

Volverse depresivo/as. Relatos biográficos de etiquetamiento de depresión en usuarias/os de servicios de salud mental en Santa Fe, Argentina

Becoming depressed. Biographical accounts of depression labeling in users of mental health services in Santa Fe, Argentina

Grippaldi, Esteban*

Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales del Litoral – Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina.

grippaldiesteban@hotmail.com

Resumen

Este artículo analiza relatos biográficos de personas de sectores medios que reconocen padecer depresión y participan, en calidad de usuarios, en servicios de salud mental en la ciudad de Santa Fe, Argentina. Presenta resultados de una investigación empírica que indaga desde un enfoque sociológico cómo y a través de que recursos llegan a considerarse depresivos/os o con depresión. Primero, analiza el proceso por el que adquieren el rotulo de depresión para referenciar sus biografías. Describe el tránsito desde un periodo de confusión identitaria, en el que no pueden explicar sus emociones, hasta el reconocimiento y la adquisición de ese término para dar cuenta sus estados anímicos e identidades. Segundo, examina cuatro modos de reconocimiento de la depresión, a saber: a partir de una crisis biográfica, recibir un diagnóstico psiquiátrico, participar en terapias y recursos culturales como libros e internet. En los relatos asume mayor relevancia el autoetiquetamiento mediante la percepción de desviación emocional que el etiquetamiento basado en el juicio de expertos. Concluye en la centralidad que comporta en estos problemas emocionales el autoetiquetamiento en escenarios de hiperreflexividad biográfica.

Palabras claves: Depresión; relatos biográficos; salud mental; autoetiquetamiento; desviación emocional.

Abstract

This article analyzes biographical accounts of people from the middle sectors who acknowledge having depression and participate, as users, in mental health services in the city of Santa Fe, Argentina. It presents the results of an empirical investigation that research from a sociological perspective how and through which resources they come to be considered depressive or depressed. First, the article analyzes the process by which they acquire the depression label to reference their biographies. It describes the transition from a period of identity confusion, in which they cannot explain their emotions, to the recognition and acquisition of that term to account for their moods and identities. Second, it examines four ways of recognizing depression: from a biographical crisis, receiving a psychiatric diagnosis, participating in therapies and cultural resources such as books and the internet. Self-labeling, through the perception of emotional deviation is more relevant in the stories than external labeling, based on expert judgment. It concludes in the centrality that self-labeling involves in these emotional problems in contexts of biographical hyperreflexivity.

Keywords: Depression; biographical accounts; mental health; self-labeling; emotional deviation.

* Doctor en Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Docente en la carrera de Licenciatura en Sociología de la Universidad Nacional del Litoral. ORCID: 0000-0003-0549-2596.

Volverse depresivo/as. Relatos biográficos de etiquetamiento de depresión en usuarias/os de servicios de salud mental en Santa Fe, Argentina

Introducción

Los trastornos depresivos a mediados del siglo veinte dejan de ser una patología epidemiológicamente irrelevante y pasan a conformar los diagnósticos psiquiátricos de mayor prevalencia en la actualidad (Ehrenberg, 2000; Whitaker, 2015). En el transcurso de algunas décadas se convierten en el diagnóstico en salud mental más frecuente a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) la depresión afecta a más de 300 millones de personas y es la principal causa de discapacidad en el mundo. En consonancia con estas cifras, de acuerdo a conceptualizaciones epidemiológicas la alta prevalencia en la población conduce a concebir a este padecimiento del ánimo como un “trastorno mental común” (OPS, 2017:5). En el año 2015 el porcentaje de trastornos depresivos representa un 4,4% de la población mundial y un 4,7% de la población en Argentina (OPS, 2017).

A pesar de las cifras mencionadas y de la importancia pública otorgada a este problema de salud, son reducidas las investigaciones en el campo de las Ciencias Sociales que indagan en las subjetividades de quienes padecen depresión. Los padecimientos depresivos constituyen uno de los dominios empíricos que permanecen relativamente inexplorados y, por tanto, sostenemos que desde la sociología de los cuerpos/emociones (Scribano, 2012; Scribano y D'hers, 2018) configuran un terreno fértil para comprender las individualidades y sensibilidades contemporáneas con sus patrones de dominación.

Las emociones emergen, se experimentan y tienen sentido en el marco de relaciones sociales (Bericat, 2012). De este modo, en infinitas oportunidades de la vida social contemporánea estamos legitimados a mostrar signos de tristeza y en otras ocasiones debemos cumplir con normas emocionales y expresar malestar. Pero, desde la perspectiva de quienes padecen depresión ¿Cuándo la tristeza y el desgano es indicador de una anormalidad o desviación emocional (Thoits, 1985)? ¿Cuándo

el sufrimiento corporeizado es identificado como expresión de una enfermedad o trastorno depresivo? ¿Cómo es el proceso de *volverse depresivo*?

Estas cuestiones adquieren especial sentido en problemas considerados de salud mental que involucran emociones, puesto que en estas dolencias los contornos entre lo normal y lo patológico son opacos. A diferencia del diagnóstico biomédico basado en análisis clínicos, las enfermedades psíquicas, como la depresión, carecen de indicadores o mediciones precisas.

En este artículo consideramos la depresión como un descriptor identitario que habilita a dar sentido a una configuración de emociones y acciones –o falta de afecto, acción y a la pérdida de sentido vital–. En contraste con el punto de vista biomédico realista o naturalismo médico (Ussher, 2010; Pilgrim y Bentall, 1999) la depresión no es un objeto inerte con una existencia externa al lenguaje, ni quienes reconocen sufrir son sujetos pasivos que *tienen algo*. Por el contrario, sostenemos que es *un objeto* dinámico y cambiante histórica y regionalmente (Kleinman y Good, 1985).

Además, concebimos que los que reconocen padecer son agentes activos que definen, aplican y se apropian de categorías útiles para reorganizar sus experiencias. De manera análoga al modo en que abordan el trauma Fassin y Retchman (2007), concebimos las depresiones como un “significante flotante”. Un mismo vocablo puede utilizarse para reconocer a personas que afrontan problemas diferentes. Así, la depresión deviene en las sociedades contemporáneas un “significante a disposición” (Araujo, 2006), se convierte en una “etiqueta practica” y un “vocablo genérico” (Ehrenberg, 2000: 164).

En cuanto al plano de la producción de saberes expertos, señala Ehrenberg (2000:94) que la imposible definición de la depresión proviene de una combinación de “heterogeneidad extrema” y “universalidad máxima”. En esta amplitud conceptual,

en los manuales de psiquiatría constituye un concepto disyuntivo, potencialmente aplicable a pacientes sin síntomas comunes (Pilgrim y Bentall, 1999).

La fragilidad epistemológica de esta categoría clasificatoria facilita la difusión y expansión del diagnóstico (Caponi, 2009). En esta dirección, Horwitz y Wakefield (2007) sostienen que la explosión del número de personas que sufren un trastorno depresivo a nivel mundial no expresa un aumento real de esta condición. Argumentan que la psiquiatría contemporánea confunde la tristeza normal con el trastorno depresivo porque ignora la relación de los síntomas con el contexto en el que surgen. De este modo, la actual “epidemia” es posible por una nueva definición psiquiátrica del trastorno depresivo que a menudo clasifica la tristeza como enfermedad (Horwitz y Wakefield, 2007: 6). Así, de acuerdo con Horwitz (2011), el ingreso a la denominada “edad del trastorno depresivo” se explica por el uso de criterios diagnósticos basados en síntomas que establece por primera vez el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM-III), publicado en 1980 por la *American Psychiatric Association* (APA), puesto que este manual favorece el desplazamiento de una condición considerada seria e inusual a una concebida como común.

En la actualidad nadie afirma con autoridad qué es realmente la depresión, ni quienes la experimentan, ni quienes la investigan (Trivelli, 2014). La elasticidad de las definiciones, la falta de acuerdo en el ámbito científico, en la práctica clínica y su extensión a la cultura general convierten la depresión en una etiqueta simultáneamente polisémica y de fácil reconocimiento, habilitando a una multiplicidad de modos de reconocer a otros y a sí mismo dentro de la misma.

Los trabajos sobre depresiones se han concentrado en los productores de etiquetas diagnósticas. De esta manera, enfatizan en la patologización de la tristeza promovida por saberes expertos y en la aplicación de rótulos por parte de profesionales. Sin embargo, el proceso de adscripción del rotulo por parte de quienes lo padecen no ha concitado un interés de investigación relevante desde la sociología de la salud. En este trabajo focalizamos el análisis en los modos en que las personas que reconocen sufrir depresión utilizan esta categoría para comprender lo que les sucede.

Desarrollamos un enfoque narrativo para comprender los modos en que las personas se apropian de las categorías y diagnósticos de depresión para pensar sus biografías. Como señalan los estudios

socio-antropológicos centrados en las enfermedades y padecimientos, es a través de las narrativas que conocemos y damos sentido al mundo social (Margulies, 2014; Kleinman, 1998; Frank, 2010; Di Leo, 2019). Las narrativas biográficas son relatos, dirigidos a otros, a través de los cuales las personas dan forma y sentido a sus experiencias vitales (Del Monaco, 2017). Por tanto, en este estudio concentramos el análisis en las formas de contar las experiencias. Resaltamos el término *contar* porque consideramos que más que la experiencia objetiva lo que analizamos son los relatos producidos para volver coherente lo vivido (Good, 2003), como la forma que disponen las personas a través de la cual la experiencia es representada (Recoder, 2011). Mediante la narración conectamos eventos mediante la construcción de historias, derivando una configuración a partir de una sucesión en una perspectiva a la vez retrospectiva y prospectiva (Margulies, 2014).

En este artículo exponemos resultados de una investigación empírica centrada en una estrategia metodológica cualitativa, llevada a cabo en la Ciudad de Santa Fe, Argentina. En este estudio a partir de la aplicación del método biográfico en su versión socio-narrativa (Meccia, 2019; Grippaldi, 2019); realizamos cuarenta y dos entrevistas biográficas a personas que se perciben con depresión, pertenecen a sectores medios y participan en espacios psicoterapéuticos y/o psiquiátricos.¹

Al terminar las entrevistas solicitamos que completen un cuestionario con el fin de relevar el perfil socio-demográfico de las personas que participaron del estudio. Las y los entrevistados asisten a terapias de prestaciones de servicios privados y, en su mayor parte, disponen de obra social. Algunas personas –específicamente nueve– no recibieron un diagnóstico psiquiátrico de trastorno depresivo, varios terapeutas –como manifiestan en las entrevistas– no utilizan diagnósticos y otros sólo en determinadas ocasiones. Conforme a lo que destacan Mantilla y Alonso (2015), algunos profesionales conciben los diagnósticos psiquiátricos como otorgadores de identidades estigmatizadas y, por esta razón, en su ejercicio evitan trabajar a partir del uso de estos. Además, realizamos veinte entrevistas a especialistas

¹Las entrevistas dan sustento a la tesis doctoral realizada en el Programa de Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Recibe financiamiento del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Conforme a las normativas éticas, con la finalidad de preservar el anonimato y confidencialidad de los participantes, los nombres de los y las entrevistadas son de fantasía. Realizamos las entrevistas previa información de los objetivos del estudio y de acuerdo a la participación mediante el Acta de Consentimiento Informado, con el fin de asegurar los derechos de los participantes. El contacto de los entrevistados estuvo mediado por profesionales de salud.

y terapeutas que trabajan en el área de la salud mental. En lo relativo al género, entrevistamos a veintinueve mujeres y trece varones². Respecto al uso de medicamentos psiquiátricos, de las cuarenta y dos personas entrevistadas, veintisiete reportan consumir psicofármacos, mientras que catorce abandonaron o terminaron y uno nunca inició un tratamiento farmacológico. Al momento de ser entrevistadas, nueve personas afirman practicar psicoanálisis; ocho, terapias holísticas; siete, psicología (terapias cognitivo conductual y sistémica); nueve, reciben tratamiento psiquiátrico-farmacológico y nueve, son usuarias de un espacio que desarrolla un abordaje comunitario de problemáticas de salud mental. El trabajo de campo lo iniciamos a comienzos del 2017 y lo concluimos a fines de 2019.

En las próximas páginas analizamos cómo y a través de qué recursos las personas que participan en espacios psicoterapéuticos y psiquiátricos llegan a considerarse depresivas o con depresión. Para responder a las cuestiones esbozadas arriba, en el siguiente apartado, describimos un periodo de confusión identitaria en el que las personas que sufren y quienes las rodean no comprenden lo que les sucede. De este modo, analizamos en los relatos el pasaje del desconocimiento de padecer depresión al reconocimiento y la adquisición de ese término para referenciar sus estados anímicos e identidades. Luego, en el segundo apartado, trazamos cuatro modos de evidencia que habilitan al uso de la etiqueta de depresión, a saber: crisis biográfica, recibir un diagnóstico psiquiátrico, la participación en terapias y recursos culturales como libros e internet. Por último, concluimos en la relevancia que adquiere el autoetiquetamiento en estos problemas emocionales en escenarios de hiperreflexividad biográfica.

Un periodo de confusión: de un malestar indefinible a la etiqueta de depresión

²Las cifras epidemiológicas en relación a la población mundial indican que la depresión es más frecuente en las mujeres (5,1%) que en los varones (3,6%) (OPS, 2017). Los profesionales entrevistados sostienen que las mujeres consultan con mayor frecuencia y los varones llegan al consultorio con estados depresivos de mayor gravedad. En esta dirección, Lawlor (2012) afirma que las mujeres han sido alentadas a verse a sí mismas como consumidoras activas de servicios médicos, especialmente en la segunda parte del siglo XX, y estaban preparadas para describirse como depresivas cuando se introdujeron fármacos de segunda generación en la década de 1980. Destaca que las campañas dirigidas a educar a los varones para entender cuando pueden estar deprimidos tienden a subrayar la depresión como un problema bioquímico, mientras que las dirigidas a las mujeres incentivan a considerar los sentimientos de bajo estado de ánimo como una enfermedad.

Las personas entrevistadas al contar sobre sus experiencias de depresión suelen situar cuándo comienza esta enfermedad en sus vidas. Es decir, localizan la aparición de la depresión dentro de una temporalidad biográfica específica (“en la infancia”, “en la adolescencia”, “cuando vivía con mis padres”, etc.). Además, esta cuestión se vincula a la dimensión del reconocimiento, esto es, el periodo en el que identifican que padecen depresión. Indagamos en qué momento y cómo *logran darse cuenta* que en determinado período comienza aquello que denominan depresión. Decimos “logran darse cuenta”, puesto que aplicarse este término implica un trabajo interpretativo y de negociación de significados en un escenario social.

Utilizar la categoría de depresión para describirse a sí mismo requiere que la noción exista. Es decir, para que “exista” la depresión o el depresivo tiene que haber voceros que hablen, personas que definan qué es (Latour, 2008). En efecto, el diagnóstico de depresión para que pueda convertirse en una categoría clasificatoria requiere, entre otras cuestiones, del uso por parte de especialistas y legos que pueden aplicarse para identificarse en la misma, esto es, que se auto-perciban como “depresivos”, “depresivas” (Caponi, 2009).

Los relatos biográficos evidencian que en un primer momento las personas no entienden que les pasa, ni tienen palabras suficientes para comunicar lo que les sucede a quienes las rodean. El rótulo de depresión suele adquirirse con posterioridad, puesto que la palabra no forma parte de sus repertorios de descripción identitaria. Por tanto, en este periodo biográfico falta el vocabulario para etiquetar sus experiencias como depresión (Karp, 2017) o disponen de otros términos que no provienen de los saberes del campo médico.

Solamente en los casos en los que la depresión es crónica y con episodios recurrentes la persona intuye ese proceso de retorno de un episodio depresivo. El relato de Leonor, una médica que asiste al psiquiatra y a terapia psicoanalítica, es ilustrativo de esta lógica anticipatoria, difícil de contrarrestar:

Yo ahí ya empecé a sentir los síntomas que yo ya me conozco. Viste, cuanto uno ya padece una cosa se va dando cuenta de que no se está sintiendo bien. Yo tengo un zumbido permanente de hace años, que me molesta. Y a mí la vez anterior cuando me molestó el zumbido yo caí. Entonces, le dije a mi hija, tengo miedo de caer en depresión. Y bueno, fue así. Al poco tiempo entré en depresión, pero esta última vez fue muy profunda. No pude

recuperarme, no me recuperaba. Cada vez peor. Tuve una internación en Rosario, después tuve otra la internación. Es como que se vino todo abajo (Leonor, psicoanálisis, 62).

El relato de Leonor está estructurado a partir de diversos episodios de depresión. En el fragmento anterior la narradora predice y no puede controlar un proceso de caída en depresión. La percepción de síntomas de alerta que anuncian la depresión no impiden detenerla. Por el momento de su trayectoria terapéutica (Jones y Alonso, 2019) ya dispone de esa categoría y considera una posibilidad el regreso de ese sufrimiento. Sin embargo, cuando por primera vez ocurren estos procesos de malestar no se predicen ni se suele saber qué es lo que ocurre.

Como señalamos, existe un periodo de sufrimiento dónde la persona no identifica que lo que le sucede está vinculado a la categoría de depresión. En consonancia con un estudio en base a grupos focales llevado a cabo en Estados Unidos, las personas entrevistadas, en algunas ocasiones, demoran varios años en reconocer que sufren depresión (Epstein et al., 2010). No disponen de marcos cognitivos para dar sentido a sus experiencias. No tiene nombre o tiene otros, para describir lo que le sucede.

En los relatos que siguen las personas entrevistadas cuentan sobre este período de desconcierto, en el que no saben que es lo que les pasa o no vinculan sus estados a depresión. Este estado de confusión individual ocurre en paralelo a las personas que rodean al que sufre. En el entorno impera una “anomia emocional” puesto que están confundidos por los comportamientos de un miembro de la familia y no saben exactamente qué sentir. Esta anomia refleja la alteración de una vida que pasa de la coherencia y la previsibilidad al caos y el desorden (Karp y Tanarugsachock, 2000). En los siguientes fragmentos observamos modos en los que las personas *no se dan cuenta* o *desconocen* lo que les sucede.

La narrativa de Silvia refiere a un primer momento en que no era consciente de que aquello que le sucedía era depresión. Esta mujer, practicante de psicoanálisis y vinculada al ejercicio de la profesión médica no identifica, inicialmente, ese sufrimiento como depresión.

La primera vez que yo sentí algo a lo cual llamé depresión, bueno después llamaron depresión, porque en ese momento no lo sabía, fue después del parto de mi primer hijo. Yo sentía una gran angustia. Quería irme de mi misma. Esa es la palabra, quería salirme de mi misma porque me era

insoportable. Porque es un momento muy difícil el puerperio. Yo era muy joven, muy jovencita. Y fue algo que lo sostuve, lo soporté y pensé que lo había superado. Ese fue el primer episodio que yo puedo decir retrospectivamente, ahí me sentí deprimida. Fue la primera vez que me sentí deprimida. A pesar de que yo estudiaba medicina, en el momento no lo atribuí a nada (Silvia, psicoanálisis, 56).

En el relato, Silvia visualiza que es una interpretación retrospectiva la que le permite identificar estados anteriores con el término de “deprimida”. La categoría aparece como “contagio semántico” (Hacking, 1995), puesto que es un término que proveniente del ámbito especializado del saber es reapropiado por las personas legas para describir sus comportamientos y emociones. Así, en el momento en el que transita esos estados no dispone de la categoría. Acompañada a una primera ausencia de esta noción, hay una falta de atribución causal para explicar ese malestar. Vincular ese estado emocional a la depresión es el resultado de un trabajo posterior, producto de su trayectoria terapéutica.

Otros relatos sirven para ilustrar sobre este período biográfico caracterizado por el *irreconocimiento* o *no darse cuenta de la depresión*. Ángeles, una madre que recibe tratamiento farmacológico psiquiátrico, alude a un tiempo en el que no sabe qué le pasa internamente: “Yo no sabía lo que me estaba pasando. Solamente sentía ese sentimiento, ese vacío de querer irme”. De manera semejante a Silvia, alude a un estado interior y un deseo de querer salirse de sí que no tiene, en ese entonces, un nombre conocido. La desviación emocional emerge como la percepción de sentimientos incongruentes entre lo que siente y lo que debería sentir. Por su parte Ernesto, un abogado que se manifiesta crítico respecto a las experiencias con psicoterapias, sostiene:

Yo creo que la depresión es algo que muchas veces uno atraviesa y no le pone un rótulo. Por lo menos yo no le puse ningún tipo de rótulo. Es algo que se vive no más y no sabés qué es lo que está pasando (Ernesto, psiquiatría, 30).

De acuerdo a Ernesto, la depresión es un estado que es transitado sin etiquetas y sin conocimiento de qué es lo que sucede. En esta línea, Jorgelina –usuaria de servicios de salud mental en un espacio de tratamiento integral– afirma: “Ese nombre de depresión se lo puse después. Como que caí, la pasé mal. En mi casa, en todos lados”. El nombre es puesto por ella –y no por un especialista– en un periodo posterior a la crisis. Al respecto Patricia, la

mujer con mayor edad que entrevistamos, afirma:

No tenía problemas antes, era una mujer muy activa. Tenía tres hijos y siempre cociné, lavé, planché todo para los chicos, siempre andaba. Y de repente me encuentro con una sensación rara en el cuerpo, que yo decía: «¿qué será esto que me pasa?» y no sabía que eso era una depresión. (Patricia, psiquiatría, 76)

La emergencia de una sensación extraña que conduce a cuestionar qué será que le está pasando se basa en la alteración de la percepción que tiene Patricia de sí misma, como persona activa en las labores domésticas. Por otra parte, Ignacio, un joven abocado al ejercicio de prácticas terapéuticas holísticas, cuenta sobre un periodo de irreconocimiento de padecer depresión:

Yo no me daba cuenta de que era una depresión, sino como que pensaba que era algo normal. No caía que estaba todo el tiempo al palo y por ahí me agarraban bajones re fuertes y eso de no querer levantarme era como un reflejo de todo lo que hacía. No paraba. Cuando paraba como que me agarraba del todo. Más que nada un estado anímico muy bajo, muy infeliz, sin sentido. Pero no reconocía a esa edad como depresión. Lo entendí después, mucho más adelante (Ignacio, holística, 29).

En un primer momento Ignacio no asociaba lo que le pasaba (estado anímico “muy bajo”, “sin sentido”, “muy infeliz”) a la depresión. Se trata de una naturalización de los estados emocionales percibidos en aquel entonces como normales. Estar activo, en una diversidad de actividades, le permitía escapar provisoriamente a ese malestar, puesto que la aceleración aparece como vía de escape (Rosa, 2016). Un caso similar a los anteriores es el de Daia, estudiante avanzada de comunicación social. En su relato la ansiedad dificulta percibir su depresión, que logra identificar con posterioridad, “saliendo” de esos estados.

Lo asocié con la depresión no tanto porque me hayan dado antidepresivos, sino también porque yo estaba, me sentía así como desganada. Lo que pasa que también la ansiedad te genera enroscarte en un mambo que no te permite por ahí identificar que por ahí también estas como sin muchas ganas de hacer cosas, o que te la pasas encerrada. Yo me la pasaba, no sé, encerrada, mirando tele. Como que me costaba mucho también salir. Yo tampoco no me di cuenta también hasta después. Un montón de gente me dijo, che pero vos estás como muy bajón. Mis amigas de toda la vida que me

conocen de antes, como que vieron que yo estaba mal, digamos. Sin las mismas ganas de hacer cosas que antes. Pero en ese momento no lo identificaba así como una depresión (Daia, psicología, 28).

A diferencia de otros relatos, las voces de otros significativos contribuyen a *hacer ver* que está mal. El reconocimiento o trabajo de asociación con la depresión, de forma semejante a los anteriores relatos, es posterior. Como último ejemplo de no reconocimiento, presentamos un fragmento del relato de Lucrecia. Esta joven, estudiante de medicina, pasa por un primer período de depresión que en su momento no identifica, ni su familia, de esa manera:

A los quince años yo estaba triste, por lo menos nosotros tenemos una historia de que había fallecido mi mamá cuando yo era chiquitita. Entonces, podía ser que yo este triste nada más, no de una depresión. Pero sí, ahora que uno entiende lo que yo tuve a los quince años, de faltar dos meses a la escuela o cosas así, era una depresión. Totalmente (Lucrecia, psicoanálisis, 26).

En el caso de Lucrecia, la adquisición de nuevos marcos de referencia, producto de otros acontecimientos y su participación en espacios terapéuticos, le permite revisar su etapa anterior. Por tanto, producto de su carrera terapéutica logra establecer enlaces con sucesos previos. Lo que vive con posterioridad contribuye a observar que aquellos momentos que consideraba eran de mucha tristeza se trataba, en realidad, de depresión.

En síntesis, los relatos biográficos describen un periodo de confusión identitaria. Las personas transitan por un malestar que en aquel entonces es innominado. En ese tiempo biográfico no saben qué les pasa y no disponen de una etiqueta clasificatoria que otorgue determinado sentido, aunque identifican que “algo va mal” interiormente. Se trata de la percepción de una desviación emocional (Thoits, 1985) basada en la conciencia de inadecuación entre lo que siente ante eventos externos y lo que debería sentir. Las personas asumen que rompen normas emocionales de forma involuntaria o fallan regularmente en su gestión de las emociones frente a otros. Las consideraciones de que los estados emocionales no son los adecuados frente a las situaciones que viven suelen preceder a los juicios o diagnósticos de especialistas. En muchas ocasiones el autoetiquetamiento anticipa a la etiqueta externa.

Modos de reconocimiento de la depresión

En las entrevistas analizadas diferenciamos en: un primer momento de falta de reconocimiento

y en otro de descripciones de sí mismos mediante la aplicación del término depresión. Las personas entrevistadas a menudo manifiestan un tránsito desde no saber qué sucede a identificar que aquello que les pasa está asociado a depresión. Localizamos cuatro formas de darse cuenta o asumir la etiqueta de depresión, a saber: a partir de crisis vitales o episodios agudos; reconocimiento mediante diagnósticos; a través de la realización de terapias; y, finalmente, reconocimiento por medio de recursos culturales.

La primera de estas formas de reconocimiento, es a partir de una crisis o punto culmine. Uno de los relatos que ilustran esta modalidad narrativa es el de Julián, quien antes de finalizar sus estudios de contador empieza a darse cuenta que no es la profesión de la cual quiere vivir. Luego, sus primeras experiencias laborales refuerzan su distancia de su formación. En su relato distingue dos instancias que obedecen a un proceso gradual desde la depresión psicológica a una depresión fisiológica. Acorde con los fragmentos del apartado anterior, cuenta que “algo anda mal” pero no sabe exactamente qué:

Hubo dos momentos. Uno que no me daba cuenta que me estaba deprimiendo, pero sentía que algo andaba mal. Y otra que ya me di cuenta que me deprimí, porque fisiológicamente me sentía casi ya un discapacitado. Eso es la forma de describirme, porque me funcionaban todas las funciones vitales del cuerpo, pero tenía un desgano total, una desmotivación total. Me había puesto muy sensible, cualquier cosa me largaba a llorar. Yo soy una persona sensible pero no a ese nivel. Me puedo largar a llorar por una película, pero de golpe estar hablando con alguien y largarme a llorar sin motivos, eso no. Cuando empezó a pasar eso delante de mi viejo. Que llorar delante de mi viejo sería raro. Entonces ahí dije, algo me está pasando. Cómo le estaba contando algo y me largué a llorar, pero sin poder contenerme. Cuando ya empecé a sentir síntomas, ya tenía mucho sueño, mucho desgano, y ahí fui bajando como en picada hasta un punto de que quería estar encerrado, no quería ver la luz del sol (...). A ese nivel te lo digo. Yo soy una persona sociable. Y ahí me di cuenta de que había caído en depresión (Julián, holística, 33).

Julián realiza una descripción detallada de esa depresión *fisiológica* que, en cierto modo, no le permite reconocerse a sí mismo. Acorde a la concepción Bamberg (2011) el narrador establece comparaciones de sí mismo a través del tiempo. En su relato: estaba mucho más sensible de lo común, incapaz de socializar a pesar de concebirse como sociable. De esta forma, percibe que esos estados no

son su normalidad. Esta desviación emocional (Thoits, 1985) consiste en llorar de forma inadecuada y de este modo romper las reglas de conducta. También involucra una falla pública en el control del “trabajo emocional” (Hochschild, 2008). En este proceso en el que *cae en picada* logra darse cuenta cuando entra en una depresión “psicomotriz”, más profunda. Como en otras entrevistas, la agudización de su crisis torna evidente para la persona que se encuentra en depresión.

La segunda forma de reconocimiento, como adelantamos, es a partir del diagnóstico psiquiátrico. Este ritual opera como un modo de evidencia que organiza, legitima y da sentido a situaciones de padecimiento y, simultáneamente, enmarca la relación médico-paciente (Mantilla y Alonso, 2015). El relato de Paulina ilustra este mecanismo de apropiación del término de depresión. En la entrevista recuerda el uso de esta categoría para pensarse a partir del diagnóstico de la psiquiatra. Comenta que, durante el primer año de estudio universitario, cuando estudiaba antropología, regresaba llorando desde Rosario a Santa Fe:

Asocié lo que me pasaba con depresión con el primer diagnóstico de una psiquiatra. Cuando yo cumplí dieciocho años y me volvía todos los fines de semana, volvía llorando. No me gustaba nada, no quería estar en ningún lado. Ahí empezamos a buscar con mi mamá una psiquiatra. Averigué de una persona que conoce y que tenía de confianza. Y nos derivó a una de Rosario y esta mujer me diagnóstica con depresión. Ahí me da una medicación, me hace hacer estudios de serotonina y de distintos indicadores de neurotransmisores. Tenía siempre baja la serotonina, que regula el humor, regula el sueño también, entre otras cosas (Paulina, psiquiatría, 32).

Paulina desarrolla una narrativa centrada en la biología y en la herencia para explicar el origen de la depresión. En este relato conforme a la teoría del etiquetamiento (Scheff, 1999) la adquisición del rotulo se produce por el intercambio con el profesional. La etiqueta que asume como válida se sustenta en la mirada psiquiátrica y en los estudios médicos. Estuvo varios años sin saber por qué se sentía de esa manera, sin poder atribuírselo a condiciones externas ni internas:

Al principio era no sé por qué estoy así. Y ni idea, en blanco. Creo que después, en un momento cuando empecé a hacer esa observación. Y empecé a hacer esa línea de herencia femenina en mi familia. Dije bueno, parece que hay algo. Entonces parece que

sí, que es biológico. Pero al principio en esa época de la secundaria, desde los quince a los dieciocho años, yo no lo podía atribuir ni a biológico, ni a lo psicológico. Sabía que no estaba pasando nada malo. Nada que me justifique estar así. Entonces no entendía porque me pasaba eso, entonces ese dolor no sabía de dónde venía. Después sí. Yo sigo convencida de que lo más importante es la biología, algo químico que no está funcionando como debería, no está regulando bien (Paulina, psiquiatría, 32).

En el relato de Paulina observamos un reconocimiento posterior de la depresión a partir del diagnóstico psiquiátrico y la explicación de la profesional fundamentada en estudios clínicos. Algo va mal pero no logra elaborar un sentido personal de la confusión hasta no disponer de un aparato conceptual para dar significado a esa experiencia (Karp, 2017). La percepción de desviación emocional se basa en un malestar sin objeto, que no es posible explicar antes del diagnóstico psiquiátrico y los estudios biológicos. La angustia física inexplicable a menudo se expresa como un diagnóstico psiquiátrico (Jutel, 2011) que brinda determinado sentido al sufrimiento. Como en varias entrevistas analizadas, el relato expresa el pasaje de una ausencia de entendimiento del malestar a una explicación biológica-hereditaria. En otras palabras, de una falta de atribución a desarrollar una comprensión de la depresión a partir de lineamientos conceptuales extraídos de la psiquiatra.

En la narrativa de Paulina, el diagnóstico psiquiátrico le permite comprenderse. Adhiere sin inconvenientes a la explicación de la profesional. Es ella la que acompañada de su madre busca y asiste a especialistas para entender lo que le sucede. Diferente es el relato de Alina, una abogada que por sus problemas de salud tuvo que dejar prematuramente el ejercicio de la profesión. Narra otro modo de reconocerse con depresión a partir del psiquiatra, puesto que el diagnóstico no es admitido inmediatamente. Como en otras entrevistas, asumir sufrir depresión implica la negociación de significados con especialistas y allegados. Conducida al profesional para satisfacer las demandas del entorno familiar, en ella el diagnóstico genera un impacto, algo inesperado que negaba y aún le cuesta asumir frente a otros:

Que me diagnosticaran depresión fue un choque para mí. Porque yo veía a mi mamá depresiva y veía otro tipo de conducta en mi mamá. No la que me veía yo. O sea, yo no me daba cuenta de que estaba depresiva. No caía en la cuenta de que yo estaba depresiva porque era una autonegación mía. Yo me negaba a decir que era depresiva. Es

más, hasta el día de hoy cuando me dicen vos estas depresiva, yo le digo no, no estoy depresiva. Y a lo mejor sí, estoy súper depresiva. Pero mi primera reacción, es decir, no yo no estoy depresiva. No soy depresiva. Yo veo las cosas desde otro ángulo (Alina, psicoanálisis, 63).

Alina en la situación en la que elabora la narrativa sostiene que era una “autonegación” que obstaculiza darse cuenta que estaba depresiva. De acuerdo a la concepción clásica del etiquetamiento el desviado rechaza el rotulo que le asignan (Becker, 2009). Alina en ese momento no adhiere a la etiqueta que asignan las personas del medio, incluso una vez admitido elabora estrategias de ocultamiento de sus estados frente a otros. En el siguiente fragmento cuenta acerca de dos diagnósticos que recibe por parte del personal médico:

Se comprobó que tenía deterioro cognitivo. Y por supuesto la depresión era típica que la tenía. Se notaba con sólo hablar, con sólo verme andar, caminar, que yo estaba muy depresiva. Me la diagnosticó el psiquiatra también a la depresión. Yo dije que estaban equivocados, que yo no estaba depresiva. Mi primera impresión fue de negación. Yo no soy depresiva, yo soy positiva, yo le doy para delante. Yo no siempre fui así. Mi hermano dijo una frase: para Alina no hay imposibles. O sea, no hay nada que a mí me dijeran no, que yo no pudiera convertir en sí (Alina, psicoanálisis, 63).

Alina en el momento del relato señala como incuestionable que estaba depresiva, algo que expresaba corporalmente. No obstante, ella no reconocía ese estado en el contexto de interacción con el profesional. Además, la dificultad para adherir a esa etiqueta diagnóstica está asociado al cambio en su identidad. En efecto, ser alguien que está con depresión trastoca la imagen de sí misma como una persona positiva, capaz de todo. Implica asumir que requiere antidepresivos y ayuda profesional para estar mejor. Le dijo al psiquiatra que ella no estaba depresiva:

Se lo dije al momento al psiquiatra. Y él me dijo que no tenía nada que ver lo que yo decía. Que había cosas en mi conducta que mostraban que yo estaba depresiva. Y me las enumeró, además me dijo: esto es así, así y así. Caí en la cuenta de que sí, de que tenía razón. Porque yo ya venía pensando en la idea del suicidio, de no querer seguir adelante. O sea, no lo hacía, pero tenía esa idea. Entonces, una persona que no tiene depresión no hace esas cosas. Bueno, esa fue una de las tantas que me enumeró el psiquiatra (...).

Les conté el diagnóstico a mis hijas y a mi madre. Y ellas estaban de acuerdo. Ellas visualizaban lo que yo no veía. Ellas se daban cuenta de que yo estaba depresiva y yo no me daba cuenta (Alina, psicoanálisis, 63).

A pesar de su inmediata negación del diagnóstico de depresión, luego reconoce que estaba depresiva. A diferencia de Paulina, Alina recurre al psiquiatra por exigencias de la familia y no por propia voluntad. El trabajo terapéutico implica, en primera instancia, convencer de la desviación al cliente (Thoits, 1985). La forma de darse cuenta es a través de la enumeración de síntomas de depresión por parte del psiquiatra. El entorno refuerza el diagnóstico de depresión, puesto que sus hijas y su madre consideraban –a diferencia de ella– que estaba depresiva. Tomar conciencia, darse cuenta es, como señalamos, un trabajo interpretativo que requiere del aporte de otros, en este caso del profesional y su círculo próximo. Las personas que reciben un diagnóstico de depresión manifiestan ambivalencias respecto de su identidad. Por una parte, sienten alivio al encontrar una explicación a sus comportamientos y emociones, así como el reconocimiento de la validez de sus problemas en el ámbito de interacción familiar y laboral. Por otra parte, enfrentan el estigma interno asociado con la “enfermedad mental” (Ridge y Ziebland, 2012).

El tercer modo de reconocimiento de la depresión es generado a través de la realización de terapias. El relato de Alicia, una enfermera que, a causa de determinados acontecimientos laborales, es trasladada para que continúe su labor en otra institución pública, sirve para ilustrar este modo de darse cuenta. Las negociaciones de significados en el marco de las terapias contribuyen a considerarse en depresión, aunque no utilicen explícitamente un diagnóstico. El equipo terapéutico provee marcos referenciales (Goffman, 2003) que le hacen ver, que estaba con depresión.

En realidad, yo me di cuenta encarando ya el tratamiento de que había entrado en una depresión. Pero porque me lo hizo ver el equipo terapeuta que me estaba viendo. La psiquiatra, la psicóloga, la asistente social. Un día estaba trabajando sola y una chica que les estaba vacunando a los chicos, una chica que estaba muy, muy, papeada, me agrede con una faca. Bueno, eso fue un 23 de diciembre, yo soy sola con mis tres hijos. Y bueno, esa noche no dormí, el 24 tampoco, 25 tampoco. Y dije esto no es normal. Entonces me fui a La Merced. Y ahí me dijeron vos no volves a trabajar. Vos vas a ver un terapeuta que se ocupe

de tu problema. Y ahí sí, ahí me había dado cuenta de que había entrado en una depresión (Alicia, psicología, 45).

En el relato de Alicia la causa manifiesta o el desencadenante final fueron los problemas vinculados a la salud física, las continuas relocalizaciones laborales y las situaciones de violencia que conducen a una crisis de tres días sin dormir. Ir a la clínica privada se basa en asumir que: “esto no es normal”. La consulta se origina por su propia iniciativa al identificar la desviación respecto a lo que le pasa. Por otra parte, exponemos fragmentos de la narrativa de Ignacio que logra darse cuenta de su depresión a partir de terapias holísticas. La falta de reconocimiento reside en que vivía en una “ilusión”:

Empecé a reconocerme como una persona que estaba depresiva, yo no lo veía porque vivía en una constante ilusión. Vivía todo el tiempo al palo, todo el día haciendo cosas. Distrayéndome constantemente, saliendo a bailar, consumiendo drogas, al palo. Estaba en un proceso de sedación. Era una persona re depresiva pero no llegaba a reconocerme como persona depresiva. Entonces lo que hacía era estar constantemente activo para no estar en esa depresión. Y desde que empecé a conocer todas estas terapias que te menciono es como que me fui dando cuenta de que sí, era una persona depresiva. Porque pasaba mucho tiempo acostado en la cama, sin ganas de levantarme (Ignacio, holística, 29).

Las terapias holísticas son las que contribuyen a quitar el velo de la ilusión en la que vivía. Esta quimera no le permite observarse como persona depresiva, ni ver el mundo de modo más realista. Las drogas, las fiestas, “estar al palo” operan como formas de evasión de esos estados a los que, ahora, vincula a depresión. Pasaron varios años para relacionar lo que le sucedía con este padecimiento subjetivo. La etiqueta de depresión favorece una reinterpretación retrospectiva de su pasado. Esta tercera modalidad de reconocimiento aparece con insistencia en los relatos. Las personas destacan un trabajo reflexivo en el marco de terapias que permiten asumir el término de depresión para refigurar sus vidas.

La cuarta y última forma de reconocimiento de la depresión proviene a partir de recursos culturales. De modo similar al primer modo de darse cuenta, el término es adquirido por fuera de la participación en instituciones terapéuticas. En estos relatos la lectura de libros y búsqueda en internet sirven para identificar que lo que les sucede se relaciona con depresión. Silvia cuenta que toma conciencia a partir

de la lectura:

Cuando me estaba terminando de recibir. Cuando estaba por entrar a residencia. Yo leí un libro: *La náusea*, de Sartre. Eso sí es un hito. Eso sí te puedo decir, que a partir de ahí yo tomé conciencia. Y me dije: «tengo depresión». Hoy lo puedo analizar desde otro lugar, pero en ese momento yo lo iba leyendo y me iba angustiando y me iba deprimiendo. Tal es así que yo evitaba que las cosas me caigan mal porque asociaba la náusea con angustia. Con algo de la angustia de lo insoportable (Silvia, psicoanálisis, 56).

Para Silvia “la angustia de lo insoportable” es el modo de comprender su depresión. Relata que mediante la lectura del libro *La Náusea* de Jean Paul Sartre permite identificar que tenía depresión. Se dice a sí misma: “tengo depresión”. En efecto, formada en saberes y prácticas del mundo médico, no obstante, es la literatura de cuño existencialista la que le permite identificar que padece depresión. Por su parte, Mariano –practicante de terapias holísticas y estudiante de psicología social– se auto-diagnostica leyendo por internet. La web emerge como proveedora de insumos para su revisión biográfica y diagnóstica:

Cuando empecé a salir, ahí me di cuenta. Fue cuando me di cuenta, estoy depresivo. Cuando me dije, busqué en internet, o sea ni siquiera un psicólogo. Tengo un amigo psicólogo me dijo vos tenés una depresión ansiosa. Pero yo previamente a que él me lo diga me auto-diagnostiqué solo, mirando en internet mis síntomas. Como buen millennial, me la paso en Google. Empecé a leer por internet algunas cosas, pero poquito porque no tenía mucha atención, no podía leer algo continuado (Mariano, holística, 33).

Mariano apenas recobra fuerzas y concentración consigue, mediante recursos de internet, auto-diagnosticarse con depresión. Este trabajo de autoetiquetamiento es elaborado de forma individual y es reforzado –posteriormente– por un psicólogo amigo. Esta modalidad está presente en las personas más jóvenes que integran la muestra. Estas proceden a realizar auto-diagnósticos, ingresan a los foros de chat para depresivos y grupos de Facebook donde comparten un conjunto de discusiones. Además, buscan en Google sobre sus síntomas, como paso previo, muchas veces, a compartir con conocidos o consultar a profesionales. Como en otros padecimientos crónicos, como la migraña, en ocasiones el diagnóstico de expertos por formación confirma lo que quienes padecen ya saben o intuyen (Del Monaco, 2017). Las personas son expertas en

apropiarse de los discursos de depresión (Epstein et al., 2010) para pensar en sus biografías.

En las sociedades contemporáneas asentadas en culturas terapéuticas (Papalini, 2015; Furedi, 2004) y diagnósticas (Brinkmann, 2016) las subjetividades manifiestan una elevada autorreflexión y disponen de ingentes recursos informacionales para pensarse (Fee, 2000; Giddens, 1997). La etiqueta de depresión como desviación emocional se produce principalmente, a partir de un trabajo de autoetiquetamiento que consiste en percibir su modo de estar en el mundo como anormal respecto de sí mismo y de otros.

En síntesis, a través del análisis de las narrativas biográficas presentamos cuatro modos a partir de los cuales las personas reconocen sufrir depresión. A través del análisis de los relatos biográficos destacamos que –a diferencia de la concepción del etiquetamiento como reacción social al comportamiento de otros– desde las perspectivas de quienes sufren depresión en la mayor parte de las entrevistas este rotulo es buscado para dar sentido a emociones y comportamientos percibidos como desviados. A veces esta etiqueta proviene a partir de crisis que lo vuelven evidentes para sí mismo, en otras ocasiones requiere del trabajo colaborativo con terapeutas, el diagnóstico psiquiátrico o el uso de recursos culturales para refigurar sus biografías.

Conclusiones

Al inicio de este artículo nos preguntamos acerca del proceso por el cual una experiencia de sufrimiento o tristeza se vincula desde el punto de vista de quienes la vivencian con la noción de depresión. Enfatizamos en que esta cuestión tiene sentido en padecimientos asociados a lo anímico puesto que no hay nada en el conjunto de sentimientos y emociones que permitan trasladar mecánicamente el sufrimiento personal a un término proveniente de la psiquiatría. En efecto, relacionamos lo que sucede a la amplia noción de depresión porque, en el marco de culturas terapéuticas, manejamos vocabularios psicológicos para pensarnos, a veces antes de involucrarnos en espacios terapéuticos. De este modo, la depresión es un logro interpretativo que conduce a utilizar este término para describirnos y otorgar sentido a lo que nos sucede.

Volverse depresivo o con depresión es un proceso de adquisición de una etiqueta identitaria para problemas emocionales que implica un trabajo individual y colaborativo. Las entrevistas analizadas presentan el tránsito del desconocimiento al

reconocimiento de padecer depresión. En el periodo biográfico de adquisición del rótulo para referenciarse distinguimos diversos modos de *darse cuenta* que la siguiente tabla sintetiza.

Tabla 1: Del desconocimiento al reconocimiento y sus formas darse cuenta

Del desconocimiento al reconocimiento	
Las personas atraviesan una fase de confusión en la que no disponen el lenguaje o no vinculan su situación con el término depresión. Luego se "dan cuenta", "toman conciencia", "reconocen" que sufren depresión a través del autoetiquetamiento o la aceptación del etiquetamiento de otros	
Narrativas de reconocimiento de la depresión	La significación de malestar les permite darse cuenta a las personas que atraviesan una depresión
Reconocimiento a partir de una crisis vital	El diagnóstico psiquiátrico de especialistas proveen la etiqueta identitaria
Reconocimiento mediante diagnósticos	El trabajo terapéutico con psicólogos y especialistas contribuyen a adquirir el rótulo de depresión
Reconocimiento mediante terapias	A través de recursos como internet y lectura de libros la persona llega a reconocer que se encuentra en depresión
Reconocimiento a partir de recursos culturales	

Fuente: elaboración propia.

En estas cuatro formas de reconocimiento hallamos que el proceso de autoetiquetamiento adquiere una mayor presencia que la desviación adherida a partir de juicios de terceros. Esta desviación emocional autoidentificada y gestada de modo privado abona la idea de sujetos reflexivos que monitorean sus estados emocionales en función de las normas culturales incorporadas. En efecto, son los agentes que padecen quienes inician voluntariamente sus consultas a terapeutas y realizan diagnósticos legos de sus situaciones, al identificar problemas de autocontrol de las emociones. Contraria a la concepción del etiquetamiento como imposición externa, los relatos suelen resaltar la agencia

individual en la búsqueda de nombrar, simbolizar y dar sentido a las emociones y prácticas percibidas como anormales.

Este proceso de volverse depresivo conlleva consecuencias identitarias. Por una parte, esta etiqueta asociada a la enfermedad psíquica facilita la desresponsabilización del malestar al explicar el origen por una disfunción orgánica, desbalance químico y, simultáneamente, permite justificar los comportamientos como manifestaciones de la misma. Esta categoría del lenguaje médico incita a observarnos a nosotros mismos –más que a partir de reglas morales– a través de normas de salud y enfermedad –que implícitamente define nuestras orientaciones normativas. Por tanto, la etiqueta de depresión en algunas ocasiones desplaza una descalificación moral por un problema de salud.

Por otra parte, quienes adscriben a la categoría de depresión suelen considerarla como un fenómeno de índole individual. Estas concepciones se encuentran legitimadas por saberes expertos de la psiquiatría, con su capacidad para certificar, categorizar, nombrar y diagnosticar enfermedades sobre cuerpos de forma descontextualizada y desvinculada de los procesos sociales que modelan sus experiencias (Del Monaco, 2015). De esta manera, el diagnóstico y la etiqueta de depresión operan como mecanismos de "soportabilidad social" que evita y oculta el conflicto social (Scribano, 2007). Este modo de caracterizarla privatiza las causas y formas de reparación del malestar. Las raíces sociales y políticas del sufrimiento etiquetado como depresión son invisibilizadas mientras que, inversamente, el malestar se individualiza. En efecto, la etiqueta de depresión promueve una despolitización del sufrimiento al hacer ver como una falla o déficit individual las injusticias y contradicciones del capitalismo tardío.

Más allá de las ambivalencias que implica asumir el rótulo de depresión destacamos la relevancia que adquiere en las sensibilidades contemporáneas el autoetiquetamiento en escenarios de hiperreflexividad biográfica. La marcada agencia en el proceso de adquisición de una etiqueta -provisoria y polisémica- se comprende en el contexto histórico de "reflexividad institucional" (Giddens, 1997:10). Esta coyuntura histórica promueve el desciframiento de sí mismo a partir del uso de un conjunto de categorías provenientes de sistemas expertos que trascienden el discurso especializado de la psiquiatría o de las profesiones de salud mental (Fee, 2000; Ridge, 2018). Diversos términos psicológicos son reapropiados por parte del público lego a fin de dar cuenta de comportamientos, emociones e

identidades. En efecto, en “culturas diagnósticas” (Brinkmann, 2016) las personas interpretan sus sufrimientos a la luz de nociones psiquiátricas. Dentro de este modo de vigilarnos, la depresión –palabra de contornos difusos– es ampliamente utilizada para auto-diagnosticarse.

Referencias bibliográficas

ARAUJO, K. (2006) “Depresión: síntoma y lazo social”. En Bongers, W. y Olbrich, T. (Eds.) *Literatura, cultura, enfermedad*. Buenos Aires: Paidós, pp. 191-211.

BAMBERG, M. (2011) “Who am I? Narration and its contribution to self and identity”, *Theory & Psychology* N°1, (21), p. 3-24.

BECKER, H. (2009) *Outsider: hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

BERICAT, E. (2012) “Emociones”. *Sociopediatria*, pp.1-13.

BRINKMANN, S. (2016) *Diagnostic cultures: A cultural approach to the pathologisation of modern life*. New York: Routledge.

CAPONI, S. (2009) “Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión”. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* N°13 (29), p.327-338.

DEL MONACO, R (2015) “Cuerpos y emociones en procesos de salud, dolor y enfermedad”. En Scribano, A. (Dir.) *Los estudios sociales sobre cuerpos y emociones en Argentina: un estado del arte*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora, pp. 83-104.

DEL MONACO, R. (2017) *Idiomas del dolor crónico: experiencias y saberes a partir de la migraña*. Buenos Aires: Biblos.

DI LEO, P. (2019) “Construcción narrativa del yo y agencia en personas en tratamiento por consumo de drogas en organizaciones religiosas y espirituales”. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, (80), p. 8-26.

EHRENBERG, A. (2000) *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

EPSTEIN, R. M., DUBERSTEIN, P. R., FELDMAN, M. D., ROCHLEN, A. B., BELL, R. A., KRAVITZ, R. L., PATERNITI, D. A. (2010) “«I didn't know what was wrong:» How people with undiagnosed depression recognize, name and explain their distress”. *Journal of General Internal Medicine* N°25 (9), p. 954-961.

FASSIN, D., Y RECHTMAN, R. (2007) *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*. París: Editions Flammarion.

FEE, D. (2000) “The Project of Pathology:

Reflexivity and Depression in Elizabeth Wurtzel's Prozac Nation”. FEE, D. (Edit.) *Pathology and the Postmodern: Mental Illness As Discourse and Experience Inquiries in Social Construction*. London: Sage Publications, p. 74-99.

FRANK, A. (2010) *Letting stories breathe: a socio-narratology*. Chicago: University of Chicago Press.

FUREDI, F. (2004) *Therapy Culture. Cultivating vulnerability in an uncertain age*. London, USA and Canada: Routledge.

GIDDENS, A. (1997) *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península.

GOFFMAN, E. (2003) *Frame analysis. Los marcos de la experiencia*. Madrid: Centro de investigaciones sociológicas.

GOOD, B. (2003) *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.

GRIPPALDI, E. (2019) “Después de la caída. Estudio comparativo de relatos de vida de personas en espacios terapéuticos de internación y terapia grupal por consumo de drogas”. En Meccia, E. (Edit.), *Biografías y sociedad. Métodos y perspectivas*. Santa Fe: Ediciones UNL y Eudeba, pp. 129-160.

HACKING, I. (1995) *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*. Princeton: Princeton University Press.

HOCHSCHILD, R. A. (2008) *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Madrid: Katz.

HORWITZ, A. V. y WAKEFIELD, J. (2007) *The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*. New York: Oxford University Press.

HORWITZ, A. V. (2011) “Creating an Age of Depression: The Social Construction and Consequences of the Major Depression Diagnosis”, *Society and Mental Health*, N°1, (1), pp. 41-54.

JONES, D. y ALONSO, P. (2019) “El desafío de la cronicidad. Trayectorias terapéuticas y adherencia de personas viviendo con VIH en tratamiento antirretroviral”. En MECCIA, E. (Edit.), *Biografías y sociedad: métodos y perspectivas*. Santa Fe: Ediciones UNL y Eudeba, pp. 161-184.

JUTEL, A. (2011) *Putting a Name to it*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

KARP, D. (2017) *Speaking of sadness. Depression, disconnection, and the meanings of illness*. Estados Unidos: Oxford Press.

KARP, D., Y TANARUGSACHOCK, V. (2000) “Mental illness, caregiving, and emotion management”. *Qualitative Health Research* N°10 (1),

p. e6-25.

KLEINMAN, A., Y GOOD, B. (1985) *Culture and depression. Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press.

KLEINMAN, A. (1988) *Illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Estados Unidos: Basic Books.

LATOUR, B. (2008) *Reensamblando lo social: una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Manantial.

LAWLOR, C. (2012) *From melancholia to Prozac: A history of depression*. New York: Oxford University Press.

MANTILLA, M. J., Y ALONSO, P. (2015) "Transmisión del diagnóstico en psiquiatría y adscripción de identidades: Perspectivas de los profesionales". *Interface: Comunicação, saúde, educação* N°19 (52), p. 21-32.

MARGULIES, S. (2014) *La atención del VIH-SIDA. Un estudio de antropología de la Medicina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras.

MECCIA, E. (2019) "Una ventana al mundo. Investigar biografías y sociedad". En Meccia, E. (Edit.), *Biografías y sociedad. Métodos y perspectivas*. Santa Fe: Ediciones UNL y Eudeba, p. 25-62.

PAPALINI, V. (2015) *Garantías de felicidad. Estudio sobre los libros de autoayuda*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.

OMS (2020) Depresión. Organización Mundial de la Salud, 30 de enero de 2020 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression> [fecha de acceso: 27 de mayo de 2020].

OPS (2017) *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, Organización Panamericana de la Salud.

PILGRIM, D., Y BENTALL, R. (1999) "The medicalisation of misery: A critical realist analysis of the concept of depression". *Journal of Mental Health* N°8 (3), p. 261-274.

RECODER, M. L. (2011) "Experiencia de enfermedad y narrativa. Notas etnográficas sobre vivir con VIH/Sida". *Papeles de Trabajo*, N°21, p. 80-98.

RIDGE, D., Y ZIEBLAND, S. (2012) "Understanding depression through a "coming out" framework". *Sociology of Health and Illness*, N°34(5), p. 730-745.

RIDGE, D. (2018) "Making sense of the evolving nature of depression narratives and their inherent conflicts". *Subjectivity*, N°11(2), p. 144-160.

ROSA, H. (2016) *Alienación y aceleración*. Buenos Aires: Katz.

SCRIBANO, A. (2007) "¡Vete tristeza... viene con pereza y no me deja pensar! Hacia una sociología del sentimiento de impotencia". En Scribano, A. y Zamora, R.L. (Comps.), *Contigo Aprendí. Estudios Sociales sobre las emociones*. Córdoba: Editorial CEA-CONICET-Universidad Nacional de Córdoba- CUSCH, Universidad de Guadalajara, pp. 21 - 42.

SCRIBANO, A. (2012) "Sociología de los cuerpos/emociones". *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES*. N° 10(4), pp. 93-113.

SCRIBANO, A. y D'HERS, V. (2018). "Las sensibilidades sociales hoy. Sociología de los cuerpos/emociones en el sur global". *Controversias y concurrencias Latinoamericanas*, N°10(17), p. 11-15.

SCHEFF, T. (1999) *Being mentally ill*. New York: Aldine de Gruyter.

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

TRIVELLI, E. (2014) "Depression, performativity and the conflicted body: An auto-ethnography of self-medication". *Subjectivity*, N°7(2), p. 151-170.

USSHER, J. M. (2010) "Are we medicalizing women's misery? A critical review of women's higher rates of reported depression". *Feminism and Psychology*, (20), p. 9-35.

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

Citado. GRIPPALDI, Esteban (2022) "Volverse depresivo/as. Relatos biográficos de etiquetamiento de depresión en usuarias/os de servicios de salud mental en Santa Fe, Argentina" en Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES, N°38. Año 14. Abril 2022-Julio 2022. Córdoba. ISSN 18528759. pp. 21-33. Disponible en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/issue/view/38>

Plazos. Recibido: 03/02/2021. Aceptado: 10/12/2021