre la realidad vivida y no un reflejo de ella ni una influencia directa de esa sobre el individuo.

El sujeto como constructor activo de la subjetividad

El sujeto dentro de esta teoría de la subjetividad adquiere un papel activo y fundamental, pues, en primera parte es un sujeto concreto individual, quien está procesal, histórica y socialmente configurado (González, 1998). El sujeto es sujeto de un pensamiento que actúa solo a través de situaciones y contenidos que implican su emocionalidad, es decir que actúa bajo su afectividad y subjetividad, no desde lo totalmente cognitivo y lo objetivamente racional (González, 2002). Así mismo González (2011) plantea que, entre los “sistemas sociales normativos”, ósea lo que se presenta desde el ambiente social y los sentidos subjetivos que aparecen en el curso de una acción existen “múltiples contradicciones que están más allá de la capacidad de representación de la persona”, y por eso las opciones subjetivas frente a esos sistemas normativos no se agotan en lo intencional, sino que tienen “múltiples manifestaciones no predecibles y fuera de control”.

Es así como el sujeto se entiende como consciente, interactivo con su medio e intencional, que actúa en su presente, desde su presencia física, así como, desde el proceso dialógico de éste y su ambiente que se expresa en su propia constitución subjetiva. Aparte, cabe mencionar que González (1998) habla de la importancia la intencionalidad y la conciencia por parte del sujeto debido a que “las estructuras simbólicas del lenguaje se orientan a una realidad constituida por su sentido subjetivo para el sujeto, por tanto, la cognición, así como la intencionalidad del sujeto, responden también a las necesidades resultantes del sentido que tiene para

él la realidad que enfrenta.” (p.313). Siendo un agente activo dentro de los procesos sociales frente a los cuales se ve enfrentado, sus acciones, comportamientos y expresiones y a los que responde a través de sus producciones subjetivas que están en constante transformación.

Así mismo el sujeto no es considerado como un reflejo de la sociedad sino que por su constitución subjetiva, hace que lo social se vea en el orden de los sentidos subjetivos y es por esto que para abordar a este sujeto, el conocimiento que se vaya construyendo a partir de este adquiera significación a través de los procesos de construcción de la subjetividad de este y que a su vez como este sujeto individual está implicado en espacios de la subjetividad social, y su condición de sujeto se actualiza de forma permanente en la tensión que produce a partir de las contradicciones entre sus configuraciones subjetivas individuales y los sentidos subjetivos que surgen en su tránsito por las actividades compartidas dentro de los diferentes espacios sociales. Es dentro de esta procesualidad que el conocimiento tiene lugar (González, 2006).

La experiencia de la depresión: configuraciones subjetivas y padecimiento

De acuerdo con González Rey (2011), la salud mental entendida desde su complejidad sería el resultado del funcionamiento de la sociedad en tanto sistema junto con las configuraciones institucionales en esa actividad, es así como dentro de esta complejidad la depresión -y la experiencia de esta misma- entendida desde el modelo médico como enfermedad mental, no puede ser abarcada solamente por categorías descriptivas y que se vuelven distantes de la experiencia singular de las personas, ya que la enfermedad misma se configuraría como un sistema complejo que implicaría subjetividades individuales y subjetividades sociales, donde para su exploración y comprensión se tendrá que tener en cuenta dimensiones como la cultura, el ambiente laboral, la política, la educación, y no solamente lo que se

considera meramente intrínseco a la persona como sus funciones psíquicas y sus formas de cognición (Goulart & González, 2017).

De esta forma la enfermedad mental, en este caso la depresión, sería entendida desde González (2011) como “[...] la emergencia de un tipo de configuración subjetiva que impide al sujeto producir sentidos subjetivos alternativos que le permitan nuevas opciones de vida frente a los rituales perpetuados por esta configuración, al hacerse dominante” (p. 21 y 22) haciendo que sea esta la fuente de padecimiento o sufrimiento del sujeto, es así como la depresión al ser vista más que como una enfermedad, como una configuración subjetiva frente a la cual la persona está paralizada y con la que tiene un conflicto debido al resultado de los “desdoblamientos subjetivos singulares” que ocurren en la experiencia del sujeto, el no poder crear nuevos sentidos subjetivos que ayudarían a reconfigurar estas configuraciones dominantes, el padecimiento se prolongaría, entendiendo el sufrimiento o padecimiento del sujeto como “parte de un proceso vivo y diferenciado, que representa un sistema en proceso y no una condición de la persona” (Goulart & González, 2017).

Es por esto que, a pesar de percibir elementos comunes frente a la enfermedad en varias personas, la forma de padecerla, experimentarla, vivirla y configurarla es singular. De esta forma, para poder explorar la experiencia subjetiva de la depresión como de sus tratamientos, se tendría que ir más allá de las etiquetas diagnósticas que se referían solo a los síntomas visibles, o a los componentes técnicos de las terapias, poniendo de esta forma énfasis en el valor de sus experiencias singulares (Goulart & González, 2017).

El trastorno mental no implicaría de esta forma un rasgo psicológico aislado, sino “una organización subjetiva compleja integrada en una red social concreta” (González, 2011); es por esto que si bien hay una generalidad frente a los síntomas depresivos que podríamos encontrar en el DSM-V las formas de vivenciar estos síntomas, y de cobrar un sentido dentro de las experiencias individuales, son totalmente singulares y van a depender de las configuraciones que cada sujeto haga

desde su historia, y que se permea y construye desde lo social subjetivándose en lo singular.

Por otro lado, habría que tener en cuenta a su vez que la persona quién padece emerge como sujeto de su propio proceso de vida posicionándose activamente en los espacios sociales que constituye (González, 2010), y que, por tanto, este no se somete a la etiqueta de su diagnóstico haciendo que tenga la capacidad de tomar una posición que sea significativa para su momento actual de desarrollo y por tanto, tenga un papel significativo en la configuración de su propio sufrimiento, el cual está caracterizado bajo el marco de los constantes movimientos de las configuraciones subjetivas dominantes y los sentidos subjetivos que alimentan estas configuraciones que terminan influyendo en las experiencias sociales e individuales del sujeto (Goulart & González, 2017).

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

La siguiente investigación debido a la naturaleza de su objeto de estudio está enmarcada bajo la utilización del método *cualitativo*, entendiendo este método como el carácter “constructivo-interpretativo” del conocimiento donde a su vez el investigador hace parte activa del estudio, y donde lo singular es pieza fundamental para la producción de conocimiento científico (González & Patiño, 2017). Por lo que, la producción de conocimiento tendría un carácter interactivo, es decir que “la investigación -sería- un proceso de comunicación, un proceso dialógico” (González Rey, 2005, p.13), de esta manera la forma de ahondar en los sentidos subjetivos se dará en la medida en que se del proceso dialógico.

Así mismo este estudio se caracteriza por el interés del investigador en comprender cómo se construye la realidad, los sentidos y significados que sobre el sujeto se configuran, y que se irán explorando en una relación de no imposición, es decir, horizontalidad, respetando así el carácter singular y activo de estos. No se trata entonces de buscar una problemática sino de explorar y profundizar en aquellos significados que los sujetos otorgan a la experiencia de los tratamientos para la depresión y su diagnóstico rescatando de esta forma la experiencia singular y subjetiva frente a este.

El tipo de estudio estará enmarcado bajo el método *fenomenológico-hermenéutico*, que se caracteriza por la exploración de la conciencia del sujeto y por tanto tratar de comprender el modo en que este percibe la realidad y las experiencias a través de los significados que los rodean. Tratando de esta forma desde lo fenomenológico describir y comprender los fenómenos, experiencias, contextos y eventos desde el cómo se manifiestan en profundidad y así tratar de entrever aquellos asuntos subjetivos ligados a la experiencia particular de cada sujeto, y desde lo hermenéutico se buscará comprender al otro, no solo a través de la conversación, sino en lo que encuentra detrás de lo no dicho para descubrir sus

significados, explicitando de esta forma comportamientos, formas verbales y no verbales de la conducta, la cultura, los sistemas de organizaciones; la hermenéutica de este modo estaría presente durante todo el proceso investigativo (Guillen, 2019). Así mismo el diseño del estudio será *descriptivo-interpretativo* debido a que se pretenderá describir los fenómenos desde el punto de vista construido por cada sujeto intentando de esta forma capturar la complejidad de los fenómenos sin pretender a la generalización (Ortiz, 2011) con relación al tiempo, se tratará de un estudio *transversal* ya que en cuanto a la recolección de datos se hará en una única vez.

Sujetos participantes

Los sujetos que participarán de esta investigación son 5 jóvenes pertenecientes a la ciudad de Medellín que se encuentren o se hayan encontrado en tratamiento para la depresión combinada -psicoterapia y tratamiento farmacológico-. La muestra fue seleccionada en un diseño no probabilístico debido a que no se pretende homogenizar ni generalizar la población escogida (Monje Álvarez, 2011). Los criterios de inclusión, por un lado, fueron la edad que por cuestiones del estudio se seleccionaron aquellos que estaban dentro del rango de edad de los 18 hasta los 26 años ya que son los que se consideran dentro del rango de “jóvenes”, y por otro lado, se hizo la selección así mismo de aquellos que están o estuvieron en tratamiento combinado, es decir, psicoterapéutico y farmacológico, no distinguiendo el sexo y el tipo de depresión o tratamiento psicoterapéutico y farmacológico en el cual se esté o se haya estado, utilizando de esta forma la técnica Muestreo discrecional, al elegir a los sujetos con un objetivo específico y al considerarse más adecuados para la investigación (Otzen & Manterola, 2017)

Instrumento

La recolección de la información se realizó a través de *entrevistas semiestructuradas individuales*, siendo esta una herramienta que sirve para el

encuentro entre dos personas, que presenta una flexibilidad ya que se ajusta a los entrevistados, esta entrevista tiene como objetivo partir de preguntas planeadas y su posibilidad de adaptarse a los sujetos y de esta manera motivar al entrevistado a aclarar vivencias, identificar ambigüedades y reducir formalismos (Díaz, Torruco, Martínez & Varela, 2013). Se indagó por la experiencia subjetiva de la depresión y sus tratamientos, esto, en base a los objetivos específicos del presente estudio, frente al cual se desplegaron las siguientes categorías y subcategorías de rastreo y posterior análisis. (ver anexo 2: propósito, estructura y protocolo del instrumento).

Tabla 7: Relación entre objetivos específicos y categorías de rastreo de la información

Objetivos específicos	Categorías de rastreo /análisis de datos	Subcategorías
Identificar los sentidos subjetivos construidos frente a la vivencia del diagnóstico de la depresión.	Sentidos subjetivos sobre el diagnóstico de la depresión.	Ideas alrededor del diagnóstico de la depresión.
		Emociones alrededor del diagnóstico de la depresión.
	Subjetividad social asociada al diagnóstico de la depresión	Representación que se cree tiene la sociedad frente a la depresión
		Dinámicas sociales vivenciadas entorno al diagnóstico de la depresión
	Sentidos subjetivos frente a la evolución del diagnóstico de depresión	Simbolización antes, durante y después del diagnóstico de la depresión
		Emociones antes, durante y después del diagnóstico de la depresión
Identificar los sentidos subjetivos construidas frente al tratamiento farmacológico de la depresión.	Sentidos subjetivos sobre el tratamiento farmacológico	Ideas al rededor del tratamiento farmacológico (proceso, relación, terapeuta y resultados)
		Emociones al rededor del tratamiento farmacológico

		(proceso, relación, terapeuta y resultados)
Identificar los sentidos subjetivos construidas frente al tratamiento psicoterapéutico de la depresión.	Sentidos subjetivos sobre el tratamiento psicoterapéutico	Ideas al rededor del tratamiento psicoterapéutico (proceso, relación, terapeuta y resultados) Emociones al rededor del tratamiento psicoterapéutica (proceso, relación, terapeuta y resultados)

Procedimiento

El desarrollo de esta investigación se llevó a cabo en tres etapas:

Etapa 1: *Contextualización teórica e investigativa*, bajo la cual se obtuvo una lectura y revisión documental con el fin de determinar el estado del arte del tema a investigar. De igual manera se desarrolló el marco teórico, el cual sirvió para brindar las bases de interpretación de los datos.

Etapa 2: *Trabajo de campo*, el cual fue realizado en dos momentos: la construcción técnica del instrumento y el pilotaje para guiar la entrevista. Luego, se procedió a la búsqueda de los participantes, una vez realizadas las entrevistas, las cuales fueron grabadas, se realizó la transcripción en su totalidad para la posterior organización por categorías, subcategorías análisis y discusión de los resultados.

Etapa 3: Se realizó el *análisis de los datos*, a partir de las entrevistas recolectadas y ya transcritas, para así llegar a la discusión de los resultados, y las conclusiones del trabajo.

RESULTADOS

En este apartado se presentarán los resultados obtenidos de las entrevistas semiestructuradas llevadas a cabo a los 5 jóvenes diagnosticados con depresión de la ciudad de Medellín, que han estado atravesados por la terapia tanto psicofarmacológica como psicoterapéutica. El análisis y la discusión de los resultados se realizaron, los sentidos subjetivos de los participantes, a la luz de la teoría de la subjetividad de González Rey, tras una exploración bibliográfica referente a investigaciones recientes que han hablado o se han remitido a la experiencia subjetiva del diagnóstico de la depresión y de la experiencia subjetiva atravesada por el tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico, se tuvieron en cuenta las siguientes cinco categorías establecidas: 1) Sentidos subjetivos sobre el diagnóstico de la depresión; 2) Subjetividad social asociada al diagnóstico de la depresión; 3) Sentidos subjetivos frente a la evolución del diagnóstico de depresión; 4) Sentidos subjetivos sobre el tratamiento farmacológico; y 5) Sentidos subjetivos sobre el tratamiento psicoterapéutico.

Los sujetos entrevistados en este estudio fueron jóvenes tanto hombres como mujeres, que están en un rango de edad entre 18 y 26 años, el rango de estrato social es entre 3 y 5. Todos los sujetos han sido diagnosticados con depresión y han estado en tratamiento múltiple (psicoterapia y psicofarmacología) algunos al tiempo y otros en tiempos distintos. Así mismo, el tiempo tanto en psicofarmacología como en psicoterapia ha sido en su promedio entre 2 meses y 7 años; y tiempo de diagnóstico entre 2 años y 6 años.

PARTICIPANTE	SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	SUJETO 5
IDENTIDAD	DA	DE	MO	JZ	CM
EDAD	21	25 años	22 años	21 años	22 años
SEXO	Masculino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
NIVEL EDUCATIVO	Bachiller	Bachiller	Bachiller	Bachiller	Bachiller
ESTRATO SOCIECONÓMICO	3	3	5	2	2
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO	2 años	4 años	6 años	2 años	5 años
TIEMPO DE TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO	8 meses	4 años	7 años	2 meses	3 años (por intervalos)
ENFOQUE TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO	Psicoanalítico	Humanista	Cognitivo	Cognitivo	Psicoanalítico/ Cognitivo
TIEMPO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	8 meses	5 meses	1 año	6 meses	5 años
OTRAS ALTERNATIVAS TERAPEÚTICAS	No aplica	No aplica	No aplica	/ Hongos/ medita	Medicina alternativa/

Sentidos subjetivos sobre el diagnóstico de la depresión.

La pretensión de esta categoría es comprender los diversos sentidos subjetivos dados a la experiencia del diagnóstico de la depresión, indagar de esta manera frente a la significación de las ideas que tiene el sujeto frente a la vivencia del diagnóstico que le atraviesa y las emociones que subyacen o nacen de esta misma experiencia, debido a la relación inseparable entre la unidad emocional y simbólica en la experiencia subjetiva (González, 2002).

Con respecto a las *ideas o simbolizaciones alrededor del diagnóstico de la depresión*, vemos que la depresión como diagnóstico se significa como algo que da desorden a la vida, que se escapa del propio control, por lo que vemos implicadas *emociones* como la impotencia y la frustración, debido a que, si bien se hace una evaluación de la propia vida y se considera objetivamente que se tiene todo para estar bien, la depresión no permite sentirse satisfecho consigo mismo. A este respecto CM refiere,

Muchas veces me ha sucedido es como yo misma me pregunto cómo, pero porqué por qué tengo estos estados depresivos porque me quiero suicidar porque tengo estas ideas si realmente yo tengo lo que generalmente es considerada como una buena vida, como una familia tranquila, o sea, no es como ni los lujos, pero tampoco es un estado de pobreza, o sea tengo lo necesario para estar bien, tengo oportunidades como que, a mí misma, me siento una desagradaída

En el mismo sentido, DE menciona:

Lo primero que se me viene a la mente es la desesperanza e impotencia, es decir, no estoy teniendo control de mi propia estabilidad y a veces eso me frustra y me genera impotencia.

Por su parte, en cuanto a la dimensión del desorden que da a la vida el diagnóstico de la depresión, se le suma la dimensión del sinsentido con la cual se ve este y su afectación en la propia vida, JZ menciona:

Lo que más encontré y el cómo veo la depresión y su diagnóstico en mi es que, tengo como una manera de comunicarme super desordenada, o sea, yo en mi existencia soy un desorden, soy alguien que sobrevive y hace cosas y ponerles orden a las cosas es toda una labor, y siempre me falta un montón por hacer y eso es lo que más me paraliza y más miedo me provoca, pensar como: si esto es lo mínimo que puedo hacer para sentirme cómodo, es raro cómo encontrarle el sentido, si, la depresión es como un sinsentido.

Lo que nos comparte DE, CM Y JZ es muy significativo para la comprensión de la vivencia del diagnóstico de la depresión, ya que en los tres discursos evidenciamos que se presenta dentro de las producciones subjetivas de la enfermedad, ideas como la incomprensibilidad, que se escapa de todo control y que en últimas termina dando desorden y sin sentido a la vida, lo que se presenta como frustrante para los sujetos. Con respecto a las *emociones alrededor del diagnóstico de la depresión*, entonces se podría destacar la tendencia a las manifestaciones de emociones como la tristeza y la ira, al igual que la sensación de tener las cosas fuera de control y una sensación constante de vacío e insuficiencia, al respecto, DE menciona:

Obviamente la tristeza es como la más general, pero la que más siento es la ira, soy muy irritable. A mí la depresión y sobre todo luego del diagnóstico me descontrola todo, desde el sueño, alimentación, manera de socializar y eso me llena de ira. A veces no tengo ganas de responder como estoy, o no quiero hablar y la gente dentro de su subjetividad se les dificulta entender. Es por la desmotivación, te lleva a no querer nada. Te dejan vacío, no quieres sentir nada

Por su parte, en cuanto a la dimensión del miedo DA menciona:

Incertidumbre tal vez, pero también algo de miedo, más o menos, igual un diagnóstico no define a alguien, pero la depresión es algo que no le deseo a

nadie, y el que alguien tenga ese diagnóstico me hace sentir empatía por lo que esa persona puede estar pasando, porque ya pasé por ahí.

Lo que comparte DS es muy significativo, debido a que nos deja entrever que la propia vivencia del diagnóstico de la depresión, las emociones que subyacen de esta experiencia, hace emerger el componente de la empatía y la comprensión por lo que otras personas puedan estar pasando, es decir que, tener un diagnóstico de depresión, y la vivencia de este, es un fuerte impacto para los sujetos, por un lado porque es una vivencia que hace emerger una serie de emociones altamente significativas, y de ahí emerge una serie de pensamientos alrededor de la vivencia de la depresión, González Rey (2002) afirma que no hay pensamientos sin emoción, debido a que el sujeto piensa en cuestiones que son significativas para él, es así que las emociones que emergen de esta vivencia singular en cada uno hace que se creen configuraciones subjetivas que inciden en la manera de asumir lo que otras personas con enfermedades mentales puedan estar pasando.

En síntesis, podríamos decir que el diagnóstico de la depresión, y su vivencia conlleva a una construcción de sentidos subjetivos singulares, donde el padecimiento hace emerger una serie de emociones y símbolos que inciden en la forma en la que los sujetos se perciben a sí mismos, en este caso vemos patrones como, el diagnóstico de la depresión como la determinante de verse así mismo como un desorden o un sinsentido, que a la vez está atravesados por emociones como tristeza, ira por la sensación de que se sienten por fuera de su propio control, frustración y desesperanza; todo estos sentidos subjetivos son un proceso que no es estático sino que es dinámico en la medida en que el sujeto crea nuevas representaciones de sí mismo y el padecimiento, la depresión entonces “parte de un proceso vivo y diferenciado, que representa un sistema en proceso y no una condición de la persona” (Goulart & González, 2017), los sujetos tienen la capacidad de posicionarse frente al padecimiento, en este caso vemos que el diagnóstico de la depresión se representa como algo que llega y genera un quiebre, que trae caos, por lo que su posición es de quien padece algo, de esta manera los sujetos tienen un papel significativo en la configuración de su propio sufrimiento, el cual está

caracterizado bajo el marco de los constantes movimientos de las configuraciones subjetivas dominantes y los sentidos subjetivos que alimentan estas configuraciones que terminan influyendo en las experiencias sociales e individuales del sujeto (Goulart & González, 2017) y que por tanto, se permiten referir al diagnóstico de la depresión como una experiencia que atravesó sus vidas de una manera significativa y que terminó generando este caos, esta incertidumbre y toda la serie de emociones que se crean mediante el padecimiento que salen a colisión en la vida de los sujetos.

Subjetividad social asociada al diagnóstico de la depresión

Para González Rey (2003) lo social y lo individual son procesos que se relacionan e implican mutuamente en la constitución de la subjetividad que se configura emocional y simbólicamente en la experiencia de la persona. La subjetividad social permite identificar aquellos sentidos subjetivos que nacen de la interacción con el medio social y que también termina incidiendo en la imagen que estos van construyendo de sí mismos atravesados por la vivencia del diagnóstico de la depresión, es así que a partir de esta categoría, se espera analizar los sentidos subjetivos alrededor de la imagen que los sujetos creen que la sociedad tiene de la depresión, al igual que las dinámicas que se han experimentado dentro de este contexto y que terminan incidiendo en sus subjetividades.

Con respecto a *las representaciones que se cree tiene la sociedad frente a la depresión*, se puede identificar nociones como la mención a la minimización del problema que tiende a hacer la sociedad frente a los problemas mentales, en este caso, sobre la depresión, estando entonces presente la creencia de que se considera que las personas que tienen depresión, tienen las cosas suficientes para “estar bien”, por lo que hay una exageración de por medio, de aquellas personas que vivencian el diagnóstico, de esta manera vemos una representación atravesada por la estigmatización de la enfermedad mental, respecto a esta idea CM trae a colisión:

yo pienso que todavía hay mucha desinformación sobre lo que significa tener depresión lo que significa tener una enfermedad mental creo que no todas las personas son capaces de percibirla a menos de que hayan tenido una experiencia con alguien muy cercano o lo hayan vivido por su cuenta pero es muy difícil explicarle a una persona que nunca ha tenido episodios depresivos qué es la depresión, por lo tanto, lo tienden a minimizar, entonces, es como ¡pero porque estás triste si tú lo tienes todo si tienes a tu familia si no estás enferma!

En el mismo sentido. El sujeto MO menciona:

Pero si siento que hay estereotipos de una persona deprimida, que quiere llamar la atención “Si esa persona se quiere matar, lo haría ya” lo cual escuché de una persona hace poquito, ¿y quedé como “¿QUÉ?”

Así mismo el sujeto DE hace referencia a lo anterior, añadiendo un nuevo componente que es la estigmatización que además se tiene frente al género masculino con respecto al diagnóstico de la depresión, y es que se menciona que los hombres en la representación que la sociedad tiene frente al diagnóstico, no suelen asociarse con que puedan llegar a tener depresión, es decir que el género masculino, desde estas representaciones sociales, no deben/ pueden sentir vulnerabilidad, tristeza o emociones que remitan a la depresión:

Primero que la gente cree que uno exagera, es el tipo como usted tiene muchas cosas para ser feliz, porque no lo está, vea que tiene un techo, un hogar, agradezca porque tiene un plato de comida en la mano. No se trata de eso, por un lado. Por el otro creo que falta mucho, que la gente cree que el que va a psicología está loco, aunque ahora se está tomando más conciencia de eso, hay como un estigma sobre las enfermedades mentales entonces el hecho de que la sociedad reprima eso y más que todo en los manes, es más difícil de sobrellevar porque es como que tengo que estar bien, y así...si, porque todavía está el concepto del macho que no puede

sentir todo, y a la sociedad le falta, porque si bien hay más consciencia todavía falta camino por recorrer

Adicional a lo anterior, el sujeto DA añade el componente del aislamiento y la discriminación como otra de las representaciones que se cree la sociedad tiene frente al diagnóstico, donde si bien admite ya hay una mayor visibilidad de las enfermedades mentales, hay una “doble moral” debido a que mientras se habla y visibiliza la depresión, por otro lado, se llega a asilar y colocar barreras a aquellas personas con el diagnóstico:

yo creo que lo que mejor define a la depresión culturalmente es la doble moral, porque ahorita se está volviendo popular un discurso de la salud mental y eso, pero hay muchas personas que llegan a atacar a las personas con este trastorno, las aíslan o discriminan. es como una moda, antes era la bipolaridad, ahora es la depresión

La representación del aislamiento o discriminación que se menciona en el discurso de DA, es bastante significativo debido a que corresponde a la evaluación que se tiende a hacer en la sociedad frente a los estándares de normalidad y anormalidad, en este caso la enfermedad mental estaría evaluada como una desviación individual del sujeto respecto a los valores promedio y por tanto se asume que hay una probabilidad de patología de por medio (García, 2006) por lo que frente a indicios de desviación a la norma social, se generan discriminaciones y aislamientos a aquellas personas que sufren trastornos depresivos, debido a que su manera de experimentar el mundo y a sí mismos, se salen de esta expectativa social.

Con respecto a las *dinámicas sociales vivenciadas entorno al diagnóstico de la depresión* hay una fuerte referencia al grupo de apoyo, el cual está conformado por el círculo social más cercano, mientras que se hace referencia a las barreras que se han experimentado con los círculos sociales más distantes para hablar de la depresión. Así mismo la familia es un componente muy importante dentro de las dinámicas vivenciadas por los sujetos, como lo menciona el sujeto JZ:

yo he visto -las barreras- que eso sucede sobre todo en círculos sociales en donde estás más alejado de tu círculo cercano. Con mi círculo no lo he experimentado, ellos siempre han sido bastante abiertos a escucharme y me ven más allá de lo que soy realmente a mí, muy muy bueno el círculo, creo que soy afortunado por las personas que me ha dado la vida

En el mismo sentido CM, menciona que:

creo que últimamente es muy chévere porque he hablado con mi madre sobre lo que significa eso, cómo es lo que siento y lo que me sucede, entonces ya logran comprenderme un poco más, entonces digamos que actualmente cuento con esa red de apoyo principal que son mis papás

Así mismo, como lo trae a colisión el sujeto DE está el componente de los problemas para entablar y mantener relaciones de amistad y de pareja, al igual que el aislamiento que el sujeto mismo lleva a cabo a la hora de entablar relaciones sociales:

Ya de mi círculo cercano por supuesto que nunca me he sentido así, me siento apoyado, mi mamá me ayuda con las terapias económicamente, y mi tía es psicóloga, es un círculo muy abrazador. Me cuesta mucho entablar relaciones de amistad y de pareja, me cuesta mantenerlas, la depresión me lleva a aislarme, es como el constante reclamo de que no soy presente en la vida de otros. Pero sí, soy de aislarme, a veces ni con mi mamá hablo cuando me dan esas crisis, puedo estar dos días en la cama sin hacer nada

En este punto, cabe recalcar la importancia de los procesos de comunicación como significativos en las interrelaciones humanas dentro de las dinámicas sociales, en la significación que estas hacen de sus vivencias, a través de los espacios sociales donde se comparte y se expresa las diferentes necesidades que se puedan llegar a tener,

la comunicación implica la creación de nuevas necesidades y representaciones dentro del espacio interactivo de los sujetos que de ella

participa, espacio que llega a tener una expresión permanente en la configuración subjetiva resultante de cada relación humana estable y significativa (González Rey, 1995, p. 6).

El espacio de comunicación que los sujetos hacen con sus familiares más cercanos, se vuelve importante en la representación del proceso del padecimiento, y las expectativas que se tiene en cuanto al proceso que se lleva a cabo, este punto lo trae a coalición JZ cuando menciona:

Creo que es un tema del que yo intento hablar al respecto, pero cuando se habla de eso hay como una pared, con mi círculo no lo he experimentado, ellos siempre han sido bastante abiertos a escucharme y me ven más allá de lo que soy realmente a mí, muy muy bueno el círculo, creo que soy afortunado por las personas que me ha dado la vida... Sí sí, creo que el proceso sería más desastroso si no hubiera ningún tipo de ancla en mi vida

Lo que JZ trae a colisión, es bastante potente ya que, las estrategias de “afrontamiento” del diagnóstico de la depresión como padecimiento, suponen esfuerzos “de recomposiciones subjetivo–culturales que permitan ya sea reducir, tolerar, enfrentarse y/o transformar demandas externas e internas actuantes en el curso de las transiciones de desintegración para el individuo” (García, 2006). Es así que en la medida en que los sujetos encuentran este apoyo social, adquieren recursos que les permite tener una consciencia frente al proceso y la forma de asumirlo y afrontarlo, promoviendo, como menciona García (2006) “un momento adaptativo en su relación con el mundo, (...) además, de potenciar una proyección transformadora y reconstructiva del propio entorno que se personaliza en el sujeto”, es así que los círculos sociales más cercanos pueden servir de “ancla” que además aporta al proceso subjetivo del proceso de la depresión en la propia experiencia de vida, en el caso de JZ le ayuda a vislumbrar que si no fuera por este apoyo, el proceso podría haber sido “más desastroso”.

A manera de cierre en esta categoría, si bien se evidencia que en los círculos sociales más alejados, se menciona hay barreras y que incluso estas barreras son fomentadas por el propio aislamiento que se puede llegar a hacer debido al padecimiento de la depresión, los círculos sociales más allegados y cercanos a los sujetos, se vuelven elementos importantes a la hora de servir como factores protectores en la vivencia del padecimiento de la depresión, y que es un factor transversal e indispensable en todos los participantes, se podría decir que en este sentido, los sentidos subjetivos y las configuraciones subjetivas, aparecen como nuevas producciones dentro de un contexto social y cultural, no dependiendo del uno ni del otro, sino que son el reflejo de los múltiples procesos de quienes lo viven (González, 2008), es así que se tiene una representación de lo que la sociedad cree es la depresión donde prevalece más la estigmatización, que sin embargo, no determina que se encuentre y se pueda llegar a relacionar en otras dinámicas de relacionamiento con los círculos sociales más cercanos y que sirven de apoyo, y que por ende, se puedan encontrar espacios de escucha y de apoyo, tanto de familiares, como de amigos por ejemplo. Puede afirmarse así mismo que los sentidos simbólico-emocionales que adquiere el individuo provienen de un ejercicio permanente del sujeto, mediante el cual asume diversos contenidos de la cultura, los personaliza y simultáneamente construye sentidos de configuración propia respecto a los mismos y de esta forma, distintas formas de relacionamiento consigo mismos y el entorno (García, 2006), en este caso, se asume los sentidos construidos alrededor de lo que se piensa cree la sociedad de la depresión, que está más asociado a la estigmatización y se converge con las dinámicas vividas con los círculos sociales más distantes, donde precisamente, se han evidenciado más “barreras” de comunicación.

Sentidos subjetivos frente a la evolución del diagnóstico de depresión

Múltiples aspectos en la vida de los sujetos, son fuente de emociones y procesos simbólicos que pueden llegar a cambios en las configuraciones actuales de estos (García, 2006), es así que las diferentes experiencias frente a la cuales las personas están rodeadas a través del tiempo y el diálogo con estas, posibilitan la

creación de nuevos sentidos subjetivos con relación a la representación que la persona tiene de la enfermedad y de sí mismos (González, 2010). La razón de ser de esta categoría, es poder analizar los diferentes sentidos subjetivos en torno al diagnóstico de la depresión desde su carácter simbólico-emocional y su evolución a través del tiempo, en este caso, dividido en tres momentos: *antes de recibir el diagnóstico, durante el diagnóstico, y después del diagnóstico* -que comprendería el momento actual- y de esta manera poder vislumbrar el carácter dinámico y cambiante de los sentidos subjetivos y la sucesión posible de configuraciones subjetivas en varios momentos de una experiencia (González, 2011 a).

Con respecto a *las ideas o simbolizaciones antes del diagnóstico de la depresión*, se plantea que, antes de recibir el diagnóstico, no había una verdadera comprensión sobre lo que era o implicaba tener un diagnóstico de depresión, se vislumbraba como algo raro, fuera de lo normal, debido a que la enfermedad mental es algo de lo que normalmente no se habla, al respecto DE menciona que,

antes de conocerlo tenía una idea muy fatalista, es decir, para mí, las personas deprimidas eran personas demacradas y decaídas, como una en mil y va uno a ver y es más normal de lo que uno cree, (...) se asociaba la depresión a algo raro, en parte porque no se hablaba mucho de eso.

En este punto CM también menciona que,

cuando ya empecé a sentir estos síntomas, a sentirme muy triste, o desmotivada, hasta ese entonces no tenía clara una idea qué podía ser una depresión y las múltiples formas en que se puede manifestar, porque por ejemplo la publicidad nos muestra que la depresión se muestra como una persona que duerme todo el día, que no trabaja, que eh que habla así, que no tiene ánimo para nada, pero desde mi experiencia era muy distinto

Lo que trae a colisión CM, es muy significativo porque, hace alusión a lo multifacético del cómo se puede llegar a presentar la vivencia de la depresión en la vida de cada persona, y como muchas veces si bien hay síntomas compartidos y generalizados que se presenta en la sociedad como homogéneos y “propios” de las

personas deprimidas, la vivencia del padecimiento es plenamente singular y particular en cada sujeto, pensando de esta manera la configuración subjetiva como un producto de los desdoblamientos singulares que ocurren en el transcurso de las experiencias, en este caso de la vivencia del diagnóstico en las personas, y esta expresión a su vez también dependerá de los espacios y contextos socio culturales que posibilitan o no subjetividades diferentes (Magalhaes, González & Patiño, 2019) tal y como lo vimos en los anteriores relatos los cuales se referían al estigma de la sociedad frente el diagnóstico -lo que lleva a una generalización-, sumado al no poder tener un verdadero acercamiento a lo que es la depresión, su diagnóstico y las diversas formas en las que se puede presentar -su carácter multifacético y singular-, hace que se haga mucho más difícil para las personas el entendimiento de su propia vivencia con el padecimiento, y que se llegue incluso a normalizar. A este respecto MO, afirma que

Desde que tengo 12 años, más o menos, eso ha sido, al principio no quería pedir ayuda, pero pues, he sentido lo mismo desde que tengo 12 años entonces como que yo sé que ese ha sido mi diagnóstico desde hace tiempo, pero vine a pedir ayuda a los 16. Pero es como que yo ya me estaba acostumbrado a estar mal y yo decía que eso era lo normal, que esa era mi normalidad. al principio fue muy abrumador, y yo creí que era lo normal, que mucha gente se siente así pero no lo dice.

En este mismo sentido, surge entonces la idea de extrañeza, el saber que hay algo fuera de lo común que se está vivenciando, sintiendo y pensando, pero no poder darle un nombre, cometido que se logra, sino hasta cuando se recurre a buscar ayuda o a encontrar respuestas en otros relatos con los cuales se puede llegar a identificar, a este respecto DA menciona que.

Entonces yo cuando sentí que se me estaba yendo de las manos, comencé a hablar con personas en verdad depresivas y vi patrones y comportamientos con los que me identifiqué, entonces hice como la gestión y comencé a meterme a terapia y me metí más en el cuento. Pero antes no sabía mucho, pero es porque a uno no se lo inculcan mucho

En este mismo lado, JZ menciona,

y ya llega la adolescencia tardía y la adultez, que fue cuando empecé más a notar que podía ser consciente de ese desequilibrio que tenía en muchos aspectos de mi vida, como estaba manejando las cosas y entonces es cuando te das cuenta que tienes que encargarte de ti

Es así como a partir de los relatos anteriores, evidenciamos *emociones* asociadas al sentirse abrumado, con cargas paralizantes, debido a los síntomas de los estados depresivos, que van desde la tristeza y la desmotivación, al igual que la sensación de incertidumbre que genera el no saber el porqué de estas emociones y vivencias de padecimiento, es decir, no poder ponerles un nombre, a este respecto, DA menciona:

pues, me sentía deprimido, muy mal sueño, pensamientos muy persistentes, con mero desgano, lo diferente era que me sentía como desubicado, no sabía qué era lo que pasaba

A este respecto, MO añade en su relato que:

Lloraba todos los días, siempre que llegaba lloraba, no había día que no, y más que todo eso, yo vivía con una tristeza super constante, pero creía que era normal, y creí que era por el Bull ying del colegio, porque no tenía amigas, entonces me sentía triste por eso, pero todo empezó a empeorarse. Hasta yo tuve 3 intentos suicidas, y no entendía a ciencia exacta por qué.

Así mismo CM, también relata sobre estas sensaciones que le invaden, como las ideaciones suicidas, y la emoción que se atraviesa la cual es de sentirse abrumada por no saber el porqué de estas sensaciones que llegan, invaden, pero no se le encuentra una razón:

está ahí la idea, y siempre está la ideación te digo siempre así esté muy bien, es como no me gusta ir al metro, de hecho, por eso porque siempre así esté súper bien pienso “y qué tal si me tiro”, siempre tengo ese pensamiento intrusivo o desde edificios muy altos y es como es algo bastante incómodo porque es como,

“¿estás bien?, ¿por qué estás pensando en eso?”, me abrumaba, me abrumaba mucho, sentía que no entendía.

En síntesis, se ve entonces sentidos subjetivos que emergen de emociones asociadas a la tristeza constante, sentirse abrumado, al igual que todas las sensaciones precedentes de los episodios de depresivos que llegan e invaden, y por consiguiente emergen simbolizaciones asociados a la extrañeza, la incertidumbre de no poder ponerle un nombre a esto que se identifica, no es normal, o se sale de las manos, al igual que la extrañeza -una sensación de que se ve alimentado por una barrera por parte de la sociedad que impide hablar de lo que es la depresión y por ende no poder identificar en un primer momento el padecimiento en sí mismo- esta experiencia subjetiva, hace que emerjan nuevos sentidos subjetivos asociados al sentirse paralizado y abrumado debido al no poder ponerle un nombre a eso que sucede o acontece y que se identifica como algo por fuera de lo normal en algún punto de la experiencia del padecimiento.

Con respecto a *la ideas o simbolizaciones durante el diagnóstico de la depresión*, se encuentra que hay un pensamiento de confirmación de algo que se sospechaba, que está también asociado a la *emoción* del alivio, debido al poder ponerle nombre a eso que estaba perpetuando el padecimiento, poder encontrarle el porqué de sus percepciones, actitudes, emociones. A este respecto DA menciona:

“Ahhh con que eso era lo que tenía”, me confirmaron lo que sospechaba, me dio un alivio, la carga se hace menos pesada, le encontré como sentido a todo eso, y ya con curiosidad de ver como terminaba toda la cosa

El poder dar un nombre a lo que sucede, en este caso el diagnóstico, tal y como lo menciona DA, permite dar un sentido a la experiencia subjetiva que se está atravesando, es así que darles un significado a los síntomas que se experimentaban, las sensaciones de que algo está por fuera de lo normal, estos sentidos subjetivos emergidos antes del diagnóstico, son transformados una vez se recibe el diagnóstico por otros que conllevan el alivio de recibir un nombre y por

ende darle un sentido a lo que se está atravesando lo que permite a su vez cambiar la manera en que se percibe a sí mismo debido a un diagnóstico que lo atraviesa, es así que MO menciona:

que a mí me dijeran que tengo depresión no lo he vivido como un malestar, es más como el hecho de que está la enfermedad en mí. Fue un alivio que le pusieran nombre, tenía esa imagen de mí como alguien que no está bien pero que al menos no es rara, ya que tiene algo con nombre.

Como consecuencia vemos entonces el diagnóstico de depresión, como aquel que ayudará a reunir aquellas experiencias de malestar que antes se vislumbraban como separadas y permitir verlas como un “todo”. De esta forma, entre las emociones durante el diagnóstico de la depresión está a parte de sentir el sentir alivio una vez se recibe el diagnóstico y por ende permitir cambiar esa perspectiva de la enfermedad y de sí mismo, también se encuentra el no sentirse “sólo” bajo la condición del padecimiento como esperanza, el saber que es algo que otras personas también tienen, permite crear una sensación de comunidad, el poder ser comprendido debido a que hay un relato colectivo que puede dar explicación al porqué del padecimiento , tal y como lo menciona DE:

Después del diagnóstico no es que me sintiera precisamente mejor, pero al menos sentí algo de esperanza. Pues, después del diagnóstico sentí claridad y digo esperanza porque el hecho de darle un nombre me hizo sentir como menos aparte y raro, como no sé, menos solo

Sin embargo, a pesar de aquellos efectos positivos que tienen una influencia en la experiencia subjetiva frente al diagnóstico, también se manifiesta una excepción y es la confrontación con lo que implica tener el diagnóstico, donde se sabe que es algo que no tiene “cura” sino que conlleva a un proceso largo y de ayudas terapéuticas, por lo que se manifiesta emociones como la decepción, JZ al respecto menciona en su relato una vez recibió el diagnóstico, que:

Yo creo que me decepcioné de no estar más tranquilo porque pensé que me iba a dar tranquilidad en saber que tenía algo y que me van a poder sacar, pero realmente no, entonces empiezan a buscar al respecto y te das cuenta

que simplemente primero que no tiene cura para empezar tú lo tienes que vivir en terapia y además la medicación, estar en cuidado pues atendido por ti mismo.

Ahora bien, las experiencias subjetivas emergidas de los dos momentos antes y durante el diagnóstico, se ven contrastados a partir de la emergencia de los sentidos subjetivos después de recibir el diagnóstico, es decir en el momento actual; tenemos entre *las simbolizaciones o ideas después de recibir el diagnóstico* que, por un lado, se manifiesta el pensamiento de autoculpa, por creer que debido a tener depresión como diagnóstico, se es una persona complicada, que por sí misma se ha cavado “un hueco” profundo, frente a esta idea, DE y JZ, anotan respectivamente que:

Es un momento en que me siento decaído, me auto justifico, me doy golpes de pecho, me martirizo, me digo que soy una persona muy complicada.

Me lo tomo como si fuera un chiste un meme eso es hoy para mí o algo así porque lo pienso y digo como claro. Es que no sabes o no lo notas no yo creo que sí, es reír para no llorar. El cómo acabé aquí, me cabe un hueco yo mismo muy muy hondo.

Estos dos relatos, nos indica la manera en que los dos participantes se posicionan en relación a su proceso de enfermedad, es decir que la depresión llega como un indiciador que hace verse como una persona complicada, y que se ha cavado un “hueco” muy profundo, y que por ende se trata de ver como un chiste o minimizar para dejar un poco de lado lo difícil que es darse cuenta de lo que implica el diagnóstico en la vida propia. Están presentes aspectos de una representación de enfermedad que llega y condiciona la forma de ser, acompañándose de *emociones* que favorecen esta imagen, como el martirizarse, el reír por no llorar, la sensación de “hueco”, de complejidad. Esa relación simbólico-emocional, arraigada por creencias de lo que significa el diagnóstico de depresión en la vida propia tiene un efecto negativo en la imagen de sí mismo en relación a la enfermedad (Mori & González, 2010).

Por otro lado, también tenemos simbolizaciones diferentes con respecto a lo que significa tener el diagnóstico en la vida propia, no como algo que te define, sino como una condición que se tiene, y que por momentos llega y abrumba, es así como CM anota que:

Como yo le decía a la psiquiatra como yo la depresión la veo como no soy yo la depresión O sea no soy yo la depresión es un pensamiento que viene y me abrumba, pero yo no soy eso sea ya entiendo, o sea como que lo veía desde afuera lo veías de una manera más objetiva entonces cosa que antes no nunca, nunca había logrado

En este mismo sentido, MO refiere que:

y la versión antes que yo tuviera depresión y ansiedad a la de hoy es igual, no me veo como “Ay, no qué horror, que pesar” No, simplemente me veo igual, solo me veía a mí misma con una enfermedad o que algo no andaba bien desde antes pero no tenía nombre. Yo tengo depresión más no soy la depresión

Tenemos entonces en este sentido *emociones después del diagnóstico*, en el caso de los participantes que ven ahora la depresión como algo que se tiene más no que se es, como la claridad, y la empatía, dejar la emoción de rareza que antes estaba y pasar a ser remplazada por el estar más consciente, el participante DA menciona:

Mmmm, pues, no sé, como te dije, sentí mucha claridad y como que todo hizo click para mí, sabía que no era un quinciañero pseudodepresivo ni nada de eso, sentí certeza. Y como te dije, me volví más empático con la gente que se siente así, dejé de sentir la depresión como algo que es raro y me volví más consciente

Así mismo, la participante MO también refiere al cambio de la emoción de rareza, y pasa a tener más consciencia sobre lo que significa la depresión en su propia vida rescatando nuevamente la emoción de alivio:

Ya lo veo como, lo que me está pasando tiene nombre y no es algo raro, que le puede a pasar a cualquier persona y es un desnivel en la cabeza y me digo “qué bien” siento alivio, mucha más consciencia.

Para concluir, con respecto a los sentidos subjetivos en torno al diagnóstico de la depresión en diferentes momentos de la vida de los sujetos, podemos evidenciar que una nueva mirada en torno a sí mismo y el diagnóstico implica un

diálogo entre los sujetos y su contexto, entre su -yo actual- y su -yo pasado-, en el que cuestionan o legitiman las opiniones que han recibido. Se rememoran los acontecimientos y experiencias que se suscitaron durante este trayecto, y que hoy son observados con una mirada distinta (Vásquez et al., 2020, p.156).

Es así, que vemos cómo los sentidos subjetivos se van transformando en la medida en que el sujeto va teniendo nuevas experiencias, en este caso la experiencia de recibir el diagnóstico, marca un antes y un después en el entendimiento de sí mismos y el padecimiento, donde los sujetos son capaces de reconocer depresión donde antes había rareza, o incomprensión, en otros casos “normalidad”; capaz de representar un entendimiento en el que el malestar que se vislumbraba en un inicio como extraño, ya cobra un sentido, y da esa sensación de alivio que tantas veces aparece como patrón, vemos también una nueva capacidad de comprensión, consciencia y de empatía en torno al diagnóstico, donde en la mayoría de casos se ve el diagnóstico no como algo que condiciona la forma de ser, algo que se es, sino como algo que se tiene, y que trae un malestar, así mismo, se hace significativo rescatar las emociones de claridad y certeza que da el diagnóstico, lo que permite resignificarse y tener una mirada más de comprensión en torno a la depresión y el proceso que conlleva tratarlo. De esta forma cada producción de sentido subjetivo ocurre como una integración múltiple y a veces contradictoria, entre las configuraciones subjetivas presentes – que están en desarrollo- del sujeto en el curso de su acción, evidenciando el por qué si bien se siente alivio con respecto a recibir el diagnóstico, también se puede sentir

desesperanza al ver que no tiene cura, y el verse también como alguien complicado, o como quien se ha cavado un “hueco” muy profundo (González Rey, 2010b). Se hace importante destacar que, la producción de nuevos sentidos subjetivos en torno a la depresión como enfermedad se hace también importante porque puede ayudar a los sujetos a identificar si tienen las herramientas y recursos para poder sobrellevar el diagnóstico y el impacto que este trae, ya que muchas veces el desconocimiento de la propia enfermedad puede hacer que los sujetos se vean sin recursos para sobrellevarlo.

Sentidos subjetivos sobre el tratamiento farmacológico

Esta categoría se compone de los sentidos subjetivos emergidos a través de la experiencia del tratamiento psicofarmacológico asociado al diagnóstico de la depresión, donde se contemplará aspectos como el *proceso*, *la relación terapéutica* y *los resultados*, que son los tres elementos transversales en la experiencia terapéutica.

Con respecto a *las ideas o simbolizaciones alrededor del tratamiento farmacológico*, se evidencia que, en varios de los casos, la experiencia farmacológica en un primer acercamiento o un primer momento significó una mala experiencia en la mayoría de casos, debido a que, por un parte, en el *proceso* se remite a una sobrecarga de medicamentos, y por ende un gran impacto por parte de los efectos secundarios, al respecto de estas experiencias anteriores en psicofarmacología, JZ menciona:

Eran muchas pastillas y era una carga gigante, no me dejaba mover bien las extremidades, también me causaba muchísimo sueño, para mí fue fuerte someterme a ese proceso (...) me dio mucho miedo pensar en los efectos secundarios que de hecho fueron los que más me hicieron abandonarlo, de hecho, me demoré en buscar nuevamente ayuda en los medicamentos.

Así mismo, MO también explica con respecto a este proceso anterior que:

Yo había comenzado un proceso con un psiquiatra que me puso peor, me mandó rivotril, xanax, unos medicamentos super fuertes de una siendo la primera vez y eso me dio una crisis e intentos de suicidio, y yo sentía en ese proceso que los medicamentos no eran para mí, yo sentía que no iba a ser capaz de continuar y lo dejé.

Los relatos de JZ y MO, nos emerge una situación que es común cuando se empieza en psicofarmacología, y es el impacto de los efectos secundarios que algunas veces también pudiera estar referida como lo testimonian los sujetos entrevistados, bien al tipo de medicamento suministrado, o bien a las dosis indicadas por el médico tratante, lo que en últimas termina generando en esta experiencia subjetiva, un efecto negativo en cuanto a la imagen del proceso psicofarmacológico y se llega a abandonar el proceso, llevando a que como en el caso de JZ se demore nuevamente en buscar ayuda más adelante, entre *las emociones* con respecto a este proceso, se tiene la sensación de inhabilidad, al tener la idea del no ser capaz con el proceso debido a lo impactante de los efectos de la medicina, en parte se cree que es porque los sujetos identifican que no tienen las herramientas para sobrellevarlo, al igual que la emoción del miedo a los efectos secundarios, el cual es una emoción que termina impactando significativamente en la experiencia lo que en algunos casos lleva a la idea de abandonarlo. Con respecto a la sobrecarga de medicamentos y los efectos secundarios, el sujeto CM también añade el elemento de la sobrecarga de medicamentos debido al diagnóstico de otro trastorno diferente al depresivo, y a su vez, un elemento que afectó significativamente a su proceso, que fue la sobrecarga de dosis debido a que su cuerpo se acostumbraba rápidamente a las dosis recetadas, causando muchos más efectos secundarios, lo cual remite a una emoción muy impactante, que es sentir que el proceso fue “horrible”:

recuerdo que en esa cita también me diagnosticaron el TLP y por lo mismo me medicaron con valproato y con risperidona es un antipsicótico, me empezaron a dar esos síntomas como urticaria, me empezó me empecé a sentir como muy cansada muy dopada en el día como que no tenía tanta

energía, o sea me sentía como si sentía los síntomas más tranquilos no me sentía tan impulsiva, bien pero ya luego sucedió lo mismo me dejaron de funcionar por completo o sea como como que mi cuerpo tiene eso, me acostumbraba al medicamento muy rápido, entonces tenían que aumentarme la dosis, entonces en ese proceso a mí me medicaron con todo, todo, todo el proceso fue horrible.

Se evidencia cómo a partir de las vivencias relatadas hasta ahora, la variedad en el uso de fármacos es común, se recibe, diferentes tipos de fármacos, combinaciones, cantidades y tiempos de uso, lo que en últimas termina generando efectos complejos y disímiles en los sujetos (Parada, 2018). Así mismo, en estos acercamientos a la psicofarmacología caracterizados por una mala experiencia, también se ve una fuerte incidencia con respecto a la *relación terapéutica* dentro del proceso, que termina siendo también determinante y que puede llegar a incidir en su abandono, esta relación terapéutica, en este primer acercamiento se ve permeada por la sensación de no ser realmente escuchado, y el de ser desatendido, incluso juzgado, al respecto JZ menciona:

fue algo muy impactante de golpe, porque me sentí juzgado en un principio por ella, y era como que me sentía como, no puedes ser normal como las demás personas, y había como esa falta de magia en el asunto yo lo sentía de esa manera se sentía que estaba siendo descuidado, de hecho, yo me sentí medicado por obligación.

En este mismo sentido DA también menciona al respecto que,

Si, pues, la psiquiatra me mandó a medicarme y después me dejó botado jajaja, entonces realmente no forjé mucho lazo con ella. Sentía que no le caía bien ni ella a mí, no hubo ese click, nada de escucha.

Lo que mencionan JZ y DA es muy aclarativo en torno a la relación terapéutica dentro del proceso psicofarmacológico que está caracterizado por una relación terapéutica fallida, donde aparecen *ideas* referentes a la sensación de “abandono”, incluso la sensación de “obligación” de estar en ese proceso, al igual

que la idea de sentirse juzgado, que no hay una conexión significativa que enlace con el proceso, que no se siente por parte de los sujetos una verdadera escucha y hay una sensación de “descuido” por parte del psiquiatra. Al respecto de esta relación terapéutica, hay un nuevo componente que introduce el sujeto CM y es cuando la relación terapéutica, también se ve interferida debido a las limitaciones institucionales de los centros de salud mental, donde debido a la limitación de las agendas, se tiene que estar remitiendo a diferentes psiquiatras, lo que a su vez termina interfiriendo en la estabilidad de la relación terapéutica, y hay un fuerte impacto que llega a afectar al sujeto, debido a que por los cambios de psiquiatra, se debe estar contando el mismo relato una y otra vez, lo que termina incidiendo de forma negativa el proceso psicofarmacológico afectando a la continuidad del proceso al tener que evocar una y otra vez situaciones de dolor:

porque aparte de cómo era un proceso por la EPS no siempre tuve la misma psiquiatra, o sea tuve diferentes psiquiatras, entonces era siempre volver a contar la misma historia, solo una temporada sí dure mucho con una misma pero porque estaba ella seguía ahí, pero eso es horrible o sea vos tener que revivir como tus traumas y las causas de ellos una y otra vez porque aunque estén en la historia médica no todos los profesionales lo entienden de la misma forma, fue un proceso horrible la verdad

Con respecto a la relación terapéutica en el proceso psicofarmacológico, vemos entonces que hay una fuerte incidencia de esta relación con respecto a la imagen que se tiene del proceso, caracterizadas *por ideas y emociones* como el sentir que fue un proceso horrible, debido a que hay por un lado una inestabilidad en la relación terapéutica, no hay una sensación de filiación y verdadera comunicación y escucha, el cual es un elemento indispensable para que, el sujeto sienta que está siendo atendido y comprendido por el profesional de salud, y un elemento que también termina impactando fuertemente y es el sentimiento de estar siendo juzgado por el psiquiatra, vemos cómo el profesional y el poder que este tiene, termina resultando poco efectivo para una posible “rectificación subjetiva”, en la medida en que el profesional en este caso se posiciona por un lado en un lugar

de soberanía, al igual que de no escucha, frente al cual la persona que es diagnosticada no puede “existir como sujeto hablante” (Murcia, Orejuela & Patiño, 2016) y esto a su vez termina impactando negativamente el proceso y la filiación a este, es decir que, la relación terapéutica es una de las determinantes del éxito o fracaso en cuanto al proceso. De esta manera, todos estos elementos con respecto a la vivencia del proceso y la relación terapéutica hacen emerger una configuración subjetiva que se ve producida por múltiples eventos en este caso traumáticos en términos de sentidos subjetivos que lleva a que, gracias a estas experiencias se creen expectativas, ideas y emociones en los sujetos (González, 2012), que lleven a *resultados* en la mayoría de casos como lo es el abandono del proceso, al respecto CM refiere:

Yo decidí dejar la medicación por mi cuenta en septiembre del 2021 porque luego de la hospitalización que tuve en julio del año pasado, me recetaron gotas de Clonazepam la levomepromazina y venlafaxina esa última me dio realmente alergia, alergia...Se me empezó a brotar la cara pero no en forma de acné si no como ronchas y me empezaba a picar (...) tenía revisión con la psiquiatra porque es protocolario y yo le comenté, yo le dije como “No mira mira eso como me tiene la cara” y ella me dijo “Es normal” y yo como “¿normal? ¿normal? O sea como así” O sea fue como súper negligente porque eso luego te va a dejar secuelas y si eres alguien inseguro físicamente luego cómo vas enfrentarlo.

Con respecto a la narración de CM, hay dos elementos que parecen muy importantes que terminan incidiendo en el abandono del proceso, y es que se vislumbra una postura por parte del psiquiatra que termina creando una barrera en la continuidad del proceso farmacológico, donde se adjudica una postura de “negligencia” según comenta el sujeto, debido a que recetan medicamentos para mitigar síntomas, sin prever cómo los efectos secundarios pueden llegar a afectar, incluso empeorar la situación de las personas que están siendo medicadas, en gran parte debido a la incomprensión de la vivencia de los sujetos, la negación de la afectación con frases como “ es normal”, donde se cree, hay una falta con respecto

a ponerse en el lugar de los sujetos, entender sus problemáticas, y cómo la medicina también en sus efectos secundarios puede llegar a afectar estas vivencias e incluso empeorar muchas problemáticas que alimentan de hecho los problemas singulares de cada persona.

Vemos, así como, los resultados en común fueron abandonar el proceso, sin embargo, en otros casos se hizo un segundo acercamiento al proceso psicofarmacológico, que dio como resultados un proceso diferente debido a que se dio un acompañamiento destino por parte del psiquiatra, lo cual nos confirma cómo la relación terapéutica termina incidiendo fuertemente en el proceso farmacológico y por tanto en los resultados de este mismo. Al respecto de este segundo acercamiento, con respecto *al proceso JZ y Mo* respectivamente comentan que:

Como más tranquilo y no tan sobrecargado; ahora me lo tomo distinto, porque también tengo un recorrido distinto con respecto a decisiones de cómo tomarme el proceso. Ya tengo un acompañamiento distinto ha evolucionado, es entonces los espacios donde mantengo mi espacio del hogar también es diferente no sé yo creo que todo está dispuesto de manera tal que puedas experimentarlo diferente.

Tuve esos 3 intentos y ya fue que estoy con mi psiquiatra actual, incluso ella es psiquiatra infantil, pero me empezó a tratar desde los 17 y sigo en el proceso con ella porque me siento muy cómoda con los medicamentos que me manda y como me trata.

En el nuevo acercamiento al proceso, vemos cómo el efecto positivo y el cambio reside en la forma de acompañamiento, donde se refiere *emociones* de comodidad, sentirse tranquilo, lo que potencia *ideas* como que “todo está dispuesto” para que sea un proceso diferente, el no sentirse sobrecargado, debido al cambio de medicación, también es una sensación que afecta positivamente al cambio de posición frente al proceso, lo cual indica que hay nuevas producciones subjetivas referentes al proceso farmacológico; para González (2008) en este sentido, la producción de nuevos sentidos subjetivos no se da mediante un proceso de

aprendizaje meramente intelectual o cognitivo-conductual, sino que se da por la integración de sentidos muy diversos que se organizan, se activan y son comprendidos en la medida en que las ideas y las creencias se transforman en sentidos subjetivos con consecuencias simbólico- emocionales diferenciadas y singulares en cada persona, es así como tuvo que haber un impacto diferente en el cambio de experiencia subjetiva en torno a este nuevo proceso, que hiciera emerger emociones positivas, lo que conlleva a expectativas diferentes y termina cambiando el curso del proceso psicofarmacológico. Con respecto a la relación terapéutica que está dispuesta de una forma positiva, lo cual afecta positivamente en la afiliación al proceso, JZ y MO respectivamente también nos refieren las siguientes narraciones:

Llegar a donde un terapeuta, pues psiquiatra particular con su mujer que es psicóloga terapeuta particular y como ambos me explican el tema, digamos me ofreció tres formas de medicarme distintas, en una sola sesión, cada una con una carga para cada cuerpo distinto y tuvo en cuenta mis experiencias anteriores. Todo fue como una conversación real de intentar entender lo que me estaba pasando; siento que es una persona muy profesional, muy amable, con mucho recorrido haciendo lo que está haciendo creo que de momento está funcionando, es muy diferente.

Ella me dijo “Obviamente eres mi paciente y no te voy a decir como ya creciste, adiós” ya luego empecé mi proceso con mi psiquiatra, tomando icitalopran, empecé muy bien, ella realmente me escuchaba y me entendía.

Vemos cómo las relaciones terapéuticas que se caracterizan por un acompañamiento que da la sensación y remite a *emociones* como ser escuchado, comprendido, así mismo percibir la amabilidad del psiquiatra, el saber que tiene en cuenta la historia de vida de los sujetos “tuvo en cuenta mis experiencias anteriores” la percepción del profesionalismo por parte del psiquiatra, lleva a *ideas* como “fue una conversación real” y el creer que “está funcionando”, es así como vemos resultados referidos por los sujetos JZ y MO que remiten un cambio positivo en

cuanto a la vivencia del proceso farmacológico y que ha aportado de manera positiva a contrarrestar los síntomas asociados a los estados depresivos como:

Es más fácil pararme de mi cama, que eso era un reto de verdad, pararme de mi cama, muchas veces llegaba y lo primero que hacía era acostarme, era un reflejo, pero bueno, ahora estoy recostado en la mañana, me paro, y el día empieza, super diferente, el día puede empezar.

Ahora me siento más tranquila con la medicina. El cambio ha sido súper positivo, me siento demasiado tranquila y feliz, todo se está nivelando

Cabe rescatar dentro de esta categoría, la tendencia general de varios de los sujetos, en referirse a la importancia de la terapia combinada en el progreso del proceso terapéutico, afirmando que la psicofarmacología es una herramienta que ayuda, más no soluciona como tal el padecimiento, es así como, se presenta como un proceso que va de la mano con psicoterapia, el cual es una terapia que brinda también herramientas para trabajar aquellos aspectos singulares frente a los cuales el medicamento no puede abarcar, o al menos no a profundidad. De esta manera DA, CM y MO respectivamente mencionan:

Ambos tienen que ir de la mano, el medicamento es un soporte al proceso psicoterapéutico, el tomar pastilla es una herramienta más, y así como están las pastillas, hay muchas otras formas de apoyo y ese es un apoyo, tiene que ir de la mano.

Yo me atrevería a decir que es totalmente importante la combinación entre tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico, o sea una medicación por sí sola no te va a solucionar tus problemas porque, más allá de los síntomas físicos que te puedan generar la condición es también la forma en que tú lo percibes y cómo lo llevas como lo sostienes ante los demás como logra ser funcional aún teniendo eso, o sea la medicación no te va no

te va a solucionar todo, es necesario hacer introspección sobre sobre porque me estoy sintiendo así o qué causó/ detonó este trastorno o la depresión o la ansiedad siempre es muy muy necesario (...) yo creo que hay otras alternativas creo que hace mucha falta del uso de medicinas alternativas o sea como otras opciones más naturales antes de realmente mandar una medicación que puede perjudicarte un montón, no todas las personas creo que necesiten estar medicadas hay cosas que son mucho más comportamentales que un medicamento realmente no te va a solucionar

Me sentía demasiado estancada, que no avanzaba, incluso mi psiquiatra me cambió la medicina, pero me dijo que no iba a hacer nada sin psicoterapia. Llevo apenas un mes y medio y no había sentido tanto cambio como antes, solamente con la medicina

Referente a estos relatos, se pretende rescatar elementos como *ideas* que hace referencia al proceso psicofarmacológico como complementación de un proceso psicoterapéutico, atravesadas por la *emoción* respecto a la sensación de cambio una vez se lleva a cabo la terapia combinada, la cual da la expectativa de avance en los sujetos, así mismo, la referencia a que no todas las personas “necesiten estar medicadas” una idea que parece estar también interferida por el proceso subjetivo atravesado por los efectos secundarios de la medicación que terminó impactando la vivencia del proceso terapéutico, lo que lleva también a considerar que hay otras formas de ayuda a parte de la medicina farmacológica tradicional, remitiéndose a que muchas veces puede ser más lo que perjudica los efectos secundarios, a lo que realmente puede ayudar en cada caso singular.

Para cerrar esta categoría habría que hacer mención a la emergencia de los diferentes sentidos subjetivos dentro de la vivencia del proceso farmacológico que ha estado caracterizado por acercamientos diferentes, lo que ha significado nuevas producciones subjetivas frente a lo que implica la farmacología, donde hay experiencias caracterizadas por el abandono del proceso, un nuevo acercamiento también ha posibilitado elementos positivos dentro de la experiencia, como lo es

una mejora en la relación terapéutica y en el proceso de medicación lo que lleva a un cambio en las emociones y las expectativas de los resultados; o por el contrario, donde el abandono remite a no volver a acercarse a la psicofarmacología, en este último caso tal y como menciona González (1990) los sujetos presentan

un conflicto interpersona¹ en una esfera que le resulta muy relevante que (...) por la significación emocional del conflicto para él y por la forma en que conceptualiza y valora las consecuencias del mismo, lo cual depende de factores muy diversos, no sea capaz de ser flexible en las alternativas de enfrentarlo, y caiga en un círculo cerrado (P.77)

En ambos casos, ya sea un segundo acercamiento que significó una experiencia diferente, o en el de abandonarlo completamente, se hace importante tener conocimiento de estos procesos anteriores, porque ayudaron a los sujetos a construir una mirada de la psicofarmacología que terminaría impactando en su relación con el proceso en las experiencias siguientes, así mismo lo significativo de reconocer la individualidad en cada proceso terapéutico, el reconocer elementos de la historia de un sujeto y la manera como cada sujeto entiende y siente cada situación (Murcia, Orejuela & Patiño, 2016), posibilita en últimas ver la capacidad de los individuos de generar nuevas configuraciones subjetivas ante esas experiencias, muchas de las cuales están asociadas a nuevos momentos de desarrollo subjetivo y así cada uno de esos procesos pueden ser fuentes que terminan tejiendo nuevas ideas, nuevas formas de ver la vida y de asumir las experiencias lo que abriendo nuevas alternativas de vida posibilita asumir los procesos terapéuticos desde otros puntos (Subero, 2017).

Sentidos subjetivos sobre el tratamiento psicoterapéutico

Esta categoría se compone de los sentidos subjetivos emergidos a través de la experiencia del tratamiento psicoterapéutico asociado al diagnóstico de la depresión, donde se contemplará aspectos como el *proceso*, *la relación terapéutica* y *los resultados*, que son los tres elementos trasversales en la experiencia terapéutica.

Con respecto a las *ideas o simbolizaciones sobre el tratamiento psicoterapéutico* frente al *proceso*, se refiere a este como uno que se caracteriza por ser largo, lo que, implica lentitud, al igual que la sensación de no linealidad en el trayecto terapéutico, por lo que las expectativas frente al proceso están caracterizadas por afirmar que en la psicoterapia no se llega “de una vez” a una solución, sino que según se refieren en los testimonios, puede avanzar o retroceder, siendo a su vez un lugar donde se llega a situaciones de confrontación consigo mismo, lo que se considera como parte transversal del proceso y que sirve de guía o camino para atender el padecimiento. Tal y como lo relata DE:

Fue un proceso largo que se sigue trabajando, no es lineal, se avanza o retrocede según las vivencias. No tenía el tabú de que las personas que iban al psicólogo estaban locas, pero si pensaba que era como un fondo, sin embargo, ya al entrar y hablar con más psicólogos, veo que es un proceso más que todo de bienestar, como cuando vas al médico, entonces el concepto que tengo es que es como una guía, un camino muy acertado, cada persona está buscando algún despertar o atender algún síntoma y la terapia es como ese camino, y eso va a la mano del tipo de terapéutica con la que uno trabaja.

Así mismo, CM y DA en este sentido testimonian en convergencia con el relato anterior, añadiendo así mismo el elemento de la terapia psicoanalítica como proceso psicoterapéutico:

Me trataba por psicoanálisis (...) con él fue un proceso muy chévere porque con base a sus preguntas yo encontraba mis propias respuestas o sea él no llegaba y cómo te voy a solucionar la vida no sino que me hacía preguntas para hacer introspección sobre ellas, y yo era como sí puedo o no actuar de esa forma y lo comentábamos cada sección, entonces sí, me pareció una terapia muy chévere a mí me ayudó muchísimo, mejorar como mis relaciones interpersonales a ver todo de una mejor manera, aunque si debo decir que era muy confrontante y no es que sea una terapia rápida.

Fue duro al principio, duro tener un psicoanalista, nunca me habían confrontado tan directamente, (...) el man hablaba sin tapujos, y uno encontrarse de primerazo con uno mismo es difícil, y me sentía atacado en algunas sesiones, al principio fue pesado, pero nunca sentí que no era mi psicólogo ni mi sitio

Los anteriores relatos, muestran la emergencia de simbolizaciones bastante significativas y frecuentes como lo son, la referencia a la confrontación consigo mismo en el espacio terapéutico, sin embargo, no viéndose esta confrontación como algo negativo que pueda llegar incluso a interferir en el proceso o los resultados que se espera de la psicoterapia, sino como proceso natural que se puede llegar a vivenciar, haciendo incluso parte de ella, llegándose a manifestar ideas como la “introspección” frente a las preguntas que se hacen en consulta y que llegan a ser constructivas para el sujeto, o la remisión según el testimonio de DA a un “despertar”, un proceso que conlleva un bienestar. Uniendo estos elementos con la terapia psicoanalítica que se refiere en los dos anteriores testimonios, se cree que, la misma dinámica que implica este tipo de terapias también hacen emerger sentidos subjetivos frente al proceso que están caracterizados por la sensación de duración larga no como algo negativo en sí, la afirmación de saber que no se llega inmediatamente a una cura, la confrontación y la pregunta, al igual que las emociones dinámicas e incluso contradictorias como ejes transversales. Entre *las emociones* que en este sentido acompañan las simbolizaciones del proceso psicoterapéutico, se tiene aquellas que remiten a una contrariedad que se toma como normal en el proceso, es decir que hay una serie de emociones que llegan debido al sentirse confrontado dentro de las sesiones, siendo las emociones positivas las más emergentes, aún después de remitirse a emociones negativas que también llegan dentro de la psicoterapia, al respecto DA y DE mencionan:

Es como una montaña rusa, me llegue a sentir muy abrumado, y había otras sesiones muy buenas en las que salía motivado y tranquilo, pero es una

mezcla de emociones muy brava, como es un proceso, en el proceso pasan muchas cosas, nada fue estático, lloré, me reí, me empute conmigo mismo conmigo, uno tiene que pasar por muchas emociones.

Ahora el miedo sigue estando, pero no es de rechazo a la terapia sino como un miedo de lo que uno va trabajando sesión tras sesión, pero también combinado con alegría, no es todo color de rosa, pero es alegría de saber las cosas que se están trabajando. Dije que no es un proceso tan lineal, durante el proceso se siente tristeza, rabia y disgusto. No sé cómo definirlo bien pero el proceso es como alegría desglosada en un montón de emociones

Lo que se trae a colisión en estos testimonios, evidencia un aspecto muy importante dentro el proceso terapéutico y es la sensación de dinamismo, es decir que, la sensación de que la psicoterapia es un espacio donde emerge un movimiento de emociones, ideas y confrontaciones, que a su vez no siempre son iguales y pueden llegar a ser tan contradictorias que impliquen emociones tan diversas como el miedo, la alegría, el sentirse abrumado o la esperanza; de alguna manera, suponemos, que es precisamente este dinamismo propio que surge de la contradicción en terapia, lo que puede llegar a dar la sensación de que el proceso así sea lento e implique no linealidad, avance, lo que produce a su vez cambios en la manera de aprehender el proceso psicoterapéutico y con ello el padecimiento, remitiéndose a ideas frente a este proceso como lo menciona DE, de "bienestar". En este sentido como lo menciona Mori y González (2010) "el cambio en el modo de vida está relacionado con la producción de nuevos sentidos subjetivos, cuyos efectos son esenciales al desarrollo de la salud o de la enfermedad, según sea la emocionalidad que les caracteriza. Esa alternativa de producción de nuevos sentidos subjetivos es el camino del cambio" (p.237) siendo entonces esta diversidad de emociones, algunas contradictorias en sí, lo que precisamente permite la remisión de nuevos sentidos y producciones subjetivas, y son estos los que dan lugar a las representaciones como las vivenciadas en los testimonios de: bienestar, el estar avanzando y trabajando sobre el padecimiento; y como

consecuencia, estar más cerca al desarrollo de la salud entorno a lo que significa la depresión en la vida de los sujetos a través del proceso psicoterapéutico.

En relación al proceso, y en contraposición a lo mencionado anteriormente, se evidencia que pueden llegar a haber varios acercamientos a la psicoterapia, y algunos de estos pueden significar una afectación negativa a la experiencia psicoterapéutica de los sujetos, sea por limitaciones que se anteponen frente al proceso psicoterapéutico, o elementos más subjetivos como el no estar listo o preparado para el proceso, lo que en últimas termina afectándolo, e incluso se llegue a abandonarlo. Frente a esto JZ y CM, respectivamente mencionan:

Yo me sentía saltando de terapeuta en terapeuta por medio de la alcaldía o por EPS porque con ninguno sentía que avanzara, me rendí por un tiempo, luego llegué donde Omar que era un psicólogo que tuve durante 3 meses más o menos. En su momento no era muy bueno, porque yo decía que si la terapia va hacerme verme a mí, eso lo puedo hacer solo, creo que me rendí muy rápido con cómo me hacían enfrentarme, porque es difícil eso, enfrentarse a uno mismo

Seguía el proceso con la psicóloga de la EPS, pero el problema es que con una EPS es imposible ser constante porque depende de las agendas, era una lástima porque era muy atenta muy amable me daba como muchos tips para saber cómo actuar o cuáles eran los detonantes de esos estados de crisis lo cual fue bastante, bastante chévere para mí

El elemento referente a las dinámicas institucionales como las presentadas en la EPS, se puede ver interfiere en el proceso psicoterapéutico, su avance o abandono, y que llega así mismo a determinar también las expectativas que los sujetos tienen del mismo. Al respecto en los dos testimonios vemos cómo estas interfieren en qué tan estable y constante puede ser un proceso psicoterapéutico, sea por las agendas limitadas, lo que acorta la duración y el número de sesiones, lo que se presenta como un límite para el proceso terapéutico, y, por otro lado, el “saltar de psicólogo a psicólogo” también es un elemento muy recurrente, lo que

termina también afectando al proceso. En el caso de CM podemos ver que la experiencia con la psicóloga de la EPS no fue negativa, sino que por el contrario la relación terapéutica se vivenció de una manera positiva, sin embargo, es precisamente las limitaciones con respecto a las dinámicas institucionales, lo que termina afectando la constancia en el proceso; o en el caso de JZ el querer abandonarlo que, nace, por un lado, del hecho de haber estado “saltando” de psicólogo a psicólogo debido a las dinámicas institucionales de las instituciones públicas, como lo es la EPS o la alcaldía, lo que hace que sea un proceso inestable, y se tenga la sensación de “no avanzar”, que se cree, relacionándolo con los testimonios, un determinante para el abandono de los procesos psicoterapéuticos, y por otro lado, el no estar preparado para esa “confrontación” consigo mismo que se puede llegar a manifestar en las psicoterapias, siendo un momento bastante impactante para los sujetos, puesto que la confrontación consigo, es un momento que se cree, es impactante en el proceso subjetivo de los sujetos llegando a ideas como el creer que puede prescindir del proceso psicoterapéutico y hacerlo por “sí mismo”.

Ahora bien, con respecto a la *relación terapéutica*, se ve una tendencia a la remisión de experiencias positivas frente a esta, en los casos donde se evidenciaba *ideas o simbolizaciones* referentes a sentirse en una posición de horizontalidad con el terapeuta, se remite a la calidez o la comodidad que se siente en el espacio, o incluso la representación del terapeuta como alguien que impacta de manera positiva, como alguien que guía. Es así como DE y MO, respectivamente, en evidencia de esto remiten que:

De las primeras fue con una psicoanalista, al comienzo me sentía un poco incómodo con ella. No sé, pero es como un agradecimiento muy eterno, creo que por temas muy puntuales que se han tratado en terapia, siento un agradecimiento muy grande, cariño, admiración, siento que es una persona muy sabia, y compañerismo. Es una relación muy igualitaria, voy a ese espacio a hablar como con un compañero que me va guiando a encontrar respuestas.

Siento siempre que ella quiere lo mejor para mí y es algo muy bonito para sentir en un proceso terapéutico, es importante sentir esa conexión inclusive solo siendo un mes y medio en terapia, la veo cada semana una vez. La semana pasada no la vi, pero yo noto demasiado el cambio en lo emocional.

Frente a los relatos anteriores, se rescata lo dicho por MO frente a la “conexión” con el terapeuta, como parte importante dentro del proceso, manifestando que una buena relación terapéutica, es importante para el avance en el proceso terapéutico, y que esta relación está asociada a *emociones* como la comodidad, sentirse escuchado, y que al terapeuta le importa aquello que se dice en el espacio, sentirse acompañado, sentir así mismo filiación, cariño o emociones que remiten a sensaciones agradables frente al espacio. Asociado a esta idea CM anota un elemento que también se presenta como importante dentro de esta relación, y es la sensación de ser atendido, donde el psicoterapeuta se ponga en “tu lugar”, anotando este elemento como indispensable frente a lo que se espera encontrar en un psicoterapeuta:

Es increíble cuando encuentras un psicólogo así, que realmente le preste atención a lo que necesitas, que le de importancia, que se meta en tu papel, porque ella no se lo hizo eso sino que ese día a mí no me hospitalizaron porque el medico que estaba en turno me dijo como “no pues tú estás bien” Y yo que me mandaron una semana y ella era súper todos los días me llamaba me hacía terapia y luego ella misma se encargó de que fuéramos ya directamente a la sede de Salud Mental y que me hospitalizaron... o sea, ella fue muy muy atenta muy presta al proceso y yo creo que eso es como lo que uno realmente necesita una psicoterapeuta que realmente se pongan en tu lugar

En contraposición con lo anterior, se encontró en uno de los testimonios que, también pueden haber relaciones terapéuticas que signifiquen una experiencia negativa que termina impactando al proceso, y que precisamente se caracterizan

por ideas de no estar siendo realmente escuchado, debido a que se siente que se interrumpe la palabra, y la sensación de que la terapeuta “está siendo falsa” es decir que no hay una sensación de autenticidad por parte del terapeuta, siendo todos estos elementos determinantes en las expectativas frente al proceso, y que incluso puede llevar al sujeto a preguntarse el por qué está en ese espacio, un elemento que se cree, es determinante en la adhesión frente a la terapia; es así como desde estos testimonios se rescata entonces la importancia de la comprensión “individualizada” de la situación de cada una de las personas, y que esta atención se cimiente en una escucha activa siempre contextualizada desde la vida socio-cultural e individual del sujeto (González, 2012), donde a su vez se genere un espacio de horizontalidad y se pueda dar el despliegue de la subjetividad, importante para poder crear nuevas producciones subjetivas que impacten positivamente en el proceso y que también está relacionada a una buena relación terapéutica. CM apunta frente a esto rescatando un punto importante y es la importancia también de lograr “conectar” y que se termina relacionando con la idea de poder encontrar una terapia adecuada para sentir que se avanza:

Pero me estresa me estresa demasiado porque o sea ya ella llega y me pregunta por un tema y luego cuando estoy contándola, porque yo por lo general tengo que dar un contexto para dar una respuesta yo funcionó así yo me comunico así y mientras estoy hablando, ella me interrumpe y dice como “ven y esto qué” y eso, y hace como analogías que yo veo como como que no sé, que ella espera respuestas de mí que yo no le voy a dar y la siento falsa, es muy raro (...) y obviamente eso me hace sentir súper incómoda es como muy muy incómoda entonces realmente no sé qué hacer ahí porque no sé siento que aunque ella sí, admito me ha ayudado como descubrir cosas importantes, no logro conectar no logro conectar, no siento que realmente como que tenga un sentido (...) entonces es realmente importante tener una terapia adecuada para uno poder progresar.

Por último y con respecto a los *resultados*, se ha encontrado *ideas o simbolizaciones* al respecto que remiten a la evidencia de cambios positivos frente

al proceso y por ende un cambio ya sea en la forma de pensar, sentir y vivenciar el padecimiento, así mismo, se remite a representaciones de sí mismo como personas más capaces como consecuencia de la psicoterapia, pues se remite a que se tiene más herramientas para manejar las problemáticas, habiendo un antes y un después, habiendo en este sentido también, un impacto en relación a la forma de ver la depresión. Tal y como lo mencionan DE y JZ respectivamente:

La depresión puede llegar a ser funcional dependiendo del funcionamiento que le estemos dando dentro de nuestras rutinas diarias, es como un cambio de mis ideas durante la terapia. Yo creo que ha sido una decisión muy acertada, porque últimamente mi vida ha tenido una serie de cambios positivos entonces una idea que tengo es que es necesario y debería ser más normalizado, siento que sin la terapia no habría llegado a lo que soy hoy y gracias a la terapia he tratado situaciones que me han ayudado a cambiar conductas que no me han dejado casi progresar. Yo creo que con el tratamiento tengo un sentimiento muy bonito, cada que hablo de eso me brilla el alma.

Vuelvo a escribir un diario que había abandonado, entonces ahí estoy empezando a plasmar mi rutina necesario no tenía ningún tipo de rutina es algo bueno para la universidad; ahora hacer cosas me llena de satisfacción. Al fin y al cabo, porque me estoy quitando carga de encima estrés; que uno puede ordenar poco a poco hacerse cargo de uno primero para hacerse cargo del entorno y así sucesivamente; me he dado como cuenta que la vida viene con ritmos, viene con actitudes diferentes viene con muchas cosas que uno quiera adquirir o desarrollar, Supongo que tengo que seguir haciéndolo y ver a dónde me acaba llevando. Un día a la vez; me noto como te digo más consciente de que puedo hacer cosas entonces; mis sensaciones distintas mi lucidez porque si me noto más lúcido un poco más lúcido con la realidad

(...) ahora pensar en el futuro es bonito es bacano está muy bien pensar que cosas pueden pasar así sean pequeños

Vemos en los testimonios cómo los resultados de un proceso psicoterapéutico que ha impactado positivamente, puede llevar a cambios, por un lado, respecto a la manera de ver la depresión, como una que puede ser “funcional” debido a las herramientas que se fueron adquiriendo en terapia, al igual que la adquisición de una nueva posición en torno a la mejor manera de vivir el día a día, al referirse en los testimonios a un “darse cuenta” frente a la importancia de las rutinas y los ritmos, como lo mencionó en su testimonio DE y JZ, lo que lleva a referirse a “cambios positivos” como resultados de lo logrado en la psicoterapia, así mismo se rescata la importancia de vivenciar estos cambios como positivos, en la generación de expectativas positivas frente a lo que se puede llegar a lograr dentro del proceso psicoterapéutico al igual que la manera de vivenciar el padecimiento: “ahora pensar en el futuro es bonito”. Es así como vemos que el proceso psicoterapéutico significó la creación de sentidos subjetivos y que justamente por el paso de una experiencia que impactó significativa y positivamente en la vida de los sujetos, permitió que estos representen una imagen positiva de la psicoterapia, y por tanto unas expectativas futuras frente al proceso terapéutico y el padecimiento, también positivos. En cuanto a las *emociones* frente a los resultados, vemos entonces la emergencia de aquellas relacionadas a la tranquilidad, la felicidad en cuanto al proceso y lo que en él se ha logrado, ya que se nota un cambio o un avance con respecto a como se estaba antes, así mismo emociones como la motivación al ver el cambio en sí mismo. Tal y como lo mencionan MO y DA respectivamente:

Siento que en estos momentos estoy demasiado feliz con esta terapia, no sé si sea por el enfoque, estoy trabajando muchas cosas con ella que yo sentía que me estaban estancando, que la medicina no me iba a ayudar con eso y he cambiado, hay cosas que uno debe manejar más emocionalmente. Me siento más motivada, era lo que más quería trabajar, me encanta leer y escribir y me daba pereza hacerlo, nada más coger el libro y leerlo. Todo fue

un proceso de manejar la motivación, de ponerme etiquetas a mí misma y a los demás, siento que he mejorado un montón. aumentando mi autoestima y rebajando muchas cosas que me hacen subestimarme.

tranquilidad y felicidad, es muy chévere ver el cambio en uno, ver situaciones que en el pasado uno las había manejado peor y ahora sabe cómo manejarlas es como cuando entras en la tarea de analizar eso, como de retroalimentación, es muy bonito darse cuenta del cambio para bien que uno ha tenido, y si, en el proceso uno deja gente tirada, pero es para el bien de uno, y me he sentido muy tranquilo y contento y creo que la paz no se negocea.

Se rescata entonces las emociones como la sensación de motivación y felicidad como significativas dentro de los resultados, puesto que se supone, son las que permiten que a pesar de todas las confrontaciones que se viven en psicoterapia no signifiquen un peso, sino que por el contrario, al ver los cambios y al ver que se avanza, se permita seguir en el espacio; así mismo estos resultados los cuales hacen emerger estas emociones, permite así mismo tener simbolizaciones como sentir que la depresión como padecimiento puede llegar a ser funcional, debido a las herramientas que se han adquirido y las nuevas formas de estar, relacionarse que se han visto impactadas positivamente; en este sentido como lo menciona Subero (2017) la depresión vista desde la teoría de González Rey corresponde a configuraciones subjetivas que precisamente son susceptibles de transformaciones una vez que el individuo que es portador de estos síntomas y sufrimientos permite emerger nuevos caminos de subjetivación en nuevos contextos de relación, que en este caso sería la psicoterapia, siendo esta entonces una facilitadora orientada a abrir esos espacios dialógicos que permitan la emergencia del sujeto y con ello la producción de nuevos sentidos subjetivos que faciliten el avance y el cambio positivo de expectativas frente a sí mismo y el padecimiento.

Para cerrar esta categoría, se hace entonces énfasis en la importancia de la vivencia de un proceso psicoterapéutico positivo, que va ligado a una buena experiencia en torno a la relación terapéutica, lo que termina impactando frente a la

sensación de avanzar en psicoterapia, y que ayuda a la generación de expectativas positivas frente a la forma de significar el padecimiento y determina a su vez la adherencia al tratamiento. Para esto, vemos que en el rol del psicoterapeuta se debería difundir

La terapia no solo como una forma de aliviar un padecimiento sino también como una herramienta para uso de todos con el objetivo de mejorar la calidad de vida. Esto sumado a (...) que parte de la terapia es darle un sentido al sufrimiento, encontrar las causas del sufrimiento, para poder cambiar lo necesario, y en esto el psicoterapeuta tiene que ser competente. (Castelluccio, 2018)

Es precisamente el despliegue de este rol y espacio psicoterapéutico lo que resulta facilitador para los sujetos en la producción de nuevos sentidos subjetivos debido al despliegue de su subjetividad que terminarán interfiriendo entonces en los resultados, las expectativas y el proceso en sí. El espacio psicoterapéutico entonces significa un espacio que, según González, 2011)

de sentido subjetivo no son solo conversacionales, pueden apoyarse en la realización de nuevos comportamientos y acciones que se instituyen dentro del clima dialógico de la psicoterapia. Hay personas que comienzan un ciclo de conferencias que les cautiva su atención, les interesa, les genera curiosidad, comenzando nuevas reflexiones en ese espacio, que implican emociones y abre la posibilidad de generar nuevos sentidos subjetivos que les permiten una posición diferente ante lo que les afecta. La provocación, la contradicción, la vivencia de lo nuevo, la ira, la tensión de un conflicto, todos ellos pueden ser caminos movilizados de nuevos sentidos subjetivos en el proceso terapéutico. (González, 2011, p. 314)

De esta forma, debido a lo que se despliega en un espacio psicoterapéutico, vemos que un buen proceso está determinado según los testimonios porque es un espacio donde se permite el despliegue de la subjetividad de los sujetos, debido a que la relación terapéutica también permite una sensación de horizontalidad y

escucha, por lo tanto los procesos de confrontaciones consigo mismo, debido a los temas que se tratan, al igual que la buena relación terapéutica, donde se sienta “atendido”, “escuchado, y “comprendido” por el terapeuta, permite al proceso avanzar, lo que termina así mismo impactando positivamente en los resultados de la psicoterapia, al primero, tener una sensación de que se está avanzando debido a las herramientas adquiridas, al igual que la sensación de cambio en la manera en que se percibe también el padecimiento en la propia vida debido a estos cambios que se vivenciaron, gracias entonces, a los caminos movilizados de sentidos subjetivos que precisamente se despliegan en el proceso psicoterapéutico.

CONCLUSIONES

Este estudio partió del interés de poder analizar aquellos sentidos subjetivos que han sido construido por los jóvenes de Medellín que han sido diagnosticados con uno de los trastornos mentales más frecuentes que es la depresión, frente a el diagnóstico y los tratamientos que son transversales a el proceso que se lleva a cabo para tratar la depresión, que son el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico.

En relación con el *sentido subjetivo sobre el diagnóstico de la depresión* se encontró que la depresión en los sujetos entrevistados es paralizante y se vive como un sin sentido, que tienen ideas de muerte recurrentes a pesar de que “nada les falta”, y también se recalca las *emociones* de tristeza, desmotivación, sensación de vacío y empatía por otras personas que pasan por lo mismo, según el estudio de De Castro & González (2018) muchos sujetos que pasan un episodio depresivo, incluso previos a ser diagnosticados, pasan a identificarse con la depresión, y describen sentir unos sentimientos de tristeza más profundos que los demás, y un sentimiento de soledad y no poder conectarse con otros, dando muestra de la tendencia de los sujetos de ambos estudios de los mismos sentimientos al compartir el diagnóstico de la depresión, tal como la tristeza profunda.

En relación a la segunda categoría *subjetividad social* asociada al diagnóstico de la depresión se concluye que, por un lado, se tiene la imagen de la sociedad como una donde se muestra una doble moral respecto a este diagnóstico, donde se aísla a las personas con depresión al mismo tiempo siendo un tema tan popular, al igual que la creencia de que exageran su sentir, al haber una manifestación de que las personas lo tienen “todo”. También se puede decir que en el grupo social cercano se muestra más apoyo, y con círculos sociales más alejados se sienten más barreras. Arrarás & Manrique (2019) desde su estudio se concluyó que puede haber un menor conocimiento de la depresión como trastorno en las personas más jóvenes y que lo pueden entender como un malestar pasajero. También, que pueden no tener en cuenta que un diagnóstico de depresión mayor requiere la presencia de un malestar significativo. Cabe agregar que la actitud

estigmatizadora de las personas de este estudio se ve más en los jóvenes, quienes son las personas que más padecen el trastorno depresivo. De acuerdo a esto, se puede notar el poco contraste que hay cuando se compara ambos estudios, pues en ambos se percibe como una tendencia que la subjetividad social asociada a la depresión, es visto como algo estigmatizado o una exageración por quienes lo padecen, percepciones que se ven sobre todo en las personas no cercanas al círculo social.

En cuanto a los *sentidos subjetivos frente a la evolución del diagnóstico de depresión* como tercera categoría, se puede concluir que la depresión antes del diagnóstico se asociaba a algo raro y se comienza a identificar sensaciones que no son normales, tal como la tristeza, desmotivación, pensamientos suicidas, desgano, entre otros; sin embargo, se normaliza. También se refieren a una sensación de alivio y esclarecimiento al tener el diagnóstico, pero también decepción debido a que es algo que no tiene cura, y se evidencia cambios en los sentidos subjetivos cuando se refieren a la depresión como algo que tienen y no algo que son, a pesar de aparecer sentimientos de culpa y confusión, pero también de sentirse menos solo. De acuerdo a esto anterior, también se vuelve a mencionar el estudio de De Castro & González (2018) que se interesó por la identidad de sujetos después de haber atravesado una experiencia de depresión, dice que después del diagnóstico, los sujetos pasan a identificarse mucho más con la depresión como aparte de su personalidad y sienten que esta los acompaña a lo largo de sus vidas, lo que influye en que tengan un sentimiento de tristeza más profundo y que es algo que trasciende el episodio depresivo y se vuelve parte de la identidad de la persona, lo cual contrasta con los sujetos que, a pesar de haber pasado un episodio depresivo y saber que es algo que no tiene cura y sentir decepción con eso, deciden no pasar a identificarse con la depresión, dejando en evidencia el contraste en la construcción de unos sentidos subjetivos que dan muestra de que hay unos sujetos que no se perciben como la depresión a pesar de tener estos episodios, mientras otros pasan a identificarse con esto. Sin embargo, los sujetos de este estudio también ven la depresión como algo incurable que los va a acompañar el resto de sus vidas, lo que

puede afirmar el hecho de que es una condición que casi siempre acompañará a las personas que lo padecen.

Con la cuarta categoría, *sentidos subjetivos alrededor del tratamiento farmacológico*, en relación al *proceso, relación terapéutica y resultados*, la conclusión que se pueden extraer es que en cuanto al proceso, usualmente los sujetos creen que los fármacos pueden generar dependencia, o lo ven como una herramienta que es importante mezclarla con la terapia ya que ayuda pero no soluciona, y expresan que a lo largo del proceso se viven emociones como estar sobrecargado o más tranquilo, o como angustiante en donde pasaron por diferentes psiquiatras. No fue un proceso con emociones estables, tuvo sus altibajos. En cuanto a la relación terapéutica, también se muestra como una vivencia un poco inestable emocionalmente en los sujetos, pues la relación con el psiquiatra fue inestable debido a los cambios constantes y porque no se consolidó una transferencia sólida, pues se limitaba casi siempre en recetar, por lo cual, ellos manifestaron sentimientos como de no ser bien atendidos o no escuchados, sin embargo, cuando decían llegarse a sentir escuchados o no juzgados por el psiquiatra se tornaban más positivos los sentidos subjetivos en cuanto a la percepción de esta relación. También los sujetos refieren sentidos subjetivos positivos con los resultados al ver que la medicación sirvió de ayuda cuando hacía puentes con la psicoterapia, sin embargo, antes de esto, se pudo ver una percepción un tanto traumática de los fármacos al ver que estos tenían efectos secundarios sobre el cuerpo o cuando se percibía como una obligación, generando una dependencia, por lo que se puede decir que los sentimientos fueron un tanto contrarios, fueron tanto de alivio como de declinar en el tratamiento lo que dependió entonces de la estabilidad del proceso, de los efectos secundarios frente a los fármacos, y sobre todo en torno a la relación terapéutica.

De acuerdo a esto anterior, podemos decir del proceso y del resultado, que autores como Acosta, F, Rodríguez, L, & Cabrera, B (2013) mencionan que las creencias y actitudes frente a la medicación y la psicoterapia son un factor potencialmente influyente en la adherencia, que debe ser evaluado en todos los pacientes. Las creencias negativas (concepciones erróneas, prejuicios), actitudes

negativas y el posible estigma percibido hacia la medicación y/o la depresión deben ser identificadas y abordadas en el contexto de la terapia y una adecuada relación terapéutica, ya que pueden ser un factor importante para la no-adherencia, y la identificación de estas y de las preferencias del paciente puede orientar hacia la instauración del tipo de tratamiento. Con esto, se puede establecer una relación con los sujetos jóvenes de este estudio al notar que sus sentidos subjetivos hacia el psiquiatra se tornaban positivos en la medida en que se sentían más escuchados por este y por lo tanto el proceso se tornaba menos inestable, había más adherencia, así como aquellos sujetos que mostraban rechazo a los fármacos al ver que estos podrían dar dependencia, y por lo tanto, debido a esta creencia, no hubo ningún tipo de adherencia a este tipo de tratamiento, dejando en evidencia que las creencias negativas que se tenga hacia la medicación o psicoterapia es un factor importante para la adherencia.

Finalmente, con la quinta categoría, *sentidos subjetivos sobre el tratamiento psicoterapéutico*, tanto en el proceso, relación terapéutica y resultados, se puede concluir que en cuanto al proceso, en general se observa como algo difícil, ya que exige la auto confrontación, pero necesario, y en todos los casos se refiere a percepciones positivas de la psicoterapia después de haber pasado por ella, a pesar de algunos sujetos haber presentado primeros acercamientos no muy agradables, pero que sin embargo, al darle una segunda oportunidad al acercamiento con el psicólogo, terminaban cambiando su disposición hacia él, por lo que las emociones a lo largo del proceso han sido muy cambiantes, desde la rabia y la tristeza, hasta ver la terapia como un ancla; no es algo lineal. También los sujetos refieren percepciones positivas en el tratamiento psicoterapéutico cuando en la relación terapéutica hay una conexión con el terapeuta, pues esto influye en el progreso del tratamiento, por lo tanto, cuando esto no se da, se produce una sensación de estancamiento, y junto a eso, de incomodidad. Ya en cuanto a los resultados se termina por concluir que la psicoterapia brinda herramientas para llevar el proceso y ayuda a generar cambios positivos en las rutinas y también sirve como ancla en caso de que haya una recaída, por lo que se le asocia mucho con emociones como esperanza, agradecimiento, y tranquilidad como una de las más

mencionadas. Neira, Cova, Nazar, Parra & Ortiz, (2012); comentan en su estudio que fue sobre percepción de mujeres consultantes de atención primaria sobre el abandono del tratamiento de la depresión, que las características que influyen en la adherencia y mantención del tratamiento son las creencias de los consultantes en torno a la enfermedad y al tratamiento, la valoración de los servicios recibidos, entre otros. Dentro del relato de las propias participantes como determinantes de su abandono del programa de depresión de atención primaria están la percepción negativa del tratamiento farmacológico, insatisfacción con la atención psicológica, disponibilidad de horas de atención del centro de salud, interrupción de la atención en el centro de salud, olvido, percepción de mejoría, creencias personales de la depresión y las dificultades para asistir al centro de salud.

En relación con el *problema de investigación* que orientó este trabajo se podría decir que los sentidos subjetivos de los jóvenes diagnosticados con depresión, nos mostró por un lado, que el diagnóstico se presenta como un momento de gran impacto en la vivencia de los sujetos, mostrando cómo puede ser un momento de confrontación, aceptación, entendimiento y significación del padecimiento, que a su vez tiene una transformación en la medida en que el sujeto convive en un espacio social, y es atravesado por las psicoterapias y la psicofarmacología, momentos en la vida del sujeto que también son altamente impactantes, porque es en estos espacios donde los sujetos aprenden a mirar desde otras perspectivas el padecimiento y así mismos, transformarse en la medida en que estas experiencias se tornan como positivas o negativas y traen de esta manera una carga emocional y simbólica que afectaran la forma en la que el sujeto se posicionará ante su propio padecimiento y los espacios en los que comparte. Las psicoterapias y terapias psicofarmacológicas que a su vez, están caracterizadas por un proceso constante, que brinda herramientas y que se ve interferida por una relación terapéutica donde prevalece la escucha, la horizontalidad y el despliegue de la singularidad mediante el ser atendido por el terapeuta, causará en los sujetos resultados de motivación, esperanza felicidad lo que en últimas termina impactando positivamente en lo que se espera lograr a futuro, y mucho más importante, la manera frente a la cual los sujetos se ven a sí mismos con el diagnóstico y el

padecimiento. Este estudio a través de su pregunta de investigación, encuentra también la importancia de conocer los efectos en la subjetividad de las personas, cuando se presenta procesos terapéuticos donde predomina dinámicas de desatención, la no constancia debido a limitaciones institucionales, la no escucha, la no comprensión, las experiencias traumáticas en cuanto a los fármacos, al igual que el impacto singular que causa el ser atravesado por un diagnóstico, y cómo también el apoyo social interfiere en estos elementos, como un compendio de dinámicas que termina llevando a una experiencia negativa que tiene un impacto directo en la imagen de sí mismo, en las expectativas futuras frente a las terapias para la depresión y las maneras en las que se terminará relacionando con ellos mismos y su entorno, siempre teniendo en cuenta que es precisamente el sujeto, quien mediante sus procesos de singularización, es quien se construye a sí mismo y decide crear imágenes de sí mismo, su entorno y proceso en la medida en que va teniendo nuevas experiencias y hace reflexiones subjetivas y singulares.

Cerramos indicando entonces, en relación con *las limitaciones de este estudio*, reconociendo que, por un lado, al ser entrevistas de corte cualitativo, interpretativo-hermenéutico, la duración de estas pueden llegar a ser prolongadas lo que dificulta por un lado las transcripciones, al igual que puede llegar a limitar la cantidad de sujetos que pueden hacer parte del estudio, así mismo, otra de las limitaciones, fue la cantidad de categorías, se considera que al explorar tres dimensiones como lo es el diagnóstico, la terapia psicofarmacológica y psicoterapéutica, no dejando de lado la subjetividad social asociada bajo el marco teórico de González Rey, las dimensiones de los sentidos subjetivos no fueron ahondados tan a profundidad para no dejar de lado ninguna de las dimensiones debido precisamente a las limitaciones que se presentan al tener una cantidad grande de subcategorías de corte cualitativo, al igual que el no poder rescatar muchos detalles que hacen parte de la subjetividad de todos los. Así mismo frente a *las recomendaciones para futuras investigaciones* se sugiere que precisamente se centre en una de las tres dimensiones se quiere ahondar profundamente en la subjetividad de los sujetos, es decir, ya sea ahondar sobre el diagnóstico, la

psicoterapia y la psicofarmacología, para de esta manera rescatar más detalles que pueden ser predominantes en la subjetividad individual y no se vea el estudio limitado debido al número de subcategorías que podría darse, así mismo se recomienda bajo el marco de la subjetividad de González, siempre rescatar los espacios singulares y subjetivos que se emergen en cada uno de los sujetos, no dejando de lado las tendencias generales o los patrones evidenciados. Por último, frente a la *utilidad práctica de los hallazgos* se cree que por un lado esta investigación, es en últimas un aporte que es significativo, por un lado, para los profesionales de la salud, debido a que responde a interrogantes sobre la vivencia asociada a un trastorno mental teniendo en cuenta los espacios terapéuticos y el diagnóstico como elementos que afectan la subjetividad, de esta forma situando de manera particular los sentidos subjetivos relativos a estas, por otro lado, se cree que esta investigación también puede servir de interés para aquellas personas que tengan conocidos, amigos, familiares jóvenes diagnosticados con depresión y quisieran entender las dimensiones subjetivas que están alrededor de estas tres dimensiones que se exploran en el estudio, con el fin de alcanzar un mejor entendimiento sobre cómo se da la vivencia singular en esta población. Finalmente, otro valor práctico es el de ubicar los sentidos subjetivos construidos a través de la palabra como elemento terapéutico, donde los sujetos a través de la rememoración de las vivencias pudieron resignificar también la subjetividad asociada a la vivencia de estos. Es así que esta investigación permitió a través del relato la resignificación de las experiencias en los sujetos, puesto que como menciona Goolishian y Anderson (1992):

Los seres humanos siempre contaron cosas sobre si y escucharon lo que los otros les contaban; y siempre comprendemos lo que somos y quienes somos a partir de las narraciones que nos relatamos mutuamente. En la mejor de las hipótesis, no somos más que coautores de una narración en permanente cambio que se transforma en nuestro sí mismo. Es como coautores de esas narraciones de identidad que estuvimos inmersos desde siempre en la

historia de nuestro pasado narrado y en los múltiples contextos de nuestras construcciones narrativas (p.193).

REFERENCIAS

- Academia Nacional de Medicina de México -ANMM-. (2017). Depresión en adolescentes: diagnóstico y tratamiento. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60(5), 52-55.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500052&lng=es&tlng=es.
- Acosta, F., Rodríguez, L., & Cabrera, B. (2013). Creencias sobre la depresión y sus tratamientos: variables asociadas e influencia de las creencias en la adherencia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barcelona)*, 6(2), 86–92.
<https://doi-org.ezproxy.eafit.edu.co/10.1016/j.rpsm.2012.08.001>
- Acevedo, M & Gélvez, L. (2018). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 55(1), 146-158.
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/1942/194258529012/html/index.html>
- American Psychiatric Association - APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association - APA. (2021). Superando la depresión: Cómo los psicólogos ayudan a las personas con trastornos depresivos.
<https://www.apa.org/centrodeapoyo/trastornos-depresivos.pdf>
- Arrarás, J. & Manrique, E. (2019). La percepción de la depresión y de su tratamiento. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 42(1), 5-8.
<https://dx.doi.org/10.23938/assn.0591>
- Barbosa, M. & Ângelo, M. (2016). Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia. *Enfermería Global*, 15(42), 232–255.
- Becerra, N., Prati, B. & Martínez, M. (2020). Significados de la experiencia de enfermedad en mujeres con diagnóstico de depresión y abandono tratamiento. *Revista Chilena De Medicina Familiar*, 12(1), 8-13.
- Calderón, C., Retolaza, A., Payo, J., Bacigalupe, A., Zallo, E., & Mosquera, I. (2012). Perspectivas de los pacientes diagnosticados de depresión y atendidos por

- médicos de familia y psiquiatras. *Atencion Primaria*, 44(10), 595–602.
<https://doi-org.ezproxy.eafit.edu.co/10.1016/j.aprim.2012.02.009>
- Campo, M. (2004). Epistemología y Psicoterapia. *Opción*, 20(44), 121-137.
<https://www.redalyc.org/pdf/310/31004407.pdf>
- Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud -CINETS. (2013). Guía de práctica clínica: Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente.
http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_td/GPC_td_completa.aspx
- Carrasco, A. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology (IJP)*, 51(2), 181-189.
<https://www.redalyc.org/pdf/284/28454546004.pdf>
- Castelluccio, L. (22 de septiembre de 2018). Psicopatología, terapia y psicofarmacología: desde el pensamiento a las emociones. *Sinápticas*.
<https://sinapticas.com/2018/09/22/psicopatologia-terapia-y-psicofarmacologia-desde-el-pensamiento-a-las-emociones/>
- DANE. (2020). DANE. Juventud en Colombia: ¿quiénes son, ¿qué hacen y cómo se sienten en el contexto actual?
<https://www.dane.gov.co/index.php/actualidad-dane/5255-juventud-en-colombia-quienes-son-que-hacen-y-como-se-sienten-en-el-contexto-actual>
- De Castro, N. & González, A. (2018). ¿Soy depresivo o estoy deprimido?: Construcción de la identidad a partir de la experiencia subjetiva de depresión tomando en cuenta una perspectiva de género [Tesis de grado]. Universidad Católica Andrés Bello.
<http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAT7606.pdf>
- De la Mata, J. (s.f). Clínica la psicoterapia dinámica de Madrid. Objetivos de la terapia psicodinámica. <https://www.joseluisdelamata.com/IZARGAIN textos/La%20Terapia%20Psicodinamica%20de%20Madrid.pdf>
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&tlng=es
- García, R. E. (2006). Notas sobre la noción de salud y la reflexión cultural en psicología. *Athenea Digital*, 9, 1-17.
<https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n9.271>
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992) The client is the expert: A notknowing approach to therapy. In S. McNamee and K. Gergen (Eds.) *Therapy*

as Social Construction. London: Sage.

González, F. (1990). Personalidad y salud humana. *Revista cubana de psicología*. Vol. 7(2), 75-88.

González, F. (1998). La cuestión de la subjetividad en un marco histórico - cultural. *Psicología Escolar e Educacional*, 2(3), 229-246. <https://doi.org/10.1590/S1413-85571998000300003>.

González Rey, F. (1999). La afectividad desde una perspectiva de la subjetividad. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 15(2), 127-134.

González Rey, F. (2000a). El lugar de las emociones en la constitución social de lo psíquico: El aporte de Vigotski. *Educacao & Sociedade*, 70, 132-14.

González Rey, F. (2000b). *Investigación Cualitativa en Psicología: Rumbos y Desafíos*. México: Internacional Thomson Editores.

González Rey, F. (2000c). Lo cualitativo y lo cuantitativo en la investigación de la psicología social. *Revista Cubana de Psicología* 17(1), 61-71.

González, F. (2002). *Sujeto y subjetividad. Una aproximación histórico- cultural*. México D.F. Thomson.

González Rey, F. (2005). El sujeto y la subjetividad: algunos dilemas actuales de su estudio.

González Rey, F. (2006). La subjetividad como definición ontológica del campo psi; repercusiones en la construcción de la psicología. *Revista de Psicología*, 2(4), 5-30

González, F. (2007). *Investigación Cualitativa y Subjetividad*. México D.F.:McGraw Hill.

González, F. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 4(2), 225-243. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982008000200002&lng=en&tlng=es.

González, F. (2009). *Psicoterapia, Subjetividad y Posmodernidad: Una Aproximación Desde Vygotsky hacia una Perspectiva Histórico-Cultural*. Noveduc Libros.

González, F. (2010). Las categorías de sentido, sentido personal y sentido subjetivo en una perspectiva históricocultural: un camino hacia una nueva definición de subjetividad. *UniversitasPsychologica*, 9(1), 241-253. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64712156019>.

González Rey, F. (2011a). A re-examination of defining moments in Vygotsky's work and their implications for his continuing legacy. *Mind, culture, and activity*, 18(3), 257-275.

- González, F. (2011). Sentidos subjetivos, lenguaje y sujeto: avanzando en una perspectiva postracionalista en psicoterapia. *Revista di psichiatria*, 2011(46), 310-314.
[http://www.rivistadipsichiatria.it/r.php?v=1009&a=10978&l=14979&f=allegati/01009_2011_05/fulltext/8-Gonzalez%20Rey\(310-314\).pdf](http://www.rivistadipsichiatria.it/r.php?v=1009&a=10978&l=14979&f=allegati/01009_2011_05/fulltext/8-Gonzalez%20Rey(310-314).pdf).
- González Rey, F. (2012). Advancing on the concept of sense: subjective and subjective configurations in human development. In: M. Hedegaard, A. Edwards & M. Fler (Eds.). *Motives in children development. Cultural historical approaches* (pp. 45-62). London: Cambridge University Press.
- González, F. (2013). La subjetividad en una perspectiva cultural-histórica: avanzando sobre un legado inconcluso. *CS* (11).
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S201103242013000100002&script=sci_arttext.
- González, F & Martínez, A. (2016). Una epistemología para el estudio de la subjetividad: sus implicaciones metodológicas. *Psicoperspectivas: Individuo y Sociedad*, 15 (1), 5-16. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol15-issue1-fulltext-667>.
- González, F. (2018). Subjectivity and discourse: Complementary topics for a critical psychology. *Culture & Psychology*, 25(2), 178-194.
<https://doi.org/10.1177/1354067X18754338>
- Goulart, D & González, F. (2017). Subjetividad, sujeto y salud mental: un estudio de caso más allá de la lógica de la patología. *Alternativas cubanas en Psicología*, 8 (23), 14-35.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto -GPC. (2014). Guía de la práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto.
https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- Guillen, F. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229.
<https://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- Hernández, O. (2008). La subjetividad desde la perspectiva histórico-cultural: un tránsito desde el pensamiento dialéctico al pensamiento complejo. *Revista Colombiana de Psicología*, 2(17), 147- 160.
<https://www.redalyc.org/pdf/804/80411803011.pdf>
- Kolovos, S., Kleiboer, A., & Cuijpers, P. (2016). Effect of psychotherapy for depression on quality of life: meta-analysis. *British journal of psychiatry*, 209(6), 460-468. <https://doi-org.ezproxy.eafit.edu.co/10.1192/bjp.bp.115.175059>

- Lorenzo, A. & Hernández, S. 2016. Factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. *Repositorio institucional de la Universidad de La Laguna*. <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/2894>
- Martínez, F. (agosto 27 del 2018). Psicólogo en Barcelona. Los 12 principales tipos de psicoterapia. <https://psicorelacional.com/los-12-principales-tipos-de-psicoterapia/>
- Magalhaes, D., González, R & Patiño, José. (2019). EL ESTUDIO DE LA SUBJETIVIDAD DE PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL: UNA EXPERIENCIA EN BRASILIA. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 19(3), 1-21. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53765168021>
- Menéndez, P. Á., Acosta, S. R., Bodon, M. C., & Mayorga, P. M. (2010). Descripción de observables clínicos y de cambios en el proceso de admisión y de su impacto en el inicio del tratamiento psicoterapéutico. *Anuario de Investigaciones*, 17, 49–57.
- Miller, D., Bernardi, R., Varela, B., Villalba, L. & Zytner, R. (2012). Percepción de mujeres consultantes de atención primaria sobre el abandono del tratamiento de depresión. *Revista ciencia y enfermaria* 18 (2), 31-39.
- Montesano, A., Feixas, G., & Varlotta, N. (2009). Análisis de contenido de constructos personales en la depresión. *Salud Mental*, 32(5), 371–379.
- Moreira, V. (2007). Significados Posibles de la Depresión en el Mundo Contemporáneo: Una Lectura Fenomenológica Mundana. *Psykhe (Santiago)*, 16(2), 129-137. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282007000200011>
- Mori, V & González, F. (2010). Las representaciones sociales como proceso subjetivo: un estudio de caso de hipertensión. *CS, Cali*, n. 5, p. 221-240. <https://doi.org/10.18046/recs.i5.457>.
- Monje, A. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa guía didáctica. <https://biblioteca.usco.edu.co/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=23967>
- MSDsalud. (2019). MSDsalud. Tratamiento para la depresión. <https://www.msdsalud.es/cuidar-en/depresion/informacion-basica/manejo-depresion.html#:~:text=Tratamiento%20farmacol%C3%B3gico,para%20comunicarse%2C%20conocidas%20como%20neurotransmisores.>
- Murcia, M. P., Orejuela, J., Patiño, J. (2016). De la psicoterapia a la teoterapia. Universidad de San Buenaventura Cali, Colombia.
- Neira R, M. E., Cova S, F., Nazar C, G., Parra L, L., & Ortiz R, N. (2012). Percepción De Mujeres Consultantes De Atención Primaria Sobre El Abandono Del

- Tratamiento De Depresión. *Ciencia y Enfermería*, 18(2), 31–39. <https://doi-org.ezproxy.eafit.edu.co/10.4067/S0717-95532012000200004>
- Ortiz, H. (2011). estudio descriptivo, explicativo e interpretativo de las estrategias de monitoreo cognitivo usadas por estudiantes universitarios en la comprensión de textos académicos durante la lectura en inglés. Universidad del Valle. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/4127/CB-0450235.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud -OMS (2003). Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión CIE-10. Volumen 2. <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>
- Organización Mundial de la Salud -OMS (2017). Organización Mundial de la Salud. Depresión. <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Ossa, M., Sánchez, A., Mejía, E., Bareño, J. (2016). Prevalencia de depresión y sus factores asociados en adolescentes entre 13 y 17 años en Colombia año 2003. *Rev CES Salud Pública*. 7(1), 37-48.
- Otze, T & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Rev Int. J. Morphol.* 35 (1), 227-232. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Pacheco P, B., & Aránguiz G, C. (2011). Factores relacionados a la adherencia a tratamiento en adolescentes con depresión. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49(1), 69–78. <https://doi-org.ezproxy.eafit.edu.co/10.4067/S0717-92272011000100009>
- Parada, T. (2018). Subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos *psiquiátricos*. *Salud colectiva*, 14(3), 513-529. <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2018.1861>
- Pérez, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 60(5), 7-16. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007
- Pérez, M & García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510. <http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>
- Rogers, A., May, C., & Oliver, D. (2001). Experiencing depression, experiencing the depressed: The separate worlds of patients and doctors. *Journal of Mental Health*, 10(3), 317–333. <https://doi-org.ezproxy.eafit.edu.co/10.1080/09638230020023840>
- Subero, D. (2017). Presentación del artículo “El desarrollo de la subjetividad: una alternativa frente a las teorías del desarrollo psíquico”. *Ptcedh* 13(2), 1-2.
- Vásquez, D., Altimir, C., Lopera, D., Espinosa, D., Mesa, C., Montenegro, C. R., González, M. & Krause, M. (2020). Del malestar a la depresión: *dinámicas en*

la construcción del significado personal de la experiencia de la depresión.
Revista CES Psicología, 13(3), 142–161.
<https://doi.org/10.21615/cesp.13.3.9>

Velásquez, F. (2001). Terapia gestáltica de Friedrich Solomon Perls fundamentación fenomenológica-existencia. *Psicología desde el Caribe,* (7),130-137. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21300711.pdf>

ANEXOS

Diseño técnico del instrumento (Anexo 2)

Propósito

¿Qué?: Analizar sobre los sentidos subjetivos que se construyen en torno al diagnóstico de la depresión y los tratamientos farmacológico y psicoterapéutico en jóvenes de la ciudad de Medellín diagnosticados con depresión

¿Cómo?: A través de la narración de su experiencia subjetiva.

¿Para qué: Para caracterizar los sentidos subjetivos acerca de la depresión, en su dimensión de diagnóstico, y el proceso que conlleva obtener un diagnóstico que es el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico

¿Quiénes?: En un grupo de jóvenes de la ciudad de Medellín que han sido diagnosticados con depresión.

Cuando: Entre enero del 2021 y octubre del 2022

Estructura del instrumento

Tabla 8: *Relación entre objetivos específicos- categorías de rastreo de la información y preguntas*

Objetivos específicos	Categorías de rastreo /análisis de datos	Subcategorías	preguntas
Identificar los sentidos subjetivos construidos frente a la vivencia del diagnóstico de la depresión.	Sentido subjetivo sobre el diagnóstico de la depresión.	Ideas (simbolizaciones) alrededor del diagnóstico de la depresión.	¿Cuáles han sido las creencias que has tenido alrededor del diagnóstico de la depresión?
		Emociones alrededor del diagnóstico de la depresión.	¿Cuáles han sido las emociones que has tenido alrededor del diagnóstico de la depresión?
	Subjetividad social asociada al diagnóstico de la depresión	Representación que se cree tiene la sociedad frente a la depresión	¿Qué ideas- estereotipos consideras tu tiene la sociedad acerca del diagnóstico de la depresión?
		Dinámicas sociales vivenciadas entorno al diagnóstico de la depresión	¿Qué situaciones o dinámicas sociales has vivido como alguien que ha sido diagnosticado con depresión?
sentidos subjetivos frente a la evolución del diagnóstico de depresión	sentidos subjetivos frente a la evolución del diagnóstico de depresión	Simbolización antes, durante y después del diagnóstico de la depresión	¿Qué ideas tenías acerca de la depresión antes del diagnóstico? ¿Qué pensamientos te vinieron a ti en el momento de ser informado del diagnóstico? ¿Cómo cambiaron las ideas sobre la depresión después del diagnóstico?

		Emociones antes, durante y después del diagnóstico de la depresión	¿qué emociones tenías acerca de la depresión antes del diagnóstico? ¿qué emociones vinieron a ti en el momento de ser informado del diagnóstico? ¿cómo cambiaron tus sentimientos sobre la depresión después del diagnóstico?
Identificar los sentidos subjetivos construidos frente al tratamiento farmacológico de la depresión.	Sentidos subjetivos sobre el tratamiento farmacológico	Ideas (simbolizaciones) al rededor del tratamiento farmacológico (proceso, relación, terapeuta y resultados)	¿qué ideas tienes alrededor del tratamiento farmacológico de la depresión en relación al proceso? ¿qué ideas tienes alrededor del tratamiento farmacológico de la depresión en relación a la relación terapéutica? ¿qué ideas tienes alrededor del tratamiento farmacológico de la depresión en relación a los resultados?
		Emociones al rededor del tratamiento farmacológico (proceso, relación, terapeuta y resultados)	¿qué emociones tienes alrededor del tratamiento farmacológico de la depresión en relación al proceso? ¿qué emociones tienes alrededor del tratamiento farmacológico de la depresión en relación a la relación terapéutica? ¿qué emociones tienes alrededor del tratamiento farmacológico de la depresión en relación a los resultados?
Identificar los sentidos subjetivos construidos frente al tratamiento psicoterapéutico de la depresión.	Sentidos subjetivos sobre el tratamiento psicoterapéutico	Ideas (simbolizaciones) al rededor del tratamiento psicoterapéutico (proceso, relación, terapeuta y resultados)	¿qué ideas tienes alrededor del tratamiento psicoterapéutico de la depresión en relación al proceso? ¿qué ideas tienes alrededor del tratamiento psicoterapéutico de la depresión en relación a la relación terapéutica? ¿qué ideas tienes alrededor del tratamiento psicoterapéutico de la depresión en relación a los resultados?
		Emociones al rededor del tratamiento psicoterapéutica (proceso, relación, terapeuta y resultados)	¿qué emociones tienes alrededor del tratamiento psicoterapéutico de la depresión en relación al proceso? ¿qué emociones tienes alrededor del tratamiento psicoterapéutico de la depresión en relación a la relación terapéutica? ¿qué emociones tienes alrededor del tratamiento psicoterapéutico de la depresión en relación a los resultados?

Protocolo de entrevista

No.	Protocolo de entrevista
-----	-------------------------

Datos sociodemográficos	
	¿Cuál es tu nombre?
	¿Cuál es tu edad?
	¿Cuál es tu género?
	¿Cuál es tu nivel educativo?
	¿Cuál es tu extracto socioeconómico?
Datos sobre los tratamientos y el diagnóstico	
	¿Hace cuánto tiempo te diagnosticaron?
	¿Hace cuánto estás en tratamiento psicofarmacológico?
	¿Hace cuánto estás en tratamiento psicoterapéutico?
	¿Cuál es el enfoque del tratamiento psicoterapéutico?
	¿Has tenido otros tratamientos terapéuticos alternativos?
Sentidos subjetivos sobre el diagnóstico de la depresión.	
Ideas (simbolizaciones) alrededor del diagnóstico de la depresión.	
	¿Cuáles han sido las creencias que has tenido alrededor del diagnóstico de la depresión?
Emociones alrededor del diagnóstico de la depresión.	
	¿Cuáles han sido las emociones que has tenido alrededor del diagnóstico de la depresión?
Subjetividad social asociada al diagnóstico de la depresión	
Representación que se cree tiene la sociedad frente a la depresión	
	¿Qué ideas- estereotipos consideras tu tiene la sociedad acerca del diagnóstico de la depresión?
Dinámicas sociales vivenciadas entorno al diagnóstico de la depresión	
	¿Qué situaciones o dinámicas sociales has vivido como alguien que ha sido diagnosticado con depresión?
Sentidos subjetivos frente a la evolución del diagnóstico de depresión	
Simbolización antes, durante y después del diagnóstico de la depresión	
	¿Qué ideas tenías acerca de la depresión antes del diagnóstico? ¿Qué pensamientos te vinieron a ti en el momento de ser informado del diagnóstico? ¿Cómo cambiaron las ideas sobre la depresión después del diagnóstico?
Emociones antes, durante y después del diagnóstico de la depresión	
	¿qué emociones tenías acerca de la depresión antes del diagnóstico? ¿qué emociones vinieron a ti en el momento de ser informado del diagnóstico? ¿cómo cambiaron tus sentimientos sobre la depresión después del diagnóstico?
Sentidos subjetivos sobre el tratamiento farmacológico	
Ideas (simbolizaciones) al rededor del tratamiento farmacológico (proceso, relación, terapeuta y resultados)	
	¿qué ideas tienes alrededor del tratamiento farmacológico de la depresión en relación al proceso? ¿qué ideas tienes alrededor del tratamiento farmacológico de la depresión en relación a la relación terapéutica? ¿qué ideas tienes alrededor del tratamiento farmacológico de la depresión en relación a los resultados?
Emociones al rededor del tratamiento farmacológico	

(proceso, relación, terapeuta y resultados)	
	¿qué emociones tienes alrededor del tratamiento farmacológico de la depresión en relación al proceso? ¿qué emociones tienes alrededor del tratamiento farmacológico de la depresión en relación a la relación terapéutica? ¿qué emociones tienes alrededor del tratamiento farmacológico de la depresión en relación a los resultados?
Sentidos subjetivos sobre el tratamiento psicoterapéutico	
Ideas (simbolizaciones) al rededor del tratamiento psicoterapéutico (proceso, relación, terapeuta y resultados)	
	¿qué ideas tienes alrededor del tratamiento psicoterapéutico de la depresión en relación al proceso? ¿qué ideas tienes alrededor del tratamiento psicoterapéutico de la depresión en relación a la relación terapéutica? ¿qué ideas tienes alrededor del tratamiento psicoterapéutico de la depresión en relación a los resultados?
Emociones al rededor del tratamiento psicoterapéutica (proceso, relación, terapeuta y resultados)	
	¿qué emociones tienes alrededor del tratamiento psicoterapéutico de la depresión en relación al proceso? ¿qué emociones tienes alrededor del tratamiento psicoterapéutico de la depresión en relación a la relación terapéutica? ¿qué emociones tienes alrededor del tratamiento psicoterapéutico de la depresión en relación a los resultados?

Consentimiento informado

ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo

.....
 acepto participar voluntaria y anónimamente en el Protocolo de Investigación *Depresión juvenil: analizando la construcción de la significación de la experiencia subjetiva frente al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico en jóvenes de la ciudad de Medellín diagnosticados con depresión*, dirigida por la Sr(a) Vanesa Román Salinas y Laura Isabel Martínez Castaño, investigadoras Responsables, estudiantes del programa de pregrado en Psicología de la Universidad EAFIT, dirigido por el Prof. Guía Johnny Javier Orejuela Gómez

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a ello, acepto responder, una entrevista semiestructurada individual sobre la construcción en la experiencia subjetiva frente a la depresión y los respectivos tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos.

Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será **confidencial y anónima**. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada joven de modo personal. La información que se obtenga será guardada por el investigador responsable en dependencias de la Universidad EAFIT y será utilizada sólo para este estudio.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

_____	_____	_____
Nombre Participante	Firma	Fecha
_____	_____	_____
Nombre Investigador	Firma	Fecha
Responsable		

Cualquier pregunta que desee hacer durante el proceso de investigación podrá contactar al Sr/Sra Vanesa Román Salinas, correo electrónico vromans@eafit.edu.co

Si Ud. siente que en este estudio se han vulnerado sus derechos podrá contactarse con la siguiente persona: Asesor y profesor guía Johnny Javier Orejuela Gómez de la Universidad EAFIT, Correo electrónico: johnnyorejuela@hotmail.com