



**Comprensión de la Experiencia vivida con la Depresión: Un Estudio desde la Perspectiva
de Género a Víctimas de Violencia Intrafamiliar**

Autoras:

**Jocelyn Silva Manzano
Josefina Cecilia Roa Jiménez**

Trabajo de grado como pre-requisito para la obtención del título de:

Psicólogo

DIRECCIÓN:

Mg. Ailed Daniela Marengo Escuderos

Mg. Hansel Duque Rhenals

Facultad de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades

Programa de Psicología

Barranquilla

2019

**Comprensión de la Experiencia vivida con la Depresión: Un Estudio desde la Perspectiva
de Género a Víctimas de Violencia Intrafamiliar**

**Jocelyn Silva Manzano
Josefina Cecilia Roa Jiménez**

DIRECCIÓN:

Mg. Ailed Daniela Marengo Escuderos

Mg. Hansel Duque Rhenals

Facultad de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades

Programa de Psicología

Barranquilla

2019

Este trabajo está dedicado a

La familia que fueron las que nos motivan cada día a que este trabajo se realizara por lo tanto esta investigación también es de ellos, por consiguiente, yo Josefina Roa dedico este trabajo. A mi esposo David De La Peña por ser esa parte importante en mi vida y por su apoyo incondicional, por el tiempo que me han concedido, un tiempo robado a la historia familiar. Sin su apoyo este trabajo nunca se habría escrito. Gracias a mis hijas Saray & Daviana por la paciencia y por soportar los momentos de ausencia.

Yo Jocelyn silva dedico este trabajo primero que todo a mis padres Mónica Manzano & Wilson Silva por apoyarme siempre gracias a ellos es que me convertiré en la profesional que tanto soñé, valió la pena todos los días en que mi madre estaba pendiente mientras me trasnochaba haciendo este trabajo investigativo y a mi padre por siempre motivarme a crecer como profesional y persona, gracias por su paciencia, amor y sacrificio por regalarme esta hermosa oportunidad de estudiar esta carrera.

Agradecimientos

El presente trabajo investigativo lo dedicó principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme la fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

Segundo que todo a la docente Ailed Marengo Escuderos por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestro proyecto de investigación, de manera especial, al Docente Hansel Duque tutor de nuestro proyecto de investigación quien ha guiado con su paciencia, y su rectitud como docente en el modelo cualitativo.

Y Gracias enorme a los participantes de esta investigación por aportar un gran conocimiento a la psicología y a la salud mental; ya que sin ellos esto no hubiera sido una realidad.

Nota de aceptación

Jurado

Jurado

Presidente del Jurado

Barranquilla, _____ de 2019.

Tabla de Contenido

1. Justificación	4
2. Marco teórico	7
3. Planteamiento del Problema	24
4. Objetivos	29
4.1. Objetivo general	29
4.2. Objetivos específicos.....	29
4.3. Preguntas orientadoras	29
5. Metodología	30
5.1. Diseño.....	30
5.2. Instrumentos	32
5.3. Procedimiento.....	32
5.3.1. Análisis de datos	33
5.4. Consideraciones éticas	41
6. Resultados	42
6.1. La persona en la “depresión”	44
6.1.1. Comprendiendo la experiencia con la depresión.	44
6.1.2. Expectativas personales	45
6.1.3. Espiritualidad	46
6.1.4. Hablar ayuda a salir de la crisis	47
6.1.5. Resiliencia.....	48
6.1.6. Experiencia con la depresión	49

6.1.7.	La depresión y las relaciones interpersonales	50
6.2.	Características de la depresión	51
6.2.2.	La depresión como un problema psicológico	52
6.2.3.	La depresión como experiencia significativa.....	53
6.2.4.	La depresión como una experiencia traumática.....	54
6.2.5.	Crisis	55
6.2.6.	Estrategias de afrontamiento.....	57
6.3.	Factores psicosociales de la depresión	57
6.3.2.	Experiencia de vida y depresión	58
6.3.2.	Trauma y depresión.....	59
6.4.	Violencia intrafamiliar	61
6.4.2.	Exclusión familiar.....	62
6.4.3.	Violencia intrafamiliar como factor de depresión	63
6.4.4.	Violencia domestica como experiencia traumática.....	64
6.4.5.	Infidelidad	65
6.5.	Tratamiento psiquiátrico	66
6.5.2.	La medicación psiquiátrica como una experiencia negativa.....	66
6.5.3.	El diagnostico por encima de la persona.....	67
	La experiencia de Marta fue muy traumatizante al no esperar ese diagnóstico de una manera tan rápida y sin tener en cuenta su criterio.....	68
7.	Discusión.....	68
7.1.	La persona en la depresión	69
7.2.	Característica de la depresión.....	72

7.3. Factor psicosocial de la depresión.....	72
7.4. Violencia intrafamiliar	73
7.5. Tratamiento psiquiátrico	74
Referencias.....	78
Anexos	81

Lista de Tablas

Tabla 1. Comentarios iniciales.....	34
Tabla 2. Temas emergentes.....	36
Tabla 3. Agrupamiento de los temas.....	37
Tabla 4. Tabla de temas	39
Tabla 5. Temas maestros.....	42

Lista de Gráficos

Gráfico 1. La persona en la depresión	92
Gráfico 2. Características de la Depresión.....	92
Gráfico 3. Factores Psicosociales de la Depresión	93
Gráfico 4. Violencia Intrafamiliar.....	93
Gráfico 5. Tratamiento Psiquiátrico.....	94

Lista de Anexos

Anexo 1. Tablas Temáticas.....	81
Anexo 2. . Redes Semánticas.....	92
Anexo 3. Tabla Maestra.....	95

Resumen

El objetivo de este proyecto fue comprender la experiencia de vivir con el trastorno depresivo desde la perspectiva de quienes la viven, para ello se diseñó una entrevista semiestructurada la cual fue aplicada a tres participantes. Para llevar a cabo el análisis se siguió la metodología propuesta en el análisis fenomenológico interpretativo, Los sujetos de estudios corresponden a personas que se eligieron por muestreo en cadena, los resultados arrojados por la experiencia de los participantes permitieron cinco temas maestros y veinte temas subordinados los cuales recogen la experiencia común de todos los participantes.

Palabras clave: depresión, violencia doméstica, violencia física, violencia psicológica.

Abstract

The objective of this project was to understand the experience of living with the depressive disorder from the perspective of those who live it, for this a semi-structured interview was designed which was applied to three participants. To carry out the analysis, the methodology proposed in the interpretative phenomenological analysis was followed. The subjects of studies correspond to people who were chosen by chain sampling, the results obtained by the experience of the participants allowed five master subjects and twenty subordinate subjects. which collect the common experience of all participants.

Keywords: depression, domestic violence, physical violencia, psychological violence.

El termino depresión es utilizado para designar una amplia variedad de condiciones emocionales que van desde las sensaciones de tristeza o un cierto descenso en el nivel de ánimo cotidiano, hasta la configuración de una entidad clínica de gravedad considerable, que puede ir acompañada de diferentes síntomas psicológicos y fisiológicos, perturbando el funcionamiento de las personas en diferentes ámbitos.

Hablando propiamente de la depresión como trastorno psiquiátrico, la prevalencia y el riesgo potencial para el bienestar que este supone es considerable. La OMS (WHO, 2001) ubica a los trastornos depresivos como los trastornos mentales de mayor prevalencia en el mundo, estimando que al menos un 10% de la población global padecen de ella y que para el 2020 será la segunda causa a nivel mundial de discapacidad laboral.

Por otro lado, antes de la Ley 1542 de 2012, el delito de violencia intrafamiliar era susceptible de ser conciliado, a fin de finiquitar las contiendas que se suscitaron en el seno familiar a causa de uno de sus integrantes. Sin embargo, con la promulgación de la Ley 1542 de 2012, este delito y el de inasistencia alimentaria, pasaron a ser delitos no sujetos de ser querellables e indesistibles por quien realiza la denuncia, convirtiéndose entonces en una violación al ordenamiento jurídico que debe ser perseguida de oficio por el Estado, una vez ha tenido conocimiento de esta.

Hasta no hace mucho tiempo, la violencia familiar era considerada como un fenómeno poco frecuente, catalogado como anormal y atribuido a personas con trastornos psicopatológicos. Sin embargo, la mayoría de los trabajos de investigación realizada en los últimos veinte años nos

demuestran que la violencia y el maltrato en la familia son fenómenos “normales” desde un punto de vista estadístico a cuya definición, como una formación cultural apoyada en valores, contribuyen mitos, creencias y estereotipos firmemente arraigados en la sociedad al punto de convertirse en uno de los factores predominantes para el desarrollo de la depresión.

La consideración de los trastornos depresivos desde la perspectiva teórico-descriptiva del DSM-V ha sido considerada si cumple con cinco (o más) de los síntomas siguientes que han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Con este proyecto de investigación pretende abordar el fenómeno de la depresión en víctimas de violencia intrafamiliar desde la perspectiva de quienes la experimentan, es decir de las propias personas que la vivencian. Lo anterior parte del supuesto de que la persona más indicada para hablar es quien la vive y la experimenta de manera directa quien la conoce de manera directa y sustantiva.

Metodológicamente está orientado hacia el análisis fenomenológico interpretativo (Flowers & Larkin, 2009; J. A. Smith, Flowers & Osborn, 2008^a 2009b). La entrevista semiestructurada ha sido la técnica seleccionada para la recolección de la información, estos se analizarán a partir de la metodología IPA (Interpretative Phenomenological Analysis), teniendo en cuenta que los objetivos de los estudios basados en el IPA es la exploración detallada de la experiencia vivida y como una persona o grupo le asignan un significado personal a un acontecimiento de suma

importancia y trascendental en su vida, el diseño siguiendo a Smith & Shinebourne (2012) estar guiado por una serie de preguntas abiertas y exploratorias.

La selección de los participantes será de manera muestreo en cadena que cumplan con los criterios comunes y que hayan sido diagnosticadas con depresión. El enfoque sobre los participantes es ideográfico Su objetivo es comprender al ser humano de forma individual, y se basa en un estudio intensivo del mismo.

1. Justificación

Esta investigación tiene la intención de estudiar el fenómeno de la depresión mayor en víctimas de violencia intrafamiliar realizando una comparación desde la perspectiva de género. Apoyándonos en personas que atraviesan esta experiencia personal; que con sus comentarios únicos de dichas vivencias resulten un aporte importante y significativo en nuestro deseo por conocer y comprender dichos acontecimientos.

La Violencia intrafamiliar es un problema social, que en Colombia ha comenzado a visibilizarse en investigaciones desde 1960. Ante la magnitud de la situación, la Asamblea Mundial de la Salud en 1996, declaró que la prevención de la violencia debería ser una prioridad de salud pública en todo el mundo. La importancia del problema se refleja en las cifras, por causa de la violencia, en el año 2000 perdieron la vida más de 1.6 millones de personas en todo el mundo. Una de las violencias a prevenir es la violencia intrafamiliar “VIF”, ésta se presenta en el ámbito privado del hogar, con la participación de los miembros del núcleo familiar u otras personas con quienes se tienen fuertes vínculos afectivos. La violencia doméstica es considerada por la legislación colombiana como “todo daño o maltrato físico, psíquico o sexual, trato cruel, intimidatorio o degradante, amenaza o agravio, ofensa o cualquier forma de agresión, producida entre miembros de la familia”.

Este fenómeno además de considerarse como un problema social complejo, también se interpreta como una situación que vulnera los derechos humanos de quienes la padecen, con un alto impacto negativo en la salud pública del país, reflejada en las altas tasas de morbilidad,

mortalidad, costos, dolor y sufrimiento de las personas afectadas y de la sociedad en general (Vargas-Vásquez, 2014).

La violencia dentro de los hogares se ha vuelto un problema de gran magnitud que afecta a todas las culturas, clases sociales, grupos étnicos y niveles de educación; así también la violencia ejercida por la pareja se encuentra asociada con intentos suicidas, estrés postraumático, ansiedad y depresión (Organización Panamericana de la Salud, 2013), aunque los diseños transversales o retrospectivos de estos trabajos no permiten determinar con exactitud la relación de causalidad entre la violencia doméstica y los trastornos psiquiátricos mencionados, también existe evidencia de que ésta es un factor de riesgo para su desarrollo.

Está investigación tiene la intención de estudiar el fenómeno de la depresión mayor en víctimas de violencia intrafamiliar. En primer lugar y atendiendo a la definición que hace la OMS sobre la depresión, entendemos que es una enfermedad frecuente en todo el mundo, la cual se calcula afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Así las cosas, la depresión se constituye como una enfermedad como cualquier otra, constituida por varios síntomas, tiene una serie de causas, un desarrollo más o menos conocido y un tratamiento que, en la mayoría de los casos, es eficaz; generalmente se clasifica en términos de gravedad: leve, moderada o severa pueden presentarse todo el día, casi todos los días, durante dos o más semanas.

Aunque la depresión puede afectar tanto a los hombres como a las mujeres, la disposición de los hombres para hablar de sus sentimientos puede ser muy diferente. Por ejemplo, algunos hombres con depresión ocultan sus emociones y pueden parecer enojados, irritables o agresivos, mientras que muchas mujeres parecen tristes o expresan tristezas. Los hombres con depresión parecen muy cansados y muchos pierden el interés en el trabajo y otras cosas, mientras que las mujeres a veces resultan en problemas físicos ("NIMH" Men and Depression", 2017).

En consecuencia, se debe reconocer que este hecho representa una experiencia completamente humana que para tener la disposición de explicarlo se hace necesario estar dispuesto primero a escuchar a las personas que han atravesado por esta, considerar sus narrativas, cuál ha sido el impacto de estas experiencias sobre sus vidas, identificar cuáles son los modos en que buscan hacer frente y dar significado a la misma.

Teniendo en cuenta que se han realizado investigaciones del trastorno de la depresión mayor con el abordaje del método deductivo la cual permite examinar los datos de manera numérica exhaustiva y controlada en relación con sus variables, es posible definirlo como un modelo que se limita solo a saber exactamente donde se inicia el problema, en cual dirección va y que tipo de incidencia existe entre sus elementos.

El método de análisis que se consideró más apropiado para el abordaje de la investigación antes mencionada es, el fenomenológico; ya que este método le interesa responder como las personas dan sentido a su experiencia vivida en contexto o frente a un fenómeno en particular. La finalidad es describir el significado de la experiencia frente a los fenómenos del trastorno de

la depresión mayor en víctimas de violencia intrafamiliar, hacer visibles los rasgos de esas experiencias a partir, de la comprensión y de cómo el significado es creado a través de contenidos de percepción.

Heidegger (2006) dijo: “Es estudiar lo que se muestra a sí mismo, o lo que se muestra en sí mismo, lo patente” (p. 10). Finalmente, como producto de esta investigación propuesta se espera no solo convertirla en un estudio más, sino también generar una reflexión del abordaje psicoterapéutico en hombres y mujeres con trastornos de depresión mayor en víctimas de violencias intrafamiliar teniendo en cuenta a las personas, en donde se les permita hablar y explicar, en donde por encima de una disciplina científica, de un medicamento y de un recetario; este la ética y la dignidad humana, que pueda aportar información valiosa para las políticas de salud mental, además de esto enriquecer el ejercicio de la profesión de la psicología como futuros profesionales de la salud, que estamos llamados a desempeñar una función importante en la promoción y prevención de la salud mental podamos generar nuevos conocimiento, que se pueda descubrir y describir entre sí, a través de lo dado por el fenómeno estudiado es decir, que se pueda hallar a través de este estudio una comprensión intencional que de sentido a esta experiencia.

2. Marco teórico

Intentar comprender la depresión mayor sin considerar los aspectos personales y subjetivos de quien la vive sería un gran fracaso, para comprender a los participantes del estudio es necesario iniciar con una revisión de la literatura acerca del concepto de violencia intrafamiliar y cómo esta repercute en la vida de los afectados, provocando la depresión mayor.

Colombia ha sido caracterizada como uno de los países más violentos del mundo, fenómeno cuyas dimensiones ha hecho aparecer un importante número de estudios y un amplio debate que se ha centrado en el análisis de la violencia generada por el conflicto armado. La violencia doméstica es un fenómeno de más reciente consideración pública y académica en el país. Los “actores armados” en casa, han sido poco considerados en lo que se ha denominado los estudios sobre la violencia (Pineda & Otero, 2004).

Armenta y Romero (2008) exponen que la violencia familiar se conoce también como violencia doméstica o intrafamiliar y comprende varias formas con las que una persona dentro de una relación familiar le causa daño a otra. Wallace (2005) la define como “cualquier acto u omisión ejecutado por personas que cohabitan y que causa heridas a otro miembro de la familia”. La violencia familiar incluye el maltrato infantil y las agresiones entre los miembros de la pareja sexual, comprende el maltrato hacia los niños (conocido también como abuso infantil), el maltrato hacia la pareja, el abuso entre hermanos y el maltrato hacia las personas mayores.

Durante la década de 1980, crecientes organizaciones de mujeres iniciaron un amplio reconocimiento del fenómeno de violencia intrafamiliar en Colombia, acompañadas por la importancia que el tema presentó en las agendas y conferencias de los organismos multilaterales de cooperación. Durante los años noventa, con la nueva Constitución de 1991 y la ratificación de convenios internacionales en la materia por parte del Estado colombiano, se inició un conjunto de reformas normativas y del Estado, a fin de intervenir en la problemática, abriendo de manera

clara la negociación de concepciones de lo público y lo privado y creando campos de acción para la protección de derechos humanos en lo doméstico (Pineda & Otero, 2004).

Según el Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí en México (2006) la violencia doméstica desde una perspectiva de género afecta a todos los estratos de la sociedad, es un tipo de lesión a los derechos humanos sociales e individuales de las mujeres. Hay que decir que también se infringe violencia a los hombres, cuando aparentemente no cumplen su papel de género, pero a las mujeres las hace más vulnerables cuanto mejor cumplen su papel de género. Las consecuencias de esta violencia social se viven diferentemente según el género al que se pertenece, pues los hombres sufren cuando no consiguen ejercer el papel dominante para el que se les educó, mientras las mujeres duplican su subordinación e interiorización si no logran, aunque quieran, cumplir con el rol de madres, esposas, armonizadoras del hogar. Los elementos culturales que conforman la construcción del género tienen como consecuencia el establecimiento de relaciones disimétricas entre los miembros fundadores del hogar.

Cierto que la sociedad capitalista no se basa en la equidad, pero la inequidad presente en la estructura familiar resulta mucho más pertinaz y difícil de percibir y, por tanto, de combatir. Puede observarse cómo el adiestramiento o construcción del género se hace mediante la didáctica del “premio y el castigo”, pero además son los fuertes los encargados de castigar y los débiles los sometidos al castigo. Los hombres disponen de un mecanismo de culpar y castigar a terceros por los errores que les acarrearán perjuicios, las mujeres aprenden a culparse a sí mismas de no conseguir sus metas e incluso se culpan del mal comportamiento de los hombres de la casa y de su comunidad. Esta diferencia puede percibirse en cómo encajan la violencia al interior del

grupo familiar. Afirmando lo dicho anteriormente puede ser inverso, es decir, la mujer puede culpar y castigar a terceros y el hombre aprender a culparse a sí mismo y de no sentirse auto realizado.

Sobre la base de lo anterior se puede afirmar desde una perspectiva de género, Quirós (1997) dice, que la violencia es vista como un abuso de poderes; ya que el sistema cultural en que vivimos se caracteriza por ser un sistema de poder y demandas de unos sobre otros, los cuales se manifiestan de diversas formas en la actualidad. Así las cosas, el ejercer el poder es tener la posibilidad de decidir e intervenir en la vida de otros con hechos que obliguen e impidan a otras personas hacer uso de sus libertades, creatividades y poderes. El problema sin embargo de acuerdo con Londoño (citada por Quirós, 1997), no es la ausencia o carencia de poder por parte de unos y otros, sino los contenidos de su ejercicio, la dirección hacia los cuales se dirige, los móviles de las acciones que logra desatar y los fines que persigue. El fin del poder es el dominio, la persona que lo ejerce ordena, decide, castiga o perdona; el problema es abusar del poder, ejercerlo sobre y contra el derecho que tiene todo ser humano a crecer en libertad con respeto a su integridad (Hidalgo, 2007).

Como secuelas de la violencia familiar se presenta un conjunto de signos y síntomas, en el que la persona padece este evento traumático del que han sido víctimas, la violencia se clasifica según (Labrador, Paz Rincón, De Luis & Fernández-Velasco, 2004 citados por Montañez, 2013) de la siguiente manera:

Violencia física: Cualquier conducta que implique la utilización intencional de algún instrumento o procedimiento para afectar el organismo de otra persona, de modo que encierre

riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor, con independencia de los resultados de dicha conducta. Deben considerarse tanto conductas “activas”, por ejemplo, abofetear, empujar, golpear, dar puñetazos, patadas, estrangular, utilizar objetos, armas o sustancias químicas con el fin de causar una lesión, etc., como conductas “pasivas”, entre ellas la privación de cuidados médicos durante una enfermedad o lesión (incluidas las lesiones causadas por los malos tratos), o el no aviso intencionado de situaciones de evidente riesgo físico (fallo en los frenos del coche, escape de gas, etc.). Este tipo de maltrato es el más evidente y el que es más fácil de identificar, por eso suele ser al que se le da más importancia, tanto en el ámbito personal como en el social y en el legal.

Violencia sexual: Se entiende por maltrato sexual cualquier intimidación sexual forzada por parte de la pareja, ya sea con amenazas, intimidación coacción o por llevarse a cabo en estado de inconsciencia o indefensión de la mujer. Incluye todo tipo de conducta de carácter sexual, no limitándose a la penetración vaginal o anal. Aunque esta categoría en realidad es un tipo de maltrato físico, se suele considerar de forma diferenciada por tener connotaciones muy particulares. Por un lado, la mayor intimidad asumida para este tipo de comportamientos, por otro, el que con frecuencia se considera es un “deber” u “obligación” realizar este tipo de conductas con su pareja, aunque no lo deseen, e incluso aunque sean violentamente exigidas, por lo que es poco frecuente que las mujeres consideren y por consiguiente que denuncien, que han padecido violencia sexual por su pareja.

Violencia psicológica: Cualquier conducta física o verbal, activa o pasiva que trata de producir en las víctimas intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento.

Humillaciones, descalificaciones, o ridiculizaciones, tanto en público como en privado, aislamiento social y económico, amenazas de maltrato, daño físico o tortura a al individuo o a sus seres queridos, destrucción o daño a propiedades valoradas por la víctima (objetos, animales), amenazas repetidas de divorcio o abandono, etc., son ejemplos de este maltrato. También la negación del maltrato, o la culpabilizarían y atribuirían de responsabilidad absoluta a la víctima en los episodios de maltrato. Este tipo de violencia es más difícil de identificar, en especial si se disfraza de “atención” o “preocupación” por la víctima, o se consigue convencer a ésta de que ella es la responsable del comportamiento del agresor.

Violencia económica o patriarcal: Este tipo de violencia recientemente ha sido reconocido e incorporado como tal en la legislación costarricense, a pesar de que siempre ha existido; se considera su incorporación como un avance en la protección a las personas, especialmente hacia las mujeres y niños. Hidalgo (2007). Esta se define como la "acción u omisión que implica daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de las personas". (M S-CCSS, 2000).

La literatura científica indica que el maltrato produce secuelas en el comportamiento social y emocional como baja autoestima. OMS (2002), depresión Cicchetti & Toth (2000), impulsividad, conducta antisocial (Jaffee, Caspi, Moffitt & Taylor, 2004) y delincuencia (Baldry, 2007). De acuerdo con los objetivos de este trabajo nos centraremos en las expresiones de las consecuencias emocionales que la violencia significa para quienes la sufren y particularmente sus manifestaciones en aquellos con trastorno depresivo mayor.

El término “depresión” se usa con múltiples acepciones, tanto en el orden médico psiquiátrico como en el psicológico. Cada una de ellas tiene diferentes connotaciones e interpretaciones en el lenguaje de otras disciplinas. En psiquiatría, el término “depresión” puede referirse a un síntoma, a un síndrome y, también, a una entidad nosológica (Hernández-Bayona, 2007). En su forma más amplia y genérica, el término “depresión” abarca en sí mismo una población heterogénea de trastornos, entre los cuales, en los dos extremos de un amplio espectro, encontramos el trastorno distímico en uno y, en el opuesto, el trastorno depresivo mayor, cuya modalidad más grave está representada por la melancolía. Al respecto, se señala la hipótesis de que la base biológica de los síntomas del trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor es similar, pero la base biológica de la fisiopatología subyacente de los dos trastornos es diferente (Hernández-Bayona, 2007).

Según los participantes de un estudio realizado en la Universidad Nacional De Trujillo Sede Huamachuco, Perú (Gomes & Graos, 2008) acerca de la violencia conyugal describe a la depresión como “una enfermedad que afecta el organismo, el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, indica una de las participantes. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad”. (p. 65).

Investigaciones como la anterior, han logrado exponer las vivencias de la depresión en diferentes pacientes que ven a la enfermedad como una situación “sin fin” de la cual no tienen escapatoria:

“Quisiera que esto se terminara, pero creo que esto no tiene solución. Por momentos quisiera irme lejos o morirme, pero no tengo el valor de hacerlo por mi hija. Estoy cansada de todo esto a veces pienso en luchar sola para mi hijo, pero luego me doy cuenta de que no tengo fuerzas para hacerlo.” (paciente citado por Gomes & Graos, 2008).

Evidenciando que los trastornos depresivos se pueden conceptualizar como variantes dentro de un continuo de gravedad. Las variaciones sintomáticas adicionales son individuales y dependen más de la estructura de personalidad subyacente a la depresión. Así entendida, la depresión puede ser vista como “un dispositivo innato del comportamiento que se impone a ciertos sujetos en los que confluyen factores de predisposición neurobiológica y circunstancias precipitantes exógenas, en este caso la violencia que sufren las personas víctimas de VIF” (Hernández Bayona, 2007, p. 231).

Un estudio fenomenológico de la experiencia de los pacientes con depresión melancólica o mayor relacionó ciertas características endogenomorfas, a continuación, se definen los rasgos encontrados por Martínez-Lucena (2013):

La pérdida de transparencia del propio cuerpo: En la fenomenología del cuerpo se pueden distinguir dos modos de experimentarlo (Fuchs & Schlimme, 2009): una forma que podríamos llamar subjetiva y otra que se podría tildar de objetiva (Merleau-Ponty, 1962). La primera no es más que sentir el propio cuerpo como el medio y el fondo de cada una de nuestras experiencias. Este cuerpo vivido subjetivamente opera en cada acción e interacción con los demás, aunque lo

haga imperceptiblemente, sin requerir una atención explícita. Inadvertidamente permite nuestra conexión con el ambiente, con la realidad que nos rodea; nos la transparenta, nos la enmarca. Ésta es la razón por la cual determinados sentimientos existenciales son a la vez estados del propio cuerpo y modos de experimentar el mundo.

Teniendo en cuenta esta distinción a la hora de experimentar el propio cuerpo, las alteraciones de nuestra vivencia de la propia corporalidad también pueden ser distinguidas: aquellas que afectan a la experiencia subjetiva del cuerpo (p.e. depresión y esquizofrenia); y aquellas que afectan a la propia conciencia del cuerpo como objeto (p.e. trastorno dismórfico corporal o trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa).

En el caso de la depresión ésta coincidiría con la reificación del propio cuerpo vivido subjetivamente, lo cual implica la pérdida de transparencia de éste con relación a la realidad y a los demás. Así, el deprimido estaría incapacitado para esta empatía corporal con sus alrededores. Es la experiencia que intenta describir Silvia Plath, autora que sufrió en sus propias carnes la enfermedad, en la protagonista deprimida de su novela *La Campana de Cristal*. Ésta, cuando sufre un brote de su trastorno, nos dice que “donde quiera que estuviera sentada (...) estaría bajo la misma campana de cristal, agitándome en mi propio aire viciado” (Plath, 1989, p.289).

Mientras que, al mejorar de su enfermedad, cuenta lo siguiente:

“Todo el calor y el miedo habían desaparecido. Me sentía sorprendentemente en paz.

La campana de cristal pendía suspendida, a unos cuantos pies por encima de mi cabeza. Yo estaba abierta al aire que circulaba.” (Plath, 1989, p. 335)

Otra experiencia ligada a este rasgo es la siguiente:

“Al ser maltratada por mi marido sentía que no valía para nada, y me daba mucho miedo cuando llegaba a la casa, me pegaba cuando se le daba la gana, cuando llegaba borracho es cuando tenía más temor, me daba patadas, puñetes, me insultaba que no sirvo para nada y que no se hacer nada; por eso no podía hacer nada, ni podía denunciarlo, no me permitía salir a la calle y conversar con mis amigas y familiares.”

(Gomes Gamboa & Graos Lavado, 2008).

Como leemos en estas descripciones fenomenológica, en la depresión “el cuerpo pierde su fluidez y transparencia de medio y se hace manifiesto, convirtiéndose en un cuerpo sólido y pesado, que ofrece resistencia a los impulsos e intenciones de los individuos” (Fuchs & Schlimme, 2009, p. 572). En los relatos presentados observamos como los pacientes reflejan entonces sus males en la “pesadez” o no de su cuerpo o en el reflejo de la violencia en el mismo.

La nueva percepción del tiempo: Ya ha sido demostrada la influencia de distintos trastornos psiquiátricos en la vivencia del tiempo de los pacientes de tales afecciones (Martin, 2005; Ghaemi, 2007). Si nos centramos en el caso de la depresión, también encontramos una relación directa con este tipo de vivencia, que consistiría fundamentalmente en que:

“en depresión el futuro se pierde, y el pasado se torna fijo, inamovible, malo, el lugar de los errores sin redención” (Havens, 1986, p. 5).

Una víctima de violencia familiar comenta lo siguiente:

“Cuando él está en la casa intento hacer mis cosas lo mejor posible y así no darle motivos y el empieza a reclamarme, pero en ese afán me pongo nerviosa y hago las cosas mal. Mi marido es agresivo, pero yo no hago nada para evitarlo. Estoy cansada de todo esto a veces pienso en luchar sola para mi hijo, pero luego me doy cuenta de que no tengo fuerzas para hacerlo. Yo quiero salir a pasearme, pero él me dice que la mujer se ha hecho para la casa para cuidar a los hijos. Ahora ya no confié en por qué cuando éramos enamorados él se portaba distinto conmigo iba a buscarme y después que nació mi hijo el empezó a salir y tal vez a conocido amigos amigas o a conocido a otra pareja.” (paciente citado por Gomes Gamboa & Graos Lavado, 2008).

Podemos pues, afirmar, que “el deprimido ha caído fuera del tiempo común y se ha convertido en un anacronismo vivo. Literalmente vive en otro tiempo, mucho más lento” (Fuchs, 2001, p. 184). Y con ello, queda claramente afectada la capacidad de encontrarle el sentido de las propias acciones y la propia vida, para lo cual es necesaria la tensión entre los propios pasado, presente y futuro.

El sentimiento de culpa: La conexión entre los rasgos de la melancolía descritos anteriormente y el sentimiento de culpa es prácticamente inmediata. Por un lado, se podría decir que el paciente con depresión melancólica no se puede separar a sí mismo de la experiencia de su fallo corporal y, en consonancia con ello, se siente desvalorizado, culpable y decaído. El germen de la culpa es el sentimiento de vergüenza, que no es más que la corporalización o reificación del cuerpo vivido, debida a la exposición a la mirada de los otros que tenemos interiorizados y que te juzgan (Sartre, 1956). Este sentimiento muestra la ambigüedad fundamental de la existencia

humana, polarizada entre el cuerpo vivido y el corporalizado, entre la propia mirada prereflexiva y la mirada reflexiva originada por la mirada del otro (Merleau-Ponty, 1962). Una víctima de violencia doméstica cuenta lo siguiente:

“Cuando escucho que está abriendo la puerta en ese momento quisiera esconderme donde no me encuentre, pero luego allí lo espero. Por momentos quisiera irme lejos o morirme, pero no tengo el valor de hacerlo por mi hija. Por momentos pienso que estar sola en mi casa es mejor porque si salgo a la calle tal vez la gente se ría de mí. Quisiera odiarlo a él sacarlo de mi corazón, pero al fin es el padre de mi hija y por otro lado no quiero que crezca mi hija sin padre.” (paciente citado por Gomes Gamboa & Graos Lavado, 2008).

De este modo, contra lo que sucede en la vergüenza, el sentimiento de culpa no está ligado a la inmediata presencia del otro, sino que su impacto es más duradero. En vez de sentirse expuesto a los demás y paralizado por sus miradas, el culpable se siente abandonado. En este sentido, la culpa coincide con la corporalización del cuerpo vivido, con una separación abismal con respecto a los demás que parece irreconciliable, y que se hace sensible como un terrible peso en el pecho y con una sensación de estar irremisiblemente atrapado por y en el pasado. La culpa, en este sentido, es la interrupción del movimiento de la vida y la vinculación a un momento del pasado que se nos presenta con la irreversibilidad de la muerte.

Un estudio realizado por Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la prevención del delito y la justicia penal sobre depresión, el cual sugiere que índices altos de

depresión se dan en función de roles limitados y frustrantes y que la vulnerabilidad de las amas de casa aumenta al ser éste un rol único, poco valorado y aislado; se agrega, además, que a las jornadas fuera de la casa, muchas veces mal pagadas, hay que sumarles la de dentro del hogar que agota a la mujer trabajadora (Hidalgo, 2017).

Las mujeres casadas, trabajadoras, son más propensas a sufrir una depresión; sin mencionar si se enfrentan a eventos de violencia al interior de sus viviendas (Davies, 2004), en un estudio llevado a cabo con participantes mexicano-americanos en Estados Unidos, encontraron que ser testigos de la violencia de los padres durante la niñez se asociaba a depresión, baja autoestima y síntomas traumáticos en la edad adulta. Los niños continuamente maltratados tienen más riesgo de desarrollar problemas emocionales a nivel clínico; sin embargo, los que reciben maltrato transitorio desarrollan problemas emocionales como la ansiedad y la depresión (Éthier, Lemelin & Lacharité, 2004).

Por otro lado, este mismo estudio del Instituto latinoamericano de las naciones unidas para la prevención del delito y la justicia penal, analiza los efectos del factor matrimonio en las personas de acuerdo con su género, así se encontró que parece ser que el efecto del matrimonio en hombres y mujeres es distinto. En hombres parece producir un rol protector que se revierte en las mujeres. Al interior de la familia, la mujer en función de sus roles de subordinación, de menor satisfacción, dependencia, limitación, desvalorización, violencia y abuso sexual, está expuesta a más agresión y angustia.

Existen muchas razones que los agresores usan para justificar el maltrato, desde el estrés, depresión o cansancio, problemas económicos, ignorancia para educar y transmitir valores a los hijos (Gómez-Castañeda, 2007). Desde la teoría de indefensión aprendida (Seligman, 1981) señala que la depresión sobreviene cuando el sujeto se prescribe a si mismo perdiendo todo control sobre las situaciones extremas reforzadoras, lo cual le lleva a vivencias de inseguridad, pasividad y desesperanza que son características de la depresión (Vallejo, 1992).

Desde la perspectiva cognitiva (Beck, 1967) la persona con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. Por otro lado, desde la antropología para Alfonso (2009), la totalidad semiológica de la depresión se resume en un “Hundimiento Vital” en la que lo biológico y lo cultural se unen para manifestar el sufrimiento que padece el hombre por vivir.

La violencia degrada la integridad de la mujer provoca inseguridad, disminución de la autoestima, incertidumbre, desesperanza y desvalorización; además coarta sus posibilidades de desarrollo personal y anula su autonomía originando la depresión. Algunos autores encontraron una relación altamente significativa entre la violencia conyugal y la presencia de síntomas depresivos en mujeres de la ciudad de Temuco (Casique Casique & Ferreira Furegato, 2006; Vizcarra et al., 2001).

Fernández-Martínez (2018) pudo concluir en su investigación que los pacientes deprimidos con historia de maltrato tienen un mayor riesgo de sufrir nuevos episodios depresivos y/o de mantenerse crónicamente deprimidos. Tienen, además, un riesgo más elevado de realizar intentos autolíticos y referir experiencias que pueden estar en la base de los síntomas psicóticos. En otra

investigación se estudiaron 82 mujeres deprimidas, de las cuales 61 % refirieron haber sufrido episodios de violencia a lo largo de sus vidas. Los autores del artículo señalan que la severidad de la depresión se correlaciona significativamente con la severidad el abuso (Vásquez-Machado, 2007).

Actualmente las mujeres tienen la labor de realizar ajustes de los roles tradicionales que desempeñan lo que a menudo es causa de enojo, dolor y a algunas se les dificulta manejarlo. El enojo en nuestra cultura no es bien recibido y pocas saben cómo lidiar con él constructivamente, unas lo interiorizan deprimiéndose, y, otras lo exteriorizan hacia los niños, dañándoles su autoimagen, convirtiéndose en mujeres agresoras que a la vez son víctimas de violencia. Se destaca que toda mujer que experimenta síntomas depresivos conozca o no la causa, tiene que acudir a un profesional en salud, debe saber que es una enfermedad tratable e igualmente cada vez son más las campañas que motivan a las mujeres a romper el secreto sobre la violencia, a denunciar su situación ya poner un alto en la escalada de la agresión (Hidalgo, 2007).

La presencia y difusión de las investigaciones anteriores promueve el imaginario de que los hombres son invariablemente los verdugos de las mujeres (Trujano, Martínez & Camacho, 2010), sin embargo, también existe evidencia que, aunque poco compartida públicamente, demuestra que los hombres también son víctimas y que cada vez son más los que se atreven a denunciar (Saracosti, 2011; Zunino, 2011) a pesar de la burla y humillación que deben soportar, al reconocerse como víctimas en una sociedad que sólo los identifica como agresores (Fontena & Gatica, 2000). Esta representación de los hombres debe comprenderse desde la perspectiva de género, la cual nos señala que existen modelos hegemónicos de masculinidad y de femineidad a

los que se deben responder de acuerdo con nuestro sexo, así se espera que los hombres cumplan con todos los atributos asignados a su categoría social, entre los cuales se cuenta que sean fuertes, dominantes y violentos.

Entender las masculinidades según Pineda, Duque & Otero (2004), como *“ese conjunto de connotaciones, representaciones y valoraciones asociadas con el ser hombre, que pueden ser usadas, afirmadas o alteradas también por las mujeres, y que pueden convertirse en hegemónicas cuando son usadas para ejercer poder”* (p.29).

La masculinidad referida por los hombres del estudio realizado por Rojas Andrade, Galleguillos, Miranda y Valencia (2013), se construye en oposición a la masculinidad tradicional, pues ellos son hombres buenos mientras que los otros, son hombres malos. Se encargan de proteger y cuidar a la mujer, lo que se contrapone a la idea de maltrato que entienden dan los otros hombres. Lo bueno de estos hombres, viene dado por la no utilización de la violencia física como modo de resolución de los conflictos, lo que sólo es la negación de una sola expresión; no han salido del laberinto de la cultura patriarcal, no han encontrado nuevas formas de abordar la relación, pudiendo con esto mismo actuar de manera violenta, al no responder, al evitar, al actuar de forma pasiva frente una petición.

Sin embargo, lo bueno de los hombres en las situaciones anteriormente descritas no previene de la herida narcisista de la violencia, sino que cambia el poder físico por el poder racional, así vivencian la violencia como una humillación a su virilidad (Cagigas, 2000) pero nunca como un cuestionamiento a su racionalidad, porque la violencia de la mujer es descontrol

y emocionalidad, y evitarla es una estrategia racional adecuada, así los hombres siguen siendo los vencedores (López & Güida, 2000) aunque sólo en el plano social, en el plano público, pues detrás de las puertas también se sienten heridos y no es por la acción de la mujer, sino por el cuestionamiento a su masculinidad, a su forma, a su identidad.

El aporte de este estudio esta direccionado en entender desde el enfoque fenomenológico como la violencia familiar induce a la depresión, de este modo mediante las narrativas de los participantes comprendamos no solo el dolor que sienten como individuos si no para generar conciencia de la gravedad de este fenómeno.

Desde la búsqueda de lo que explica la literatura y de los diversos estudios realizados se evidencia la insuficiente investigación acerca de la depresión en víctimas de violencia intrafamiliar en el género masculino, estas investigaciones se centran más en género que usualmente es el más vulnerado que es el femenino según Hidalgo (2007). La violencia hacia el hombre, no se considera como tal, sino más bien se le ridiculiza, razón por la cual se sigue dando prioridad pública a las mujeres en temas de violencia, por considerarlas más débiles y carentes de protección, no dejando cabida a la idea que un hombre también pueda ser la víctima, lo que deja ver que la institucionalidad que trabaja en temáticas de género, tampoco escapa a las influencias cegadoras de la cultura patriarcal, así los hombres callan, para no tener que lidiar con la ridiculización.

La situación aparentemente desigual entre el rol de hombre y mujer como víctimas de la violencia pone en la palestra la poca o nula red de apoyo con la que cuentan estos hombres para

intervenir su problemática, lo que deja de lado aspectos que son importantes de considerar, es decir, la masculinidad, pues no se puede resolver la problemática de violencia de género sino se aborda de forma integral, analizando y reflexionando sobre ambos actores y sobre la lucha entre la diversidad y la homogeneidad de los patrones culturales (Rojas-Andrade, Galleguillos, Miranda & Valencia, 2013).

Todos estos aspectos descritos desde las diferentes posiciones teóricas centradas en la experiencia del sujeto, nos demuestra la importancia del estudio de la depresión en pacientes con otros problemas (para nuestro caso centrados en la violencia intrafamiliar), sin embargo, es más importante aún ampliar la comprensión de estas vivencias con pacientes de la ciudad en vista de que son pocas las investigaciones que se detienen a comprender su enfermedad de manera particular, es así como a continuación nos centraremos en la descripción específica del problema que orienta este estudio haciendo especial énfasis en sus implicaciones e impacto en los participantes seleccionados.

3. Planteamiento del Problema

Según Claramunt (2006), la violencia doméstica o intrafamiliar se puede definir como: toda acción u omisión que tenga como resultado el daño a la integridad física, sexual emocional o social de un ser humano, en el que debe mediar un vínculo familiar o íntimo entre el agresor y el agredido. Hearn (1997) y Greig (2002) concuerdan al decir que las expresiones de violencia están relacionadas con ideas de lo que significa ser hombre o mujer en cada contexto específico, en nociones que confieren determinados derechos a unos y a otras para el ejercicio del poder y en las consecuencias violentas que dicho ejercicio implica.

Los hombres como hombres, con identidades de género, se articulan en jerarquías de poder donde no todos son privilegiados o contra quienes se discrimina de la misma forma, en una diversidad de elementos culturales, raciales, de clase, entre otros, que articulan las diferentes definiciones y usos de la violencia. Hombres y mujeres, niños y niñas, experimentan formas de violencia basadas en género, no obstante, este tipo de violencia es predominantemente ejercido por hombres contra mujeres, niños y niñas, contra otros hombres y contra sí mismos.

La base de la violencia está enraizada en la desigualdad que se manifiesta claramente en la familia, la que establece una diferencia sexual de roles que es reproducida en todas las organizaciones y grupos sociales. La violencia intrafamiliar se ha convertido en una forma de relación cotidiana, se utiliza como un sustituto de poder con carácter funcional. La gravedad de sus consecuencias físicas y psicológicas tanto para la víctima como para la familia hacen de la violencia doméstica un importante problema de salud mental con intensa repercusión social lo cual se puede concluir que la violencia ejercida por el contexto familiar desde una perspectiva de género y la forma en que la cultura etiqueta los roles de mujer, hombre y niño, recae un peso fundamental en el individuo, causando depresión. Específicamente en el caso de la mujer muchas de estas tienden vulnerar sus derechos, discriminándolas y aislándolas, mientras que en el género masculino la sociedad se encarga de humillarlo y burlarse por ser víctimas de violencia intrafamiliar, generando en ambos géneros una depresión.

La violencia ejercida por el marido contra la mujer produce en primer lugar daño físico, pero en el mismo instante de su ejercicio se envían además mensajes profundamente destructivos

para las víctimas, produciendo un serio impacto en las áreas críticas del desarrollo personal. Las mujeres sometidas a la violencia conyugal experimentan baja autoestima, aislamiento, miedo al agresor, inseguridad, sentimientos ambivalentes de amor y odio hacia su pareja, depresión, vergüenza, culpa y dependencia. Asimismo, paradójicamente pueden tratar de excusar el comportamiento del agresor, racionalizar, aceptar promesas, mantener en secreto el maltrato. (Bouding, 1988):

“dijo que no lo volvería a hacer”

“no me deja salir sola porque me protege”

“me cela porque me quiere”

“siempre tiene la razón”

“me prometió que iba a cambiar”

“me critica todo el tiempo porque quiere que sea mejor”

Los hombres entienden la violencia como una forma correctiva que tiene la mujer u otro miembro de la familia para moldearlos de acuerdo con sus expectativas y como un producto de los conflictos subyacentes que ellas o ellos no han logrado resolver adecuadamente. Así, la violencia aparece cuando no cumplen el ideal de hombre que las mujeres o familiar demandan, es decir, cuando imponen su voluntad por sobre la de ellos, y es justamente en este momento cuando las mujeres o el familiar son percibidos como superiores, ya que utilizan el grito y el descontrol en un contexto donde ellos ensalzan la conversación. La violencia es la imposición de la voluntad pretendiendo a través de diversas acciones y omisiones lograr el sometimiento y opresión de otro en una relación de desbalance de poder (Hernández, 2009; Morales, Salamanca & Vargas, 2006).

Los hombres se cuestionan si son ellos los responsables de no haber controlado la situación de violencia, por lo que adoptan una posición desde donde poder retomarlo, la racionalidad del dialogo según Rojas, Galleguillos, Miranda y Valencia:

“siempre la comunicación va a ser elemental, pero no siempre se va a dar en el momento, porque (ella), (familiar) tiene rabia y está enojada, quizás en ese momento tiene que haberla dejado tranquila y después hablar, pero siempre está el tema de hablar, no hay otra solución (Rojas et al., 2013; S5: Párr. 51)”.

A su vez, intentan ocultar las situaciones de violencia: *“Para que nadie se entere, es vergonzoso que alguien más lo sepa, porque se ríen de ti, te tratan de tonto”* (Rojas et al., 2013; S6: Párr. 7).

Desde la perspectiva de la depresión mayor se considera un hecho experimental particularmente humano, que se ha manifestado en las diferentes épocas y culturas, estos datos como lo es los conjuntos de variables biológicas, psicológicas, experienciales, y socioculturales, solo podrían ser atendidas en el marco de su existencia personal; suficiente para demostrar que estamos ante un problema de gran magnitud, y que es condición negativa para el desarrollo social y humano sostenible; no solo de quienes la padecen sino de la sociedad en conjunto.

Este tipo de investigación se basa en las causas psicológicas de la depresión con énfasis en las experiencias vividas de violencia intrafamiliar, momentos cruciales durante el desarrollo, aspectos biológicos y espirituales.

Lo que se persigue es que dentro de la terapia y la formulación conceptual de la depresión mayor en víctimas de violencia se incluyan las historias, las narrativas y los puntos de vista de los pacientes, quienes de manera colaborativa aportan palabras y narrativas al momento de exponer la manera particular de ver su experiencia.

Si lo que se quiere es entender y explicar la experiencia tenemos que hacer posible el escuchar lo que las personas respecto a esa experiencia tienen que decir y describir, con ello se podrá conocer las consecuencias intrapersonales, identificar las respuestas, así como determinar cómo será el abordaje.

En conclusión, el presente estudio busca indagar, sobre las distintas maneras de interpretar y explicar la experiencia de la depresión mayor en víctimas de violencia intrafamiliar, a través de la exploración de las vivencias de un grupo de personas haciendo especial énfasis en la simbología y los significados personales; para que así de esta manera no solo contribuir al autoconocimiento de las propias personas que participaran, sino también como reflejo de lo que otros pudieran estar experimentando de manera subjetiva. Para cumplir con este propósito general, este trabajo se guiará bajo la siguiente pregunta rectora: ¿Cómo es la experiencia del trastorno depresivo mayor, desde la perspectiva de género (hombres y mujeres) en las personas víctimas de violencia intrafamiliar?

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Comprender la experiencia de vivir con el trastorno depresivo, en hombres y mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

4.2. Objetivos específicos

Conocer la experiencia que viven las personas con depresión a través de los distintos contextos en que se encuentran.

Comprender las definiciones dadas a la depresión desde la experiencia subjetiva de quienes la viven.

Conocer la experiencia subjetiva de la depresión en relación con la violencia intrafamiliar y el comportamiento de la sociedad.

4.3. Preguntas orientadoras

¿Conocer cómo las personas viven la experiencia de la depresión a través de los distintos contextos en que se encuentran?

¿Comprender las definiciones dadas a la depresión desde la experiencia subjetiva de quienes la viven?

¿Conocer la experiencia subjetiva de la depresión en relación con la violencia intrafamiliar y el comportamiento de la sociedad?

5. Metodología

5.1.Diseño

Paradigma. Esta investigación pretende conocer la experiencia vivida de personas que han sido diagnosticadas con trastorno depresivo y que a la vez tienen un historial de violencia intrafamiliar; ahora bien, la investigación cualitativa busca conocer los diferentes significados, las interpretaciones que las personas les otorgan a sus experiencias; más que lograr una explicación, busca la comprensión e interpretación.

Por su parte Taylor & Bogdan (1994) este tipo de investigación se caracteriza particularmente por ser inductiva ya que elabora conceptos y teorías a partir de los datos, aquí la dirección es completamente contraria a la investigación cuantitativa, en la cual desde la teoría se generan hipótesis que son contrastada en la realidad para verificar su valor predictivo y explicativo.

En conclusión, la metodología cualitativa fue la más apropiada, ya que no parte de postulados teórico e hipotéticos para constatar con la realidad sino más bien, teoriza a partir de esta, constituida por los propios participantes y sus interacciones significantes (Blúmer, 1982), tiene unos rasgos característicos que la distinguen y diferencian de la investigación cuantitativa.

Algunos de estos rasgos se vinculan a la visión holística que se asume sobre el problema y los participantes, se orienta a un sentido inductivo y no deductivo, los participantes no son aislados como variables, más bien son estudiados en su diario vivir.

Esta investigación se desarrollará bajo el análisis fenomenológico interpretativo el cual es un enfoque de investigación cualitativo que tiene como razón de ser, comprender como las personas le otorgan significado a sus experiencias (Smith et al., 2009). Para Howit y Cramer (2011) el análisis fenomenológico interpretativo busca generar una descripción minuciosa y en profundidad de las experiencias particulares tal cual como son vividas y entendidas por una persona. Su objetivo es estudiar un acontecimiento, pero desde la perspectiva de quien lo vive ya que, parte del supuesto de que las personas tratan de elaborar significados sobre sus experiencias.

No obstante, el AFI se preocupa por la experiencia vivida y los significados atribuidos a esta, es claro que no se puede acceder a estos significados de forma directa, pues se encuentran en lo más interno de las personas, esto amerita un esfuerzo y compromiso hacia la interpretación por parte del investigador. Finalmente, los procedimientos para la selección de los participantes el análisis y la recolección de datos son descritos a continuación:

La manera de seleccionar a las personas que participaran de este proyecto será de carácter intencional, personas que tengan variadas experiencias con el trastorno de la depresión para así de esta manera poder captar el fenómeno en su mayor variabilidad, es decir no solo incluir personas que hayan tenido trastorno depresivo y lo hayan superado; sino también personas que hayan tenido dificultades para superar su depresión, además de esto incluiremos personas

promedias en cuanto a su experiencia. Otra característica es que además de tener depresión sean víctimas de violencia intrafamiliar.

5.2. Instrumentos

El análisis fenomenológico interpretativo, exige una técnica de recolección de datos que permita a los participantes del estudio, elaborar una descripción detallada y profunda de sus vivencias subjetivas del fenómeno en función (Smith & Shinerbourne, 2012).

Entrevista semiestructurada. Este tipo de entrevista facilitan que tanto los participantes con el investigador participen de un dialogo, en el cual los interrogantes iniciales se irán modificando como consecuencia de las respuestas de los participantes del estudio. La entrevista consiste en una serie de preguntas circunscrita al área de interés, las mismas son solo una guía, una orientación, no se fijan a un parámetro inalterables.

5.3. Procedimiento

Para conformar el grupo de participantes del estudio, primero se recurrió a presentar la documentación correspondiente al comité de investigación de la corporación universitaria para la respectiva aprobación.

Para el acceso a los participantes de este estudio se pretende adquirir por el método de muestreo en cadena (bola de nieve) con el requisito que estén con diagnósticos de trastorno

depresivo, de tal manera que podamos recibir un conocimiento de las experiencias vividas con estas personas que se encuentran en tratamiento, para la realización de las entrevistas semiestructuradas en profundidad, que se llevaran a cabo en el periodo de agosto y septiembre del 2019.

5.3.1. Análisis de datos

Para el AFI la experiencia vivida por cada participante del estudio es de gran relevancia y son dignos de ser estudiado, esta realidad descrita por el participante se convierte en datos profundos y complejos lo cual impulsa a los investigadores a poder descifrar, de este modo se sumergen en los datos verbales, en las transcripciones que se realizan en las entrevistas, llevando a cabo así el trabajo interpretativo. Por lo anterior descrito se puede llegar a la conclusión que el análisis fenomenológico interpretativo facilita una guía para el análisis de los datos, la cual, según las necesidades del investigador, puede ser en gran medida adaptado a las circunstancias (Duque & Aristizábal, 2018).

De este modo surgen una serie de etapas descritas por distintos autores (Leavy, 2014; Pietkiewicz & Smith, 2012; Shinebourne, 2011; Smith & Shinebourne, 2012; Smith & Osborn, 2008; Willig, 2013) y tenidas en cuenta en distintas investigaciones realizadas (Campbell & Morrison, 2007; Dean, Smith, Payne & Weinman, 2005; Gill, 2014; Harris, 2012; Hunt & Smith, 2004; Mathews, 2012; Nunnerley, Hay-Smith & Dean, 2012; Raval & Smith, 2003; Shinebourne & Smith, 2011; Smith & Rhodes, 2015). Estas fases representan la interacción el proceso de análisis e interpretación de los datos. Aquí, se revelarán significados a modo de grandes temas,

estos reflejarán significados otorgados a la experiencia vivida (Duque & Aristizábal, 2018). Posteriormente se describirán cada una de las etapas o pasos que serán seguidos para el análisis de los datos (Duque & Aristizábal, 2018).

5.3.1.1. Primer paso: comentarios iniciales

Lo principal es familiarizarse con la información ya recogida, esto se hace mediante una lectura iterativa de las transcripciones; generando así nuevos *insights*. De este modo se realizarán anotaciones en cada una de las líneas, a un costado del margen, hacia el lado derecho del mismo. Estas anotaciones representan aspectos interesantes y significativos que el investigador haya notado en su análisis de cada fragmento (Duque & Aristizábal, 2018). Aquí será crucial analizar el lenguaje mismo que emplean los participantes para elaborar sus respuestas, así como también, señalar, a través de anotaciones, frases que resaltan como muy llamativas y con un contenido emocional importante (Smith & Shinebourne, 2012).

Tabla 1. Comentarios iniciales

Transcripción original	Comentarios iniciales
I: Investigador	P: Participante
I: —¿En cuánto tiempo?	
P: —En cinco minutos, me diagnóstico en cinco minutos esquizofrenia, después fue que me hicieron los exámenes y eso.	
I: —¿Qué preguntas te hizo en ese momento...?	Asombro y sorpresa al recibir el diagnóstico
P: —No me hizo nada.	en tan poco tiempo, sin escucharla ni realizar
I: —¿Qué pruebas para que él llegara a la conclusión de que tenías esquizofrenia?	ningún tipo de evaluación. Su experiencia

P: —Ninguna, yo pienso que eso fue negligencia. Entonces, me resintió un poco, yo soy un poquito resentida, resentida no, como que desconfiada, y cuando ya yo estaba hospitalizada me caía de la cama, que era una cama así, cuando recordaba, las pastillas me dopaban casi todo el día, era horrible.

subjetiva no fue tomada en cuenta para emitir un juicio, no hay ningún aporte que ella pudiera hacer.

Ni el significado ni la experiencia del paciente son importantes, lo único probable es el diagnóstico.

Para emitir los diagnósticos psiquiátricos no se requiere ningún examen objetivo.

Fuente: (Duque, 2018)

5.3.1.2. Segundo paso: identificar temas emergentes

Una vez que se realice el primer paso, el investigador regresara esas mismas notas iniciales, para elaborar temas emergentes como síntesis de esas primeras notas sobre el margen contrario a donde se encuentran las primeras (Duque & Aristizabal, 2018). Los temas son términos o frases que resumen y sintetizan lo expresado en los comentarios iniciales, solo que adicionalmente se expresan en un lenguaje más técnico, un nivel de abstracción superior, intentando relacionar lo que el participante expresa, con la teoría psicológica correspondiente (Smith & Osborn, 2008).

Tabla 2. *Temas emergentes*

Transcripción original	Temas emergentes
I: Investigador	P: Participante
I: —¿En cuánto tiempo?	
P: —En cinco minutos, me diagnóstico en cinco minutos esquizofrenia, después fue que me hicieron los exámenes y eso.	El diagnóstico por encima de la persona. Desvalorización de la experiencia por parte de los clínicos.
I: —¿Qué preguntas te hizo en ese momento...?	El diagnóstico por encima de la persona.
P: —No me hizo nada.	
I: —¿Qué pruebas para que él llegara a la conclusión de que tenías esquizofrenia?	El diagnóstico psiquiátrico y su validez.
P: —Ninguna, yo pienso que eso fue negligencia (.) Entonces, me resintió un poco, yo soy un poquito resentida, resentida no, como que desconfiada, y cuando ya yo estaba hospitalizada me caía de la cama, que era una cama así, cuando recordaba, las pastillas me dopaban casi todo el día, era horrible.	La medicación psiquiátrica como una experiencia negativa.

Fuente: (Duque, 2018)

5.3.1.3. Tercer paso: agrupamiento de los temas

En esta parte, todos los temas emergentes serán trasladados a una hoja de papel en físico o una hoja de Word o cualquier otro procesador de texto, también se puede hacer uso de los ATLAS.TI —programas para el análisis de datos cualitativos—. Seguidamente se buscará una relación entre cada uno de los temas, agrupándolos con base en principios o similitudes conceptuales o temáticas, es decir, se recurrirá a un criterio semántico para el agrupamiento. Aquí podrán surgir temas superordinados, es decir, algún tema podrá subsumir o recoger a otros, como si tuviera algún “poder de atracción”, o de forma alternativa habrá que generar una etiqueta o frase que agrupe a un número de temas (Smith & Osborn, 2008).

Tabla 3. Agrupamiento de los temas

Temas mayores	Temas emergentes
La persona en la esquizofrenia	Comprendiendo la experiencia con la esquizofrenia Hablar ayuda a salir de las crisis El amor como tratamiento Espiritualidad Resiliencia Expectativas personales
El proceso de hospitalización	La hospitalización como una experiencia traumática El ambiente del hospital y el proceso psicoterapéutico Maltrato por parte del personal del hospital Abuso sexual hacia el paciente La hospitalización como una violación a su libertad

Fuente: (Duque, 2018)

5.1.3.4. Cuarto paso: elaborar tabla de temas

Luego de que se ha realizado el agrupamiento, se elaborara una tabla temática, lo cual estará acompañada por una presentación ordenada de los mismos, considerando los temas superordinados y los temas que agrupa (Duque & Aristizabal, 2018).

Cuando se hayan organizado cada uno de los temas mayores (superordinados) con sus temas, a estos últimos se les debe asignar un marcador, éste cumplirá la función de permitir el análisis y hallar la fuente textual de la cual surge, consta de una palabra clave, correspondiente a la transcripción y el número de la línea correspondiente a la entrevista transcrita (Smith & Osborn, 2008). Gracias a estos marcadores, se podrá retornar a la transcripción y analizar el extracto en contexto (Smith & Shinebourne, 2012). Este proceso será realizado con cada entrevista que se analice, generando al final una tabla por cada entrevista realizada. En la tabla 4 se da un ejemplo de lo mencionado anteriormente (Duque & Aristizabal, 2018).

5.3.1.5 Análisis de los otros casos y construcción de las tablas temáticas

Una vez se haya finalizado el análisis del primer caso y construido la tabla con sus temas, se procede al análisis de los siguientes casos. El investigador cuenta con dos alternativas; una de ellas propone realizar el análisis de los demás casos a partir de la tabla de temas del primer caso, y guiar así el trabajo analítico; o partir desde cero y seguir todos los pasos aquí descritos. En este punto, algunos autores (Smith & Osborn, 2008) sugieren, que cuando el número de casos sea pequeño, como ente investigación el análisis se haga caso por caso, y posteriormente con base en

las tablas individuales, identificar similitudes y diferencias entre los temas. Como última tarea, se construirá una tabla maestra, la cual representará la experiencia de todos los participantes, aquí el investigador deberá priorizar cuáles serán los temas superordinados que serán tenidos en cuenta y priorizados para su análisis, es decir, algunos temas mayores serán descartados con base en qué tan fundamentados están, logrando así articular la estructura temática de la experiencia del conjunto de casos. Para un mayor detalle con relación a la elaboración de las tablas individuales y maestras, se sugiere revisar investigaciones realizadas bajo este enfoque (Dean et al., 2005; Duque, 2018; Harris, 2012; Hunt & Smith, 2004; Shinebourne & Smith, 2011, 2015; Smith & Rhodes, 2015).

Tabla 4. Tabla de temas

Tabla de temas con sus respectivos extractos y número de línea			
<i>Maritza</i>			
<i>Entrevista # 1</i>			
Tema	superordinado	Continuación	
El tratamiento psiquiátrico		La medicación psiquiátrica como una experiencia negativa	
Desvalorización de la experiencia por parte de los clínicos		<i>Me dopaban</i>	66
		<i>Mi vida se estaba yendo en eso</i>	229
		<i>Si yo sigo durmiendo</i>	237
<i>Que tenía esquizofrenia</i>	38	<i>No me quise tomar la medicina</i>	244
<i>En cinco minutos</i>	59		
<i>Escribían todo el día</i>	266	La actitud psiquiátrica	
<i>Al final no le hacían nada</i>	480	<i>¿Dónde estaban las palabras...?</i>	267
		<i>Comenzaban a escribir</i>	272
El diagnóstico por encima de la persona			
<i>Y me dijo enseguida</i>	38		
<i>Y me metieron aquí</i>	56		
<i>Me hicieron los exámenes</i>	59		
<i>No me hizo nada</i>	62		

Fuente: Duque, H. (2018).

5.3.1.6. Calidad del estudio

Para garantizar que los procedimientos de recolección y análisis de datos han sido los apropiados, de tal forma que, los resultados y las conclusiones reflejen fielmente la realidad estudiada (Yin, 2015). Se utilizará, una de las estrategias más citadas en la literatura sobre el tema es el método de la triangulación (Denzin & Lincoln, 2018; Flick, 2012; Miles, Huberman, & Saldana, 2013; Taylor et al., 2015; Yin, 2015). Con este término se indica la utilización, en un mismo estudio, de varios métodos, técnicas o fuentes de datos (Taylor et al., 2015).

Para ejemplificar un poco lo anterior, pensemos en un estudio que tiene como propósito, conocer la experiencia subjetiva frente a un hecho en particular (ser estudiante de psicología o presentar un primer episodio de esquizofrenia). La técnica que han considerado los investigadores para la recolección de datos es la entrevista en profundidad, sin embargo, adicional a entrevistar a los participantes, también han decidido realizar sesiones de observación, de esta forma, los investigadores podrán corroborar y verificar mucho de lo que han encontrado luego del análisis de las entrevistas. Lo mismo podría suceder si recurren a otras fuentes de datos, ya no los participantes en sí, sino también, personas allegadas y que conocen de cerca la experiencia y lo que han vivido los participantes del estudio. También se podría triangular desde los investigadores, es decir, el mismo trabajo de recolección y análisis de datos, lo harían investigadores distintos a lo que en un principio realizaron el trabajo (Duque & Aristizábal, 2018).

En conclusión, esta estrategia suele ser utilizada con fines a proteger el estudio frente a posibles tendencias de los investigadores, también, como una herramienta para corroborar y verificar los datos recopilados. Apoyándose en otro tipo de datos y otras fuentes, los investigadores pueden lograr una comprensión más confiable y profunda de las personas y de las experiencias o situaciones sociales objeto de estudio, generando así una mayor confianza en los hallazgos de la investigación (Taylor et al., 2015).

5.4. Consideraciones éticas

El problema concreto de la ética con respecto al estudio cualitativo está promovido, principalmente, por el retrato de personas e instituciones que están sujetas a la posibilidad de ser reconocidas. Algunos sociólogos adoptan la opinión de que no debería permitirse que las consideraciones éticas de esta clase bloquearan la búsqueda de la verdad; hay también sociólogos que sitúan las consideraciones éticas en el contexto de la responsabilizarían y del «derecho a saber». A juzgar por las opiniones de los comités éticos de distintas asociaciones de sociólogos y psicólogos, los que toman posturas firmes son minoría. No obstante, hay una disputa básica en torno a si los datos recogidos sobre la gente deben ser considerados de su posesión y, por este motivo, controlables por ella en extremo, o si pertenecen a los investigadores que los han recogido, estando sólo sujetos a los principios éticos de éstos (Stenhouse, 1991).

Quienes creen que, en principio, los datos pertenecen a las personas estudiadas utilizan varios procedimientos para negociar el contrato o el consentimiento del participante sobre el permiso para usar los datos recopilados. Se ha hecho evidente que las personas estudiadas no

siempre ven con claridad las aplicaciones de su consentimiento, y, por tanto, muchos de quienes trabajan en estos estudios entienden que, si bien el contrato puede ser necesario, no exime al investigador de más consideraciones éticas. Podría considerarse un principio razonable evitar que los datos se empleen de forma que amenace perjudicar a los participantes, pero es difícil interpretar esto en términos de previsión de riesgos a la vez que en términos de lo que debe ser considerado claro perjuicio (Stenhouse, 1991).

6. Resultados

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos respondiendo a los objetivos de la investigación. Desde el análisis fenomenológico interpretativo permitió desarrollar a través de los datos registrados en las transcripciones de las entrevistas de la experiencia de los tres participantes en estudio cinco temas maestros y veinte subcategorías. Las cuales, con fines de lograr el rigor de los datos, en los anexos se hayan las entrevistas, loa análisis y los temas que surgieron luego de triangular la fuente, de esta forma será posible evaluar, no solo la consistencia de los datos, sino la correspondencia de estos en cuanto a la realidad estudiada.

Tabla 5. *Temas maestros*

Temas maestros	Categoría subordinadas
	Comprendiendo la experiencia con la depresión.
	Expectativas personales
La persona en la “depresión”.	Espiritualidad

	Hablar ayuda a salir de la crisis
	Resiliencia
	Experiencia con la depresión
	Depresión y relaciones interpersonales
	Depresión como un problema psicológico
	Depresión como experiencia significativa
Características de la “depresión”	La depresión como una experiencia traumática.
	Crisis
	Estrategias de afrontamiento
Factores psicosociales de la depresión	Experiencia de vida y depresión
	Trauma y depresión
Violencia intrafamiliar	Exclusión familiar
	Violencia como factor de depresión
	Violencia domestica como experiencia traumática
	Infidelidad
Tratamiento psiquiátrico	La medicación psiquiátrica como una experiencia negativa
	Diagnostico por encima de la persona

Fuente: elaboración propia.

6.1. La persona en la “depresión”

A lo largo del análisis de los datos se aprecia como la experiencia de los participante con relación a la “depresión” no abarca solo aspectos en cuanto a su sintomatología, sino que abarca un amplio significado de ser persona es decir, que tras tener un diagnóstico por un médico, una serie de emociones negativas, sentimientos de culpa y un aislamiento social que en muchos de los casos son familiares, necesidad de ser escuchado, sufren, llora y se interroga sobre el sentido de sus vidas; personas que a pesar de tener estas dificultades, tienen a lo largo de sus vidas metas, sueños y proyectos por querer cumplir.

6.1.1. Comprendiendo la experiencia con la depresión.

La “depresión” no la podemos asumir que solo queda a la merced de un puñado de síntomas, ni siquiera como un síndrome (conjunto de síntomas), sino catalogarla como un trastorno que englobaría en un todo, afectando a la persona que la padece la cual así misma trata de conseguir darle un sentido a su vida, y de dar una significación a la experiencia que están viviendo.

Fue así como se evidencio en el discurso de los participantes, una necesidad de descifrar aquellas vivencias aquel padecimiento que tanto ha transformado sus vidas.

“Cuando siento que me pongo muy triste y no se ni porque, muchas veces lo sé cuando llego a un nivel de estrés que siento que no puedo más, también cuando

comienzo a pensar en los problemas que han pasado por mi vida; me pongo triste, quiero estar muchas veces sola, y si lo estoy lloro con facilidad” (Ana p.5, 73).

En la experiencia de Ana se identifica que coexiste la necesidad de descifrar su problemática y de hallar respuesta a ella.

Lo vemos en Marta: *“como una tristeza grande como que nada en el momento te llena, todo es tristeza, es una tristeza profunda y muchas ganas de llorar”* (Marta p. 2, 48,49), considera que su experiencia con la depresión se convirtió en un fenómeno aprendido con la cual logra identificar como una profunda tristeza.

Y en el caso de Alex: “me empecé a sentir mal, este había veces en que ya yo no podía aguantar esa tristeza y yo me ponía a llorar, pero me ponía a llorar que mi mamá ni nadie me viera” (Alex p.4: 83,84).

Podemos concluir que nuestros participantes logran comprender la experiencia con la depresión al identificar que está es un profundo sentimiento de tristeza que termina en llanto.

6.1.2. Expectativas personales

Uno de los grandes cambios de vivir con “depresión” es tener cambios emocionales repentinos, estar ligado a los tratamientos farmacológicos, por otro lado, soportar la estigmatización social, los problemas de falta de recursos económicos y las cada vez mayores

exigencias sociales para ir al ritmo de la vida moderna, a lo que le sumamos la falta de apoyo y de oportunidades y a la inclusión familiar. Frente a todas estas situaciones las personas con depresión tienen metas personales más generales y abstractas. En los siguientes fragmentos lo podemos identificar: *“bueno yo me quiero casar, quiero tener mi familia (.) tener mis hijos, trabajar lo que (0.3) Me veo con mi familia porque quiero tener mi familia”* (Alex p. 10: 253-25)

“yo me lo pinto aquí con Fernando como le digo yo si tú quieres, si tú quieres llegar a viejito conmigo aquí porque yo de aquí no me voy a ir porque aja, porque de aquí me sacan para el cementerio le digo yo le digo si tú quieres aquí nos quedamos así aquí con él”. (Marta p. 13: 384-385-386)

Frente a todas estas situaciones es usual que las personas se pregunten sobre el futuro y deseen que su situación algún día termine estableciéndose metas y proyectos que den como esa luz de esperanza para sacar ganas.

Por su parte Alex a pesar de una mala experiencia que tuvo con una persona, desea casarse y formar una familia, Marta darle la oportunidad a su compañero a pesar de la infidelidad de la que fue víctima.

6.1.3. Espiritualidad

A la hora de compartir su experiencia con la “depresión” cada uno de los participantes evidenciaron a través de sus relatos como lo espiritual se convierte en un factor significativo y

trascendental, para el caso de Alex: *“bueno he aprendido a tener fe (.) porque los domingos voy a misa entonces cuando salgo de misa ya me siento como que un poco más relajado, hablo con alguien y le cuento todo y es a Dios (Alex p.8: 196-198).*

“Si, Como te dije ahora me hicieron una beocia, que eso también me tiene ahí rogándole a Dios” (Marta p. 5, 144)

Para el caso de Alex el asistir a la iglesia fue como un resguardo a la angustia frente a la depresión; sintió como experimentaba un estado de relajamiento, por el lado de Marta no solamente expresa su creencia en Dios, sino que ante esto realiza conductas rituales como la oración; mostrando así que Dios es fuente de incertidumbre y de esperanza.

6.1.4. Hablar ayuda a salir de la crisis

Una de las ideas que da origen a esta investigación está fundamentada en considerar la experiencia subjetiva de las personas que han vivido la depresión por violencia intrafamiliar de manera directa, cuando se trata de patologías mentales, una buena (o mala) frase puede hacer la diferencia.

Con los argumentos propios del discurso de los participantes, los cuales ayudaran a comprender mucho mejor la importancia de poder escuchar a quienes están en esta posición, que han vivido de forma directa de la cual tienen amplia experiencia *“tengo una amiga muy especial*

ella. Ella estudio conmigo en la secundaria y todo eso (.) y por el WhatsApp” (Marta p. 9, 250,251).

Es común que la depresión afecta todo el entorno de la persona y hace que no se sientan comprendidas, incluidas y aceptadas y al sentirse escuchada, en este caso por su mejor amiga, genera un estado de bienestar en la vida de Marta: *“me da palabras de aliento, me habla, me aconseja”* (Ana p.9, 250,251) y con el Alex se presentaba un vínculo con los investigadores: *“Cuando vine a hablar con usted, me levantaba con más ánimo”* (Alex p. 12,305)

Hablar acerca de lo que ha sido la experiencia con la depresión, no solo ayuda a disminuir la angustia, sino que también le proporciona la motivación para seguir adelante en el proceso de recuperación.

6.1.5. Resiliencia

La depresión puede considerarse en sí misma una experiencia traumática lo cual nos daría a entender de que quienes la sufren estarán sometidos a diferentes situaciones que impactan desde lo emocional hasta lo conductual. Superarla implicaría características y factores circunstanciales. Los tres participantes de este estudio lograron mostrar que tienen capacidad suficiente para superar circunstancias para seguir luchando por sus vidas superando cada una de las pruebas que esta les presenta.

Es como Marta se motiva a hablar de los planes que tiene con sus usuarias que ante cualquier situación se siente en la capacidad de intentarlo: *“ahora estoy haciendo algo con mis usuarias que nunca había hecho... tomar la iniciativa que si ellas no quieren yo si los voy a hacer ya”* (Marta p. 11, 323-332).

Por otro lado, tenemos a Ana se motiva mucho al lograr tener pensamientos positivos para así de esta manera buscar nuevas alternativas: *“positivos y realistas, no me hago idealismo”* (Ana p. 4, 96).

Por ejemplo:

“ayer me vi con mi papá entonces él me comenzó a hablar- ¿que cómo estaba?, ¿qué cómo me había ido en la universidad? y yo le dije que bien y pasamos un rato agradable (.) Porque nos sentamos cómo hablar y también como que me abierto a personas pues ya no siento como esa tristeza (Alex p. 11,290.293).

Finalmente vemos a Alex superando situaciones difíciles con su padre; actor principal de su depresión.

6.1.6. Experiencia con la depresión

El tener que lidiar con la depresión implica muchas cosas, se convierte en una etapa muy difícil a la cual día a día tienes que luchar, se experimenta una serie de síntomas y situaciones que en dado caso se convierten en situaciones muy traumáticas.

Hay síntomas en los cuales se sienten incapaces de hacer cosas con total naturalidad y de hacer cosas que nunca habían hechos como es el caso de Ana: *“siento que sí y mucho porque no solo estaba todo el tiempo triste, sino que llegue a emborracharme, mezclo vodka con wiski hago locuras con tal de olvidar.”* (Ana p.3,67)

Esto no quiere decir que las personas que la padecen tengan los mismos comportamientos, ni siquiera en todos los casos se manifieste de la misma manera; en la mayoría de los casos, las emociones se desbordan en cualquier momento al punto que no puedes reprimir las lágrimas como fue el caso de Marta: *“bueno a veces me encierro a llorar”* (Marta p. 8,235).

El llanto y la tristeza suelen ser los síntomas principales de las personas que padecen depresión. Se manifiesta de diferentes maneras y con distinta intensidad dependiendo del sujeto. Es muy habitual que la persona que lo padece no se dé permiso para sentir la tristeza de forma adecuada y esto contribuya a generar mayor malestar.

6.1.7. La depresión y las relaciones interpersonales

La depresión es la principal causa de deterioro de salud mental. El ser humano necesita 'motivos' para actuar, deseos, ilusiones, objetivos que den sentido a su vida. A la depresión se llega, y una vez llegados, permanecen en ella por una apatía, una desgana, una desilusión y falta de sentido de la vida que parece 'vegetativa', absurda mucho más cuando deciden vivir aislados sin motivación para establecer relación con otras personas.

Sin motivación no estamos predispuestos a actuar, y más bien la tendencia es a abandonarse en la inactividad, en un esperar sentir una motivación positiva:

“Digamos que ahorita mismo, con el estrés siento que exploto, cualquier cosa que no me den solución enseguida exploto, creo que no lo estoy controlando muy bien, la mayoría del tiempo me gusta andar sola, y solo me la paso escribiendo por WhatsApp con mi novio; pero normalmente me siento sola.” (Ana p.4, 86)

“bueno ahora soy un poquito más sociable que antes- yo si era muy cerrado a las personas”
(Alex p.8,205)

Tener unas relaciones interpersonales sólidas es tan importante para llevar una vida sana, el no tenerla se convierte en un mal síntoma para la salud, y para el proceso de recuperación, de manera que algunos como es el caso de Alex logran entender que esto le hace bien y deciden establecer una buena relación social o por lo menos intentarlo.

6.2. Características de la depresión

Por medio de este tema se abordarán las definiciones sobre la depresión que ofrecieron los participantes del estudio. Así mismo se citarán afirmaciones que revelan la postura frente a la naturaleza de la depresión. Por último, se describe la experiencia con la “depresión” como un hecho significativo en la vida de cada uno de los participantes:

6.2.2. La depresión como un problema psicológico

Para algunos de nuestros participantes consideraron la depresión como un problema psicológico, lo anterior apoya justamente la idea de que es un proceso que puede llevar emociones y sentimientos que se pueden considerar patológicos. Sin embargo, son las experiencias de vida, el trauma entre otros factores psicosociales los causantes de este acontecimiento. A continuación, se exponen varios argumentos ofrecidos por los participantes:

“Ajá exacto, Como el día del bautizo de mi sobrinito que este estaba mi mama, estaba la familia (.) porque fue algo familiar y yo ese día yo me sentí triste, y yo misma me decía es que yo misma me digo porque estoy triste si estoy aquí con mi familia (.) pero era una tristeza que yo sentía” (Marta p.4, 86).

“(…) bueno a mis compañeros de la universidad creo que, si les afecta porque yo llegó muy callada a la universidad, que me siento muy aparte y no con £ ellos£” (Alex p.9,231,232)

Y continúa diciendo

“(…) entonces yo sentía que mi mamá no nos iba a querer más por eso no le hablaba ni a ella ni a él, entonces yo eso se lo comete a mi abuela y yo llorando le decía a mi abuela ahora que nació mi hermanito mi mamá ya no nos va a querer a mi otro hermano” (Alex p.12,335-337)

“Lo piensan así que el problema mío es desde que mi mama volvió a tener otro hijo.” (Ana p.3,51)

Algunas teorías definen la depresión como resultado de pensamientos inadecuados, donde el individuo que la padece hay en él, una distorsión cognitiva con una alteración de la realidad viéndose de forma negativa ante el mundo y el futuro (triada cognitiva) es el caso de Ana al considerar a su hermano un problema para ella y su futuro, y si logramos ver hay una relación entre Ana y Alex en cuanto a la percepción del sentimiento de afecto por parte de su mama, al considerar que con la llegada de este, se desplazaría el amor de ellos hacia ese nuevo miembro.

6.2.3. La depresión como experiencia significativa

Para todos los participantes del estudio “la depresión” es considerada como una experiencia de gran significado personal, en términos generales esta vista como un acontecimiento de mucha angustia y traumatizante.

A continuación, se describen estas experiencias: “*Traumarte*” (Alex p.1, 23) “(...) *como una tristeza grande como que nada en el momento te llena, todo es tristeza, es una tristeza profunda y muchas ganas de llorar*” (Marta p. 2, 58.59)

Una de las experiencias más significativa de la depresión es la tristeza profunda sin sentido, un estado de intensa angustia, un estado tráumate en donde se experimenta la necesidad de ser comprendido y aceptado.

“La depresión para mí es un bajón de ánimo que no se establece con nada, es más puedes estar deprimida por afectos emocionales porque a veces no te sientes comprendida y aceptada, eso es lo que básicamente te da para una depresión.” (Ana p.1, 21).

Al indagar más a fondo le preguntamos a Ana como comenzaron esas experiencias en su vida y de ¿cómo se sentía? De forma muy clara dijo: “(...) *me daba igual todo lo que pasa a mi alrededor, no quería sentir, sentía que tenía un corazón de piedra, no le encontraba sentido a nada, me daba igual todo*”. (Ana p.1, 29).

Cuando la persona se siente rechazada por los demás suelen crear barreras como mecanismo de defensa para salvaguardar sus sentimientos. Se puede observar como los pacientes desarrollan definiciones de la depresión con base a sus experiencias, a su vez queda suficientemente claro que este acontecimiento en sí mismo resulta estremecedor aterrador y angustiante.

6.2.4. La depresión como una experiencia traumática

La experiencia con la depresión a menudo resulta frustrante y traumática para quienes la vivencian, para cuando estas experiencias tienden a agravarse suelen generar muchas dificultades en el diario vivir de estas personas como es el caso de nuestros participantes.

“Pues estallo, siento que no me comprenden, que no me entienden, que todo le da igual a todo el mundo, mientras yo por allá retirada y sola”. (Ana p.5,110). En el caso de Ana vemos cómo se siente frustrada al no sentirse comprendida; con una necesidad de falta de afecto por parte de las personas que ella considera muy importante para ella. Por otro lado, tenemos el caso de Marta una mujer que no puede siquiera comentar su situación o su trauma con la depresión al experimentar su llanto fácil sin ningún motivo.

“Si, aja si (hhh) porque me pongo a llorar y a llorar, así (x) como estoy ahora que no puedo comentar el caso porque enseguida es así (hhh)” (Marta p.9,262-263)

“(...) lo hago con la finalidad de olvidar todo lo que viví cuando era un niño” (Alex p.8, 212)

Una manera de refugiarse o de olvidar su trauma con la depresión es buscar el refugio en los demás como un mecanismo de defensa para su olvido.

6.2.5. Crisis

Bueno yo comencé llorando, yo me la pasaba llorando, llorando, llorando, por cuestione::s familiares que me pasaron, que me paso un problema con mi esposo y de AHÍ, es que yo he venido- y sin embargo él se fue:, y yo quede tran(x) tranquila pero cuando el vino yo seguí tranquila pero en el transcurso de los días, se me entro por llorar, y llorar, y llorar, pues ya yo antes había tenido una cita con el psiquiatra porque he tenido trastorno de sueño desde mucho: *“rato atrás”* (Marta p.2, 35- 39)

“cuando yo llegaba haya esa casa es muy grande (.) y es de 2 piso y como yo era el primer nieto entonces yo no tenía quien me acompañara haya y en las tardes pues que yo- y que se oscurecía el día (.) yo::: como que me ponía a llorar (.) como era el cuarto de mi abuelo, yo empezaba a mirar el cielo y de ahí era como que me entraba la tristeza y empezaba a extrañar a mi mamá” (Alex p.3 66-70)

“¿cómo se? Cuando siento que me pongo muy triste y no se ni porque, muchas veces lo sé cuando llego a un nivel de estrés que siento que no puedo más, también cuando comienzo a pensar en los problemas que han pasado por mi vida; me pongo triste, quiero estar muchas veces sola, y si lo estoy lloro con facilidad.” (Ana p.3,73)

Nuestros participantes expresaron de manera subjetiva su vivencia de como experimentan las crisis dentro de la de presión algunos consideran que los sucedidos y del sentimiento que sienten en el momento lo relacionan con problemas familiares en el caso de Marta.

En el caso de Alex asocia sus primeras crisis con acontecimientos desde su niñez como evento generador de tristeza. Ana lo relaciona con los altos niveles de estrés que genera el pensar en los problemas familiares.

En lo dicho anteriormente hacemos relación que las crisis dentro de la enfermedad son producidas por diferentes factores desde la óptica de cada persona y de su nivel socio cultural.

6.2.6. Estrategias de afrontamiento

Los problemas mentales ejercen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad. La depresión es un fenómeno resultante de la relación resultante de eventos de su entorno y personas, que son evaluados como desmesurados y amenazantes para sus recursos y pueden poner en riesgo su bienestar. El individuo debe implementar estrategias que le permitan afrontar dicha enfermedad orientadas a minimizar, dominar y tolerar dichas demandas internas como lo hicieron nuestros participantes de estudio a continuación descritas.

“si, salir camino recorro algunos parques eso siento que me ayuda mucho, yo misma trata de levantarme, ósea no me dejo caer. En muchas ocasiones pongo mi corazón duro” (Ana p.4, 77) Para Ana una de la mejor estrategia es salir y caminar, siente que le ayuda mucho en momentos de crisis “(...) me gusta divertirme, y así me gusta participar y hablar y fregar (...)” (Marta p.4 ,96-97).

6.3. Factores psicosociales de la depresión

La idea de que la depresión influye de factores externos e internos los cuales podrán ser entendidos desde un marco de experiencia de vida.

6.3.2. Experiencia de vida y depresión

No solo las experiencias anteriormente mencionadas contribuyeron para que estas personas experimentaran la depresión, algunas otras, con menor impacto emocional aportaron para el desarrollo de esta.

Así lo deja ver Alex al considerar que no solo la violencia domestica por parte de su padre influyo; sino también el hecho de tener una desilusión amorosa “(...) *está la de hace años tuve una relación y ella me hizo sentir muy mal*” (Alex p.4; 95, 96) y continúa diciendo “(...) *hubo un momento en que yo me desmayé a raíz de esa reacción que yo empecé a sentir*” (Alex p. 4; 105, 106). Al tener una mala relación contribuyo a empeorar los síntomas depresivos que afectaba su vida en esos momentos de violencia intrafamiliar.

Por el lado de Marta habló de dos incidentes que influyeron significativamente en su vida; uno de esto está relacionado con la infidelidad de su esposo. Hecho que la deprimió considerablemente al punto de no poder conciliar el sueño.

“(...) me pasó un problema con mi esposo y de ahí, es que yo he venido y sin embargo él se fue, y yo quedé tranquila pero cuando el vino yo seguí tranquila, pero en el transcurso de los días, se me entro por llorar, y llorar, y llora, pues ya yo antes había tenido una cita con el psiquiatra porque he tenido trastorno de sueño” (Marta p.2; 36, 37, 38, 39)

“*Lo que tienen todas las mujeres (...)*” (Marta p.3, 79). Para Marta es evidente que los problemas y experiencias de su vida, influyeron para que sufriera de depresión; ante esta situación asocia su depresión con hechos de su vida.

Cabe anotar que la experiencia de Alex y Marta se convierten en evidencias para seguir considerando cada vez con mayor fuerza la idea de que la depresión entendida desde el marco de la experiencia subjetiva es una experiencia propia del desarrollo de vida.

“(...) es que han sido tantas las cosa, por ejemplo, el tener un fastidio hacia mi propia madre, no sé si es por el resentimiento que se mueve en mí... Lo más difícil ha sido adaptarme al cambio que ella me obligo a tener.” (Ana p.4,83)

La experiencia de Ana es un profundo resentimiento con su propia madre, lo que hace que su sintomatología aumente.

6.3.2. Trauma y depresión

Al conocer la experiencia con cada uno de los participantes logramos establecer como cada uno de ellos relaciona los inicios de la depresión como una serie de acontecimientos de carácter traumático.

El evento más significativo e influyente para la vida de Ana a parte de la violencia domestica por parte de su padre, fue el nacimiento de su propio hermano, al considerar que su

madre desplazaría su amor hacia su hermano y ella quedaría apartada de tal vínculo; y eso se volvió un rechazo hacia su progenitora.

“(…) para mí es algo que no sé si me lo logres entender. Cuando yo supe que mi mamá estaba embarazada, llegue hasta maldecirla, no acepte a ese niño, es la hora y me cuesta aceptarlo como hermano. Nunca incluso un día llegue a patearle la barriga teniendo yo apenas 5 años, y desde entonces le he cogido rabia a mi mamá, ella dice que yo la odio” (Ana p. 2,439)

Para Ana el evento más significativo para el desarrollo de la depresión fue sin duda el nacimiento de su hermano.

“A mí hacen dos años recibí una noticia que tenía cáncer de piel, ahí me puse así, pero supere y hubo un día en que pase llorando también (.) pero eso lo supere y de ahí en adelante me operaron la nariz, me han operado los dedos... tú sabes que cuando dicen cáncer uno cree que se va a morir.” (Marta p.5, 129-134)

El caso de Marta a parte de la infidelidad es que establece como causa a todo lo que le sucedió, con la severidad y cronicidad de su salud también como factores predominantes de la depresión.

“A veces me desmaye porque yo no comía y duraba (.) ya nosotros habíamos terminado (.) y yo no comía porque no me daba hambre y de la tristeza yo me ponía a

llorar- después cuando yo me empecé a convulsionar y me desmaye” (Alex p.4,108-110)

Para Alex el hecho más trascendental e influyente para el desarrollo de la depresión es haber sido víctima de violencia intrafamiliar y víctima de infidelidad. De esta manera se logra identificar las diferentes causales en la génesis de la depresión.

6.4. Violencia intrafamiliar

La familia es la agrupación social más importante de los seres humanos, por otro lado, la violencia intrafamiliar o violencia doméstica es el ejercicio de la violencia en el seno de una familia; es decir es la acción u omisión que el integrante de la familia ejerce contra otro integrante y le produce un daño físico, psicológico o sexual.

La violencia domestica puede incluir distintas formas de maltratos, desde intimidación hasta golpes, pasando por acoso a los insultos; El violento puede ejercer su accionar contra un solo integrante de la familia (como su pareja o su hijo) o comportarse de forma violenta con todos. La violencia intrafamiliar se ha convertido en uno de los factores detonantes de depresión, así lo manifiestan nuestros participantes de la investigación.

6.4.2. Exclusión familiar

La depresión es una enfermedad que ha ido aumentando progresivamente en la población en general, consecuentemente se hace presente en la familia, hay que tener en cuenta que, en esta están imbuida factores culturales que orientan las vivencias. Considerar algunos aislamientos podrían perjudicar la comprensión de su funcionamiento que solo pueden ser aprendidos en un proceso de relación mutua: *“creo que no, a mi parecer creo que no les importa.”* (Ana p.1,95 e. 1)

“yo siento que no lo notan (.) <yo siento que no lo notan porque>, yo vivo con el esposo de mi mamá entonces mi mamá tuvo un niño con él y él haya en la casa pues él está pendiente del niño y mi mamá está pendiente de mi hermano, entonces yo estoy como solo ahí.” (Alex p. 8,216-219 e.2)

“Bueno con dos primos hijos de mi abuelo, pues con ellos no me las llevo muy bien, ellos siempre me han creído la menos de mi familia”. (Ana p.2,41) Se logra identificar como la familia de Ana y de Alex ni siquiera logran identificar las manifestaciones iniciales al reconocimiento de la enfermedad, y de la necesidad de un acompañamiento por parte de ellos, esa no percepción por parte de la familia, los síntomas en muchos casos son considerados como: pereza, indisposición, ociosidad o debilidad que en dado caso son tergiversado y he ahí donde viene la exclusión por parte de ellos.

6.4.3. Violencia intrafamiliar como factor de depresión

La violencia intrafamiliar también constituye un serio problema de salud pública, pudiendo existir evidencias de que ésta es un factor de riesgo para su desarrollo.

El impacto de la violencia puede traer consecuencias desastrosas sobre la salud mental; como una elevada incidencia de diferentes tipos de enfermedades entre ellas está la depresión.

“bueno cuando...- en (x) esta vez la que ha propiciado porque cuando el volvió y esa vez yo estaba aquí llorando yo lo cogí por la espalda así a puños... pero esta segunda vez que lo cogí a chancleta como coger a un pelaito £chiquito£ él vino y me las devolvió aquí en confianza (.) yo digo que ya (hhh)” (Marta p.13,389-395)

“(...) con mucho gusto, cuando yo tenía alrededor de 6 años de edad, me comenzó a pegar mi papa por culpa de ese niño, un día lo saque del corral y lo deje en el piso; yo lo sacaba lo dejaba en el piso y yo me metía en el corral, entonces conozco a pegarme duro por la espalda y mi mama se lo permitió.” (Ana p.2.59)

Alex al preguntarle que si la violencia había sido un factor detonante de la depresión contesta muy tristemente y sin más palabras: “Si” (Alex p.5,120). Si analizamos el caso de nuestros tres participantes haríamos una aproximación de que algunos casos la violencia doméstica es el reflejo de relaciones de poder o jerarquización.

6.4.4. Violencia domestica como experiencia traumática

Las secuelas emocionales a modo de cicatrices psicológicas se refieren a las secuelas psíquicas más frecuentes en las víctimas de violencia intrafamiliar. Se trata en algunos casos de alteraciones en el funcionamiento psicológico habitual, esta transformación puede evolucionar de un estado crónico a una secuela de trastorno de depresión. Como lo muestran a continuación nuestros participantes:

“al tener yo 8 años mi mama se fue para la calle, para su iglesia y yo me volé y me Salí de la casa y vino mi papa y me estrello contra un árbol, lo más lógico es que mi mama se separara de él y nunca lo hizo, yo quería eso porque no aguantaba vivir más bajo la violencia. Él se aprovechó porque mi abuelo me dejo porque murió cuando yo tenía 10 años, desde ahí cambie horrible” (Ana p.3,63)

“porque::::, cuando yo era pequeño yo veía cuando mis papas discutían (.) entonces cuando empezaban a pelear y se pegaban entre los dos entonces yo crecí como:: con ese miedo (.) que cuando:::: se separaron yo viví después de un tiempo- mucho tiempo donde mi abuela, entonces cuando mi papá me iba a buscar yo no lo quería ver pero era por ese miedo que tenía” (Alex p.2,25-29).

En ambos casos se evidencia violencia intencional donde encierra lesiones físicas por parte del progenitor, cuyo resultado de dicha conducta es una depresión patente en las personas entrevistadas.

6.4.5. Infidelidad

Está claro que las consecuencias que puede sufrir una persona que fue traicionada por su pareja pueden ser bastante graves como el hecho de llegar a sufrir una depresión. Como es el caso de Ana:

“Que cosas, bueno esa Ana ya no es amorosa, esa Ana todo le da igual, no le importa prácticamente nada y dar oportunidades mucho menos. Ahí está la prueba supuestamente llevo casada 5 años y el esposo mío, me fue infiel y nunca lo he perdonado” (Ana p.3,60)

Acercas de lo que ocurrió Ana se muestra dolida e incluso sin ganas de darle una nueva oportunidad a su compañero, una pérdida de sentido vital al considerar que ya nada le importa y un desequilibrio emocional: *“Aja él tuvo una señora y entonces- vivía ahí, trabaja en el bloque de ahí, entonces yo a raíz de eso- y ya sin embargo yo estaba tranquila.” (Marta p.3,81,82).*

Al enterarse de la infidelidad de su esposo Marta tiene una sensación de vacío emocional aparentemente camuflando su tristeza con un estado de tranquilidad.

6.5. Tratamiento psiquiátrico

La presente categoría recoge las distintas experiencias de los participantes a los que hacer psiquiátricos y de lo que impacta de forma muy significativa el hecho de vivir con depresión. Las subcategorías son:

6.5.2. La medicación psiquiátrica como una experiencia negativa

Esta categoría recoge las distintas experiencias asociadas al consumo de medicamentos psiquiátricos. Algunos de los participantes compartieron sus sensaciones y los efectos que subjetivamente experimentaban a través de la ingesta de estos. Esos efectos y sensaciones desagradable que compartieron como algo que les estaba dañando la salud y como una sensación de dopaje.

“(venlafaxina 0.4), que, por cierto, el médico me la cambio, y eso me esta trastornando la salud (.) por lo menos hoy pase vomitando toda la mañana desde ayer estoy con mareos vomitando (.) hoy la pase vomitando toda la mañana” (Marta p. 1,15-17).

En el caso de Marta continuo con el medicamento, pero con menos dosis a pesar de que le proporcionaban mareos, pero aseguraba que como se iba a trabajar se les pasaban. Pero de igual manera existe un total rechazo a la medicación por sus efectos secundarios al afirmar que la hacen sentir vulnerable y sin ganas de nada: *“Sin ganas de na.; tú sabes es que tener un mareo*

así, un mareo constante y esas ganas de vomitar(.)” (Marta p.2,30-31). “(...) lo que pasa es que a mí la psiquiatra me dijo que yo no tenía por qué estar dopándome con midazolam y clonazepam”. (Ana p.4,100)

Es importante interpretar lo que Ana nos describe con “*dopar*”, lo que quiere decir hace relación a un estado de embotamiento y adormecimiento mental, como no siendo consiente a lo que sucede a su alrededor.

6.5.3. El diagnostico por encima de la persona

Cuando una persona está triste, no necesariamente se encuentra deprimida; “la depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana” por ende el profesional de la salud mental tiene que ser muy crítico. El diagnostico se hace mediante la entrevista clínica, teniendo en cuenta la información que aporte el paciente y otras personas cercanas, pero en muchos casos no tienen en cuenta la percepción de las personas. En esta subcategoría se describirán algunas experiencias y significados al hecho de recibir un diagnostico psiquiátrico.

“no concilio bien el sueño, entonces ese día yo fui al psiquiatra por ese motivo, al comentarle a la doctora ella me vio:: aja, y como yo comencé a llorar y ella me vio deprimida, entonces comenzó el tratamiento para la depresión y la ansiedad”
(Marta p.2,41-43)

La experiencia de Marta fue muy traumatizante al no esperar ese diagnóstico de una manera tan rápida y sin tener en cuenta su criterio.

7. Discusión

El propósito de esta investigación ha sido explorar los significados de un grupo de personas que atribuyen su experiencia con la depresión. Comparar y contrastar los estudios previos con los resultados; estableciendo las diferencias o las coincidencias a partir del reconocimiento de las debilidades (limitaciones) y fortalezas (aportes) del estudio, analizando y explicando los resultados que permitan obtener conclusiones y recomendaciones que puedan ser aplicadas en la práctica.

El objetivo de esta investigación fue conocer la experiencia de la depresión en víctimas de violencia intrafamiliar, desde la perspectiva de género y de cómo han sido sus vivencias. Después de realizar el análisis de los datos se pudo establecer como la experiencia de los participantes se extendió a lo largo de varios temas tales como la persona en la depresión, características de la depresión, factores psicosociales de la depresión, violencia intrafamiliar y tratamiento psiquiátrico.

Con relación a la presente investigación, los resultados mostraron la complejidad y lo amplio de la experiencia de la persona frente a la depresión. A continuación, se desarrollará cada una de las subcategorías maestras serán discutidas y contrastadas, tratando de establecer con ello similitudes y diferencias en la experiencia de otros sujetos, los testimonios recopilados en este

trabajo ponen de manifiesto el gran interés por el tema de la depresión en víctimas de violencia intrafamiliar y los aspectos que llevan a ella.

7.1. La persona en la depresión

A través de esta categoría se evidenció como la depresión es descrita a partir de lo subjetivo de los participantes, algunos de los síntomas de la depresión que identificaron como más frecuentes son los trastornos relacionados como estar deprimido, pérdida de interés, sentimientos de culpa, falta de concentración, fatiga, exceso o falta de apetito y problemas del sueño, entre otros. Ante esta investigación como estímulo, la mayoría de las participantes señalaron que había oído hablar de la depresión de manera coloquial pero no formal y casi todas reconocieron haberla padecido en diferentes grados, pero no la habían identificado como tal.

Es evidente que tras la depresión hay un ser humano alguien que sufre por no encontrarle sentido a lo sucedido, que extraña su vida antes de experimentar este acontecimiento, hay una persona con metas, desarrollar proyectos y tener un futuro con una familia para unos, para otros ser feliz con esta.

La depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. En la depresión todas las facetas de la vida emocionales, cognitivas fisiológicas y sociales podrían verse afectadas (Mackinnon Michels, 1971).

Pero esto para algunos simplemente es irrelevante sugiriendo, así como una práctica que se centra en la enfermedad y no en la persona lo cual estamos en desconformidad con esto, es por lo que hacemos una comparación con lo anterior dicho con lo que dice el ministerio de salud:

El Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) reporta que las atenciones por depresión se han incrementado desde el año 2009 y el diagnóstico de depresión moderada se realizó en 36.584 atenciones en 2015, se encontró que la prevalencia global de síntomas depresivos en adultos mayores fue del 41 % (IC 95 %: 35,4-46,9), en ambos sexos y se observó que, de los 60 años en adelante, la prevalencia disminuye a medida que avanza la edad. Además, se observó que las cifras de prevalencia aumentan con el estrato socioeconómico: mientras en el estrato 1 la prevalencia fue de 33,5% (IC95%: 29,6-37,7), en los estratos 5 y 6 fue de 57,1 % IC 95 %: 36-76) (MinSalud, 2015).

Otro hallazgo encontrado en el ejercicio de comprender la experiencia en la depresión se encontró lo siguiente, Watzlawick (1991), dice que toda conducta es comunicación, y es imposible no comunicar. Esto, está en sintonía con lo manifestado por Downey y Coyne (1990) y Gradillas (1998), cuando se refieren que los pacientes deprimidos pierden el gusto por hablar y las conversaciones se empobrecen. Ahora bien, ha sido muy revelador conocer que este hallazgo ya que está muy lejos con la experiencia de los participantes del estudio debido que el hablar los ayuda a salir de la crisis de este modo el diálogo contribuye el bienestar repercutiendo de forma positiva a la experiencia del participante.

Por otro lado, comparando con estudios actuales se puede establecer que algunos de los resultados fueron similares a pesar de que las experiencias de cada individuo son irrepetibles y únicas lo cual se encontró que el afrontamiento de la depresión y el surgimiento de una posible resiliencia por parte de los participantes del estudio atendió a los recursos personales, siendo el principal hallazgo el sistema de creencias, el cual influye en la forma como se le otorga significado a la adversidad, particularmente relacionado con su trastorno depresivo. Al igual que la espiritualidad juega un papel importante en la vida de los participantes de este estudio ya que es la fuente de esperanza para afrontar la depresión.

Lo anterior coincide con Alzate y Zuluaga Medina (2019) quienes argumentan que la fe desde su práctica religiosa y la búsqueda de este ser mediante conexiones trascendentales o espirituales en la oración o el participar en su congregación o comunidad, les revive su estado de esperanza y alivio ante sus situaciones difíciles Walsh (2017) indica que las creencias fortalecen las relaciones y la capacidad de trascender los tiempos difíciles, siendo una fuerza poderosa en la resiliencia. Aldana Alzate & Zuluaga Medina (2019) pareciera que el recurrir a la fe espiritual, les ayuda a lidiar con la adversidad, los reconforta y le minimiza su angustia o desesperación frente a su enfermedad mental. Como destacan Walsh (2017) y Rolland (2018) al enfrentarse a la adversidad tanto la religión como la espiritualidad ofrecen un consuelo y un significado que están más allá de la comprensión. La fe sostiene la creencia que se pueden superar los desafíos.

7.2. Característica de la depresión

Es común que las personas den una definición a la depresión desde lo subjetivo acerca de esta. Los juicios que estuvieron profundamente influido por lo que han sido sus vivencias alrededor de la depresión dentro de la violencia intrafamiliar, este hecho permite identificar como los participantes desarrollan sus propias explicaciones acerca de esta condición.

Para los participantes de estudio, estas experiencias fueron traumáticas el lidiar con las crisis propias de la depresión y el afrontar sus actividades diarias se convirtió en un reto que cada día deben de superar.

Martínez Lucena (2013), añade que los enfermos de depresión cambian de identidad siguiendo un itinerario similar según los estudios cualitativos hechos, un periodo de sentimientos incipientes durante el cual al enfermo le falta el vocabulario para identificar su propia experiencia como depresión; lo afirmado anteriormente es diferente a la experiencia de los participantes de este estudio ya que ellos logran identificar la gravedad de lo vivido.

7.3. Factor psicosocial de la depresión

Vásquez machado (2007) afirma que la depresión es un trastorno mental, entre las causas de esta se invocan factores biológicos y psicosociales; entre estos últimos se señalan diversos estresores que afectan a la persona y que son relativos al macromedio social y el micromedio familiar. De manera similar los diversos tipos de maltrato pueden manifestarse en diversos

ámbitos siendo más frecuentes dentro del hogar y ejercidos por la pareja u otros familiares. Lo cual es similar a la vivencia de los participantes de este estudio manifestando que los problemas y experiencias de su vida que resultaron siendo traumatizantes, influyeron para que sufriera de depresión; ante esta situación asocia esta condición con hechos de su vida y su historia familiar.

7.4. Violencia intrafamiliar

Autores como Castillo-Manzano (2008), mencionaban que la depresión se presentó en una proporción 3 veces mayor, en las pacientes que sufren violencia familiar que quienes no la padecen, hace evidente el impacto que ésta tiene sobre la salud mental de la mujer. Nuestros resultados coinciden en el discurso subjetivo de los participantes que la violencia doméstica es un factor detonante para la depresión en conjunto con la infidelidad considerada como una vulneración emocional por el dolor causado, por no lograra superar este evento, afectando el núcleo familiar del participante.

Martínez y Richters (1993), han reportado que los niños que son testigos o víctimas directas de violencia presentan altas probabilidades de padecer depresión y otros tipos de sintomatología emocional, Mulvey (1994), al revisar la literatura del tema ha concluido que la enfermedad mental también es un factor de riesgo para la violencia este hallazgo es similar con la vivencia de dos de los participantes en los cuales sufrieron violencia domestica a temprana edad y como consecuencia en su vida adulta sufren de depresión.

El vivir en medio de violencia no es nada saludable para ningún miembro de la familia, pues el resultado de este trato es la aparición de sentimientos de rechazo, hostilidad y remordimiento que tiene como consecuencia exclusión familiar, falta de respeto y de consideración los unos con los otros. Los recuerdos negativos que se convierten en tráumate para el quien lo vive, basados en las constantes agresiones físicas, verbales y psicológicas como la usencia, el sentimiento de soledad y la infidelidad.

Uno de los aspectos que permanece estable en las relaciones extramaritales, es el impacto que genera la infidelidad, el cual puede ser significativamente dañino para la relación, en adición al impacto psicológico en ambos integrantes de la pareja: culpa, traición, pérdida de la confianza, de la identidad, y angustia; además de los efectos fisiológicos: estrés, agotamiento y agitación crónica (Hertlein & Skaggs, 2005) manifestado de forma similar a esta investigación.

7.5. Tratamiento psiquiátrico

Como resultado de la experiencia recogida a través de este estudio, revelo una serie de problemáticas y descontentos con el tratamiento y la medicación psiquiátrica. Uno de los participantes mostro su desacuerdo frete al diagnóstico ya que le pareció apresurado y se sintió etiqueta bajo un diagnóstico, para ella el psiquiatra no indago a profundidad su caso. El uso de los fármacos conlleva a una experiencia negativa, llena de efectos secundarios y estado de sedación constante, afectando gravemente su salud física debido a mareos y vómitos contantes, interfiriendo de forma negativa su vida diaria.

Cabe mencionar que las etiquetas y no querer suministrar la medicación es una consecuencia algunos de los participantes tienen con respecto al trato del psiquiatra, desde su punto de vista solo les interesa a tender y receta y aumentar la medicación, sin indagar como se han sentido durante los días en que no han tenido contacto.

Ahora bien, para Bentall (2011) el problema de los diagnósticos psiquiátricos no solo implica la dificultad de la validez objetiva, también involucra aspectos que atañen a las personas y las consecuencias del uso de estos en el plano de lo emocional. Duque (2018) Para comprender los problemas del paciente por medio de un diagnóstico, facilitan para el psiquiatra un camino de certidumbre referente al pronóstico y tratamiento. Caso contrario sucederá para el paciente, quien experimentara algún tipo de respuesta emocional y se agravará en la medida en que el diagnóstico sea una predicción del futuro o si implica respuestas sociales como el estigma o el rechazo. Caso similar a la experiencia de algunos participantes de este estudio que en su discurso demostraron inconformidad por dicho diagnóstico frío y deshumanizado, aunque no pierden la esperanza de algún día no tener que volver a tomar medicamentos.

Para finalizar Duque (2018) menciona el uso de los fármacos psiquiátricos, estos no han quedado por fuera de la crítica, autores como la psiquiatra británica Joanna Moncrieff han cuestionado fuertemente la teoría que da sustento a este tipo de terapia, así como también, la idea de que estos fármacos la posibilidad de revertir el trastorno biológico subyacente, por el contrario, afirmando que, estos medicamentos son fármacos psicoactivos que conllevan a estado de intoxicación (Joanna Moncrieff, 2013), cabe mencionar el como una de las participantes

menciona su experiencia y la describe como traumática y como su salud se afectó debido al consume de los medicamentos.

En conclusión, esta investigación ha pretendido estudiar a profundidad el fenómeno de la depresión en víctima de violencia intrafamiliar desde la perspectiva de género, desde quienes la viven de forma estrecha y directa, han demostrado que no solo están en la capacidad de hablar de forma precisa y clara de su experiencia; sino que también realizan aportes significativos para una mejor comprensión y su abordaje.

La depresión más de ser una enfermedad psicológica que se caracteriza por la existencia de un sentimiento de tristeza lo suficientemente intenso como para interferir en el desarrollo de las actividades habituales, es un acontecimiento personal, es una vivencia, es decir un hecho dentro de las circunstancias de vida. Es así como cada uno de los participantes ha experimentado dar un sentido a lo que le ha sucedido, de elaborar su propio estilo para explicarlo buscando la manera más similar y menos compleja para identificar la depresión como una enfermedad traumatizante. Todo esto ha contribuido no solo al manejo de sus emociones, sino que también ha generado una gran motivación y ganas de seguir adelante, proyectarse y echarle ganas al futuro.

Al comienzo de la depresión nuestros participantes atravesaron por momentos y vivencias de violencia intrafamiliar en sus hogares, en algunos de los casos se vivió de manera intensa experimentando la infidelidad de uno de los compañeros sentimental siendo así considerada como una vulneración emocional por el dolor causado como se dijo anteriormente convirtiéndose esta en un factor detonante para la depresión. También se vivió la medicación psiquiátrica la cual

representó una experiencia negativa, desagradable en donde la experiencia fue estar dopado y aparte de esto traumatizante al considerar que los medicamentos le estaban haciendo mal a la salud.

Fue igualmente importante establecer como cada uno de los participantes asocio el desarrollo de la depresión con distintos factores personales temas como la exclusión familiar, la estigmatización, predominaron durante las narraciones. Estas experiencias de vida las vinculan a distintos contextos, momentos y personas.

Dentro de la experiencia de cada sujeto apoyan las hipótesis de partida, puesto que efectivamente hemos encontrado una relación positiva en como la violencia intrafamiliar influye o es un factor detonante en la aparición del fenómeno de la depresión en relación con el género, además de ellos se caracterizó como un hecho traumatizante, emocionalmente intenso y angustiante.

Referencias

- Aldana, N., & Zuluaga, C. (2019). Depresión masculina y dinámicas familiares desde la perspectiva de pacientes atendidos en una institución de salud mental en Cali, Colombia (doctorado). Pontificia Universidad Javeriana.
- Castillo, R., & Arankowsky, G. (2008). Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: Estudio de casos y controles. *Revista Biomédica*, *19*(3), 128-135.
- Colaizzi, P. (1978). Psychological research as the phenomenologist sees it. In: Valle, R. S. & King, M. (eds.). *Existential phenomenological alternatives for psychology*. New York: Oxford University Press.
- Duque, H. (2018). Comprensión de la experiencia de "locura" un análisis fenomenológico interpretativo (Tesis de Maestría). Universidad del Norte.
- Fernández, R., Kokoulina, E., Campos, X., Carballido, E., García, I., Rey, A., & Vázquez, P. (2018). Ecofenotipos en la depresión mayor: el papel del maltrato físico en la infancia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *38*(133), 75-97.
- Frías, M., & Gaxiola, J. (2008). *Consecuencias de la violencia familiar experimentada directa e indirectamente en niños: depresión, ansiedad, conducta antisocial y ejecución académica* [ebook] (25th ed., p. 273). México.
- García, P. (2000). Violencia intrafamiliar: tipos, causas y consecuencias - lifeder. Disponible en: <https://www.lifeder.com/violencia-intrafamiliar/>
- Gomes, F. & Graos Lavado, O. (2008). Vivencias de las mujeres frente a la violencia conyugal. Huamachuco (licenciatura). Universidad Nacional de Trujillo sede Huamachuco.

Gómez, L. (2007). la violencia intrafamiliar, un problema de la sociedad. Disponible en:

http://www.gaceta.udg.mx/hemeroteca/paginas/501/g501_cot%206.pdf

Heidegger M. (2006). Ser y Tiempo. Santiago de Chile: Trotta (1 ed., pp. 10).

Hernández, G. (2007). Fenomenología de algunos síntomas de la depresión [ebook] (48th ed.).

Bogotá. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2310/231018668005.pdf>

Instituto De Las Mujeres Del Estado De San Luis Potosí. (2006). Diagnóstico sobre las causas, efectos y expresiones de violencia contra las mujeres en los hogares de la microrregión huasteca centro del estado de San Luis Potosí (DICEEVIMH). Estado de San Luis.

Instituto De Medicina Legal Y Ciencias Forenses. (2017). Comportamiento de la violencia intrafamiliar en Colombia, año 2017. Bogotá: Instituto Latinoamericano de las naciones unidas para la prevención del delito y la justicia penal. mujer, depresión y vida.

Labrador, F., Paz, P., De Luis, P., & Fernández, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica*. Madrid: Pirámide.

Martínez, J. (2013). *La fenomenología de la depresión como modificación de la experiencia del propio self: opacidad corporal, desincronización temporal y culpa* [ebook] (2nd ed., pp. 4,8). Barcelona.

Martinez, P., & Richters, J. (1993). The NIMH community violence project: II. Children's distress symptoms associated with violence exposure. *Psychiatry*, 56(1), 22-35.

Ministerio De Salud-Caja Costarricense De Seguro Social (2000). Normas para la atención en salud a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar. Costa Rica.

Montañez, P. (2013). Evaluación de un tratamiento psicológico para el estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica en ciudad Juárez (doctorado). Universidad Autónoma de Barcelona.

- Mulvey, E. P. (1994). Assessing the evidence of a link between mental illness and violence. *Psychiatric Services*, 45(7), 663-668.
- Nimh (2017). *Men And Depression*. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/men-and-depression/index.shtml>
- Pineda, J., & Otero, L. (2004). *Género, violencia intrafamiliar e intervención pública en Colombia* [ebook] (17th ed.). Disponible en: <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.7440/res17.2004.02>
- Quiros, E. (1997), Sentir, pensar y enfrentar la violencia intrafamiliar, Documento No.1, San José (Costa Rica), Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia (CMF).
- Rojas, R., Galleguillos, G., Miranda, P., & Valencia, J. (2013). *Los hombres también sufren. estudio cualitativo de la violencia de la mujer hacia el hombre en el contexto de pareja* [ebook] (3rd ed.). Bogotá. Disponible en: <http://file:///c:/users/jocelyn/downloads/dialnet-loshombrestambiensufrenestudiocualitativodelaviole-4815152.pdf>
- Vargas, R. (2014). Experiencias de violencia intrafamiliar en estudiantes de la universidad nacional de Colombia (doctorado). Universidad Nacional de Colombia.
- Vásquez, A. (2007). Relación entre violencia y depresión en mujeres. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 70(1-4), 88-95.
- Vizcarra, M., Cortés, J., Bustos, L., Alareón, M., & Muñoz, S. (2001). Violencia conyugal en la ciudad de Temuco. un estudio de prevalencia y factores asociados. *Revista Médica de Chile* 129(12), 1405-1412.

Anexos

Anexo 1. Tablas Temáticas

Tabla Temática	
<i>Marta Entrevista #1</i>	
<i>Tema superordinado</i>	#
A. La persona con la depresión	
<i>Comprendiendo la persona en la depresión como una tristeza grande</i>	47
<i>Expectativas personales yo me lo pinto aquí con</i>	369
Espiritualidad	
<i>Si, Como te dije ahora</i>	137
<i>Si, mensajes que me mandan</i>	249
<i>Hablar ayuda salir de la crisis eeee::: tengo una amiga</i>	240
Resilencia	
<i>ahora estoy haciendo algo</i>	311
<i>La depresión como una experiencia significativa. nojege que (.) que uno tiene que salir pa'</i>	276
<i>Experiencia con la depresión. bueno a veces</i>	228
Reconocimiento del síntoma	
<i>Pues por la lloradera</i>	177
<i>Las huellas de la enfermedad como con la depre</i>	509
B. Características de la depresión	
<i>Depresión como un problema psicológico Aja exacto, como el día</i>	295
<i>Depresión como un problema de somatización si me siento una pulseadita aquí, me hicieron electro</i>	215

<i>La depresión como una experiencia traumática</i>	
<i>si, aja si (hhh) porque me pongo</i>	255
C. Crisis	
<i>Inicio de las crisis</i>	
<i>Si porque yo antes amanecía con la depre</i>	57
<i>Primera crisis</i>	
<i>Bueno yo comencé llorando</i>	35
D. Estrategia de afrontamiento	
<i>Pensamientos positivos, ayudan a salir de la crisis.</i>	
<i>a veces me digo, ay no marta</i>	234
E. Factores psicosociales de la depresión	
<i>Depresión y relaciones interpersonales</i>	
<i>Bueno a veces que me siento triste</i>	89
<i>Experiencia de vida y depresión</i>	
<i>maligno, lo pueden controlar</i>	129
<i>Trauma y depresión</i>	
<i>a mí hacen dos años recibí una noticia</i>	123
<i>El ambiente social y el proceso psicoterapéutico</i>	
<i>no, porque si a mí me invitan</i>	357
F. Violencia intrafamiliar	
<i>La relación con su compañero sentimental como fuente de sufrimiento</i>	
<i>Como digo yo</i>	52
<i>Agresión y desarrollo de la depresión</i>	
<i>si porque yo ya tenía</i>	96
<i>Inicios de la violencia intrafamiliar</i>	
<i>si aja, desde que estamos viviendo</i>	410
<i>violencia intrafamiliar como factor detonante la depresión</i>	
<i>bueno cuando:::</i>	380
<i>Violencia psicológica.</i>	
<i>No, son horribles</i>	390

<i>Violencia física.</i>	
<i>porque yo siempre he sido</i>	415
<i>Heteroagresion</i>	
<i>no, me empujo contra la pared</i>	429
<i>Causa de la violencia</i>	
<i>porque él es un hombre muy tomador</i>	444
G. infidelidad	
<i>Infidelidad</i>	
<i>Lo que tienen todas</i>	78
<i>Infidelidad y sentimiento de culpa</i>	
<i>Aja él tuvo una señora</i>	80
<i>Su compañero sentimental y el sentimiento de culpa</i>	
<i><porque él me dice</i>	339
H. Tratamiento psiquiátrico	
<i>Diagnostico por encima de la persona</i>	
<i>no concilio bien el sueño,</i>	41
<i>depre, que estuve donde el doctor,</i>	82
I. Medicación	
<i>La medicación psiquiátrica como una experiencia negativa</i>	
<i>(venlafaxina 0.4), que por cierto</i>	15
<i>Depresión y mala adherencia al tratamiento</i>	
<i>Si en los carnavales</i>	160

Tabla Temática

Marta Entrevista #2

<i>Tema superordinado</i>	<i>#</i>
A. La persona con la depresión	
<i>Expectativas personales</i>	
<i>me gustan las fiestas</i>	683
Experiencia significativa.	
<i>bueno ahora en la actualidad si,</i>	523
B. Crisis	
Experiencia significativa de la primera crisis	
<i>yo no sé, yo no dormía</i>	611
C. Factores psicosociales de la depresión	
Estilo de vida	
<i>bueno, me levanto</i>	559
Trauma y depresión	
<i>a mí hacen dos años recibí una noticia</i>	123
El ambiente y el proceso psicoterapéutico.	
<i>cuando estoy así que</i>	593
Miedos	
<i>cuando estoy por</i>	687
D. Tratamiento psiquiátrico	
Diagnostico psiquiátrico	
<i>entonces yo fui el sábado</i>	465
Desacuerdo frente al diagnóstico	
<i>SI:::, de pronto esa ansiedad</i>	482
E. Medicación	
Comprendiendo la experiencia con el medicamento	
<i>descompensan el organismo</i>	473
mala adherencia al tratamiento	
<i>Desde que estoy tomando</i>	503
Actitud de familiares frente al tratamiento farmacológico.	
<i>Si, ellos saben</i>	507
Preocupación por el tratamiento psiquiátrico.	
<i>no, no (x) £no£ (.) lo que pasa</i>	659

Tabla Temática

<i>Alex Entrevista #1</i>	<i>Tema superordinado</i>	<i>#</i>
A. La persona con la depresión		
<i>Concepto de la depresión</i>		
<i>no podría describirlo</i>		52
<i>Comprendiendo la persona en la depresión</i>		
<i>me empecé a sentir mal</i>		83
<i>Comprendiendo la experiencia con la depresión</i>		
<i>ósea lloro todo</i>		184
<i>Espiritualidad</i>		
<i>bueno he aprendido</i>		197
<i>Hablar ayuda salir de la crisis</i>		
<i>mal:: (hhh) es que ella</i>		250
<i>Expectativas personales.</i>		
<i>bueno yo me quiero casar</i>		255
<i>Primeras experiencia con la depresión.</i>		
<i>bueno, cuando mis papas</i>		61
Características de la depresión		
<i>Depresión como un problema psicológico</i>		
<i>ósea yo llegó a la universidad</i>		238
<i>La depresión como una experiencia traumática</i>		
<i>lo hago con la finalidad de</i>		214
<i>Dependiente emocional</i>		
<i>lo que pasa es</i>		190
B. Crisis		
<i>Primera crisis</i>		
<i>cuando yo llegaba haya</i>		66
<i>Episodio de crisis</i>		
<i>me pongo a llorar</i>		182

C. Factores psicosociales de la depresión	
<i>Experiencia de vida y depresión</i>	
<i>la semana pasada yo</i>	169
<i>Porque::: ya hablé</i>	265
<i>Trauma y depresión</i>	
<i>Aja- la canción de los heladitos</i>	73
<i>a veces me desmaye</i>	108
<i>El ambiente social y el proceso psicoterapéutico</i>	
<i>bueno ahora soy</i>	206
<i>Inseguridad y depresión</i>	
<i>si y eso me pone</i>	180
<i>Miedo a la soledad</i>	
<i>no, como a mi familia</i>	192
D. Violencia intrafamiliar	
<i>Inicios de la violencia intrafamiliar</i>	
<i>bueno (.) entonces estaban</i>	42
<i>violencia intrafamiliar como factor detonante de la depresión</i>	
<i>(.) si</i>	49
<i>La violencia domestica como una experiencia traumática</i>	
<i>trau::mante</i>	23
<i>Experiencia con la violencia intrafamiliar</i>	
<i>porque:::, cuando yo era pequeño</i>	25
<i>Primeras experiencias de rechazo a su papa</i>	
<i>aja:: si y también como rabia</i>	31
<i>experiencias de rechazos</i>	
<i>yo me sentía mal°</i>	78
<i>Relación paterna como causa de sufrimiento.</i>	
<i>bueno tristeza</i>	123
<i>Ausencia de la madre</i>	
<i>cuando ella me ve triste</i>	140
<i>yo si tengo buena</i>	150
<i>Exclusión familiar</i>	

<i>yo siento que no</i>	218
E. Medicación	
<i>Mala adherencia al tratamiento</i>	
<i>m::: no::: estaba</i>	21

Tabla Temática

<i>Alex Entrevista #2</i>	<i>Tema superordinado</i>	<i>#</i>
A. La persona con la depresión		
<i>Comprendiendo la experiencia con la depresión</i>		
<i>No todavía no le comenté</i>		270
<i>Expectativas personales</i>		
<i>me gustan las fiestas</i>		683
<i>Experiencia significativa.</i>		
<i>bueno ahora en la actualidad si,</i>		523
Resilencia		
<i>Por ejemplo, ayer me vi</i>		292
<i>Hablar ayuda a salir de la crisis</i>		
<i>Cuando::: vine a hablar</i>		307
B. Estrategia de afrontamiento		
<i>Experiencia familiar y depresión</i>		
<i>Hablé con mi mamá</i>		267
C. Crisis		
<i>Experiencia significativa de la primera crisis</i>		
<i>yo no sé, yo no dormía</i>		611
<i>Manejo inadecuado de las situaciones causante de crisis depresiva</i>		
<i>no lo sé, esto a mí</i>		433
D. Características de la depresión		
<i>Emociones repentinas</i>		
<i>No::: de la nada</i>		276
<i>La depresión como un problema psicológico</i>		

A veces de desespero 313
entonces yo sentía 337

Inestabilidad emocional
por momentos 383

Estigmatización
NO, por miedo 393

E. Factores psicosociales de la depresión

Experiencia de vida y depresión.

Porque::: ya hablé 265

Estilo de vida

Bueno me gusta 358

Depresión y relaciones interpersonales

m::: no, (x) no porque 369

F. Violencia intrafamiliar

La violencia familiar como una experiencia significativa

creo que lo más 427

Tabla Temática

Ana Entrevista #1

<i>Tema superordinado</i>	<i>#</i>
A. La persona con la depresión	
<i>Comprendiendo la experiencia con la depresión</i>	
<i>la depresión para mí es</i>	21
<i>Experiencia con la depresión</i>	
<i>(hhh) siento que sí</i>	99
B. Características de la depresión	
<i>Emocione repentinas</i>	
<i>exactamente, yo</i>	51
C. Crisis	
<i>Primera Crisis</i>	
<i>¿cómo se? Cuando siento</i>	118
<i>Crisis existencial y depresión</i>	
<i>me daba igual todo</i>	34
<i>Experiencia significativa de la primera crisis.</i>	
<i>para mí es algo que</i>	56
D. Estrategia de afrontamiento	
<i>Pensamientos positivos, ayudan a salir de la crisis</i>	
<i>(0.2) muchas veces logro controlar</i>	43
<i>Apoyo de papá biológico</i>	
<i>pero voy a hacer lo más abierta posible</i>	105
<i>Estrategias de afrontamiento</i>	
<i>si, salir camino recorro</i>	127
E. Factores psicosociales de la depresión	
<i>Experiencia de vida y depresión.</i>	
<i>es que han sido tantas</i>	135
<i>Depresión y relaciones interpersonales</i>	
<i><si, primero cuando</i>	26
<i>pues comenzó con el rechazo</i>	29
F. Violencia intrafamiliar	
<i>Inicio de la violencia intrafamiliar</i>	
<i>con mucho gusto,</i>	81

<i>La violencia domestica como una experiencia traumática</i> <i>al tener yo 8 años mi</i>	89
<i>Relación materna como fuente de sufrimiento</i> <i>(.hhh) Horrible</i>	95
<i>Sentimiento de rechazo hacia la madre</i> <i>(.) mi mama entre veces</i>	153
<i>Agresión</i> <i>uff desde hace mucho</i>	66

Tabla Temática

Ana Entrevista #2

<i>Tema superordinado</i>	<i>#</i>
A. La persona con la depresión	
<i>Comprendiendo la experiencia con la enfermedad</i>	
<i>Yo no era así</i>	262
<i>una enfermedad mental</i>	293
<i>si claro (.) lo considero un trastorno</i>	323
<i>Comprendiendo la experiencia con la depresión</i>	
<i>pues yo creo que</i>	315
<i>Resiliencia</i>	
<i>positivos y realistas</i>	328
<i>Las huellas de la enfermedad</i>	
<i>porque ando</i>	334
<i>Reconocimiento del trastorno</i>	
<i>Sí, Trastorno</i>	344
<i>Hablar ayuda a salir de la crisis.</i>	
<i>me da palabras de aliento</i>	358
B. Estrategia de afrontamiento	
<i>terapia psicológica</i>	
<i>con ayuda psicológica</i>	299

C. Factores psicosociales de la depresión	
<i>Experiencia de vida y depresión</i> <i>(hhh) cuando mi mama</i>	349
<i>Trauma y depresión</i> <i>no sé, tendré que</i>	288
<i>Depresión y relaciones interpersonales.</i> <i>>digamos que ahorita</i>	310
D. Violencia intrafamiliar	
<i>La relación con su compañero como fuente de sufrimiento</i> <i>SI CLARO, porque</i>	279
E. Infidelidad	
<i>infidelidad</i> <i>0.5) Que cosas</i>	268
F. Tratamiento psiquiátrico	
<i>Preocupación por el tratamiento psiquiátrico</i> <i>lo que pasa es que</i>	355

Anexo 2. . Redes Semánticas

Gráfico 1. La persona en la depresión

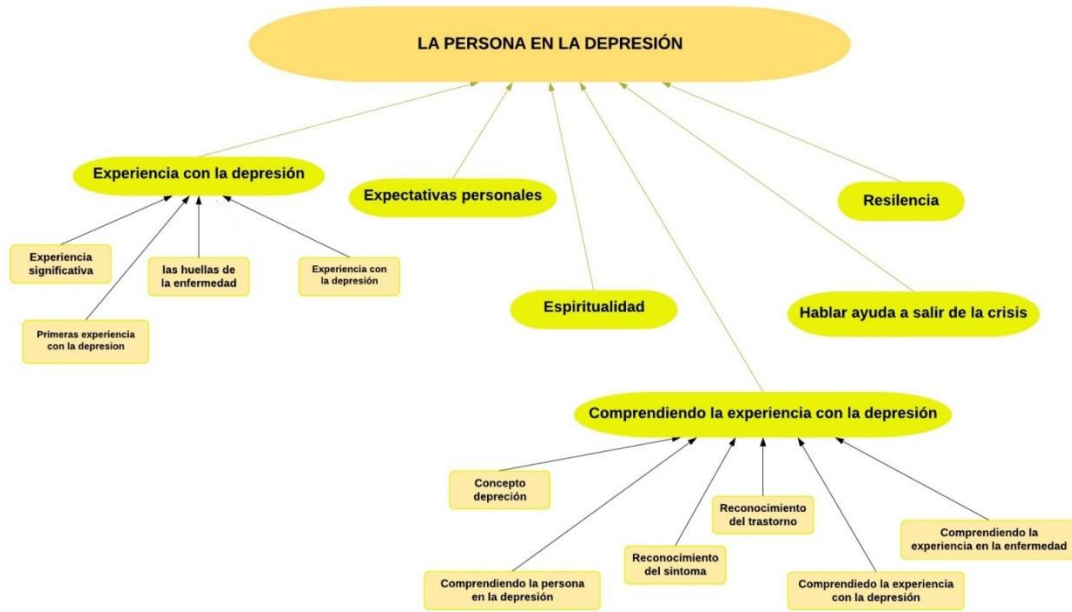


Gráfico 2. Características de la Depresión

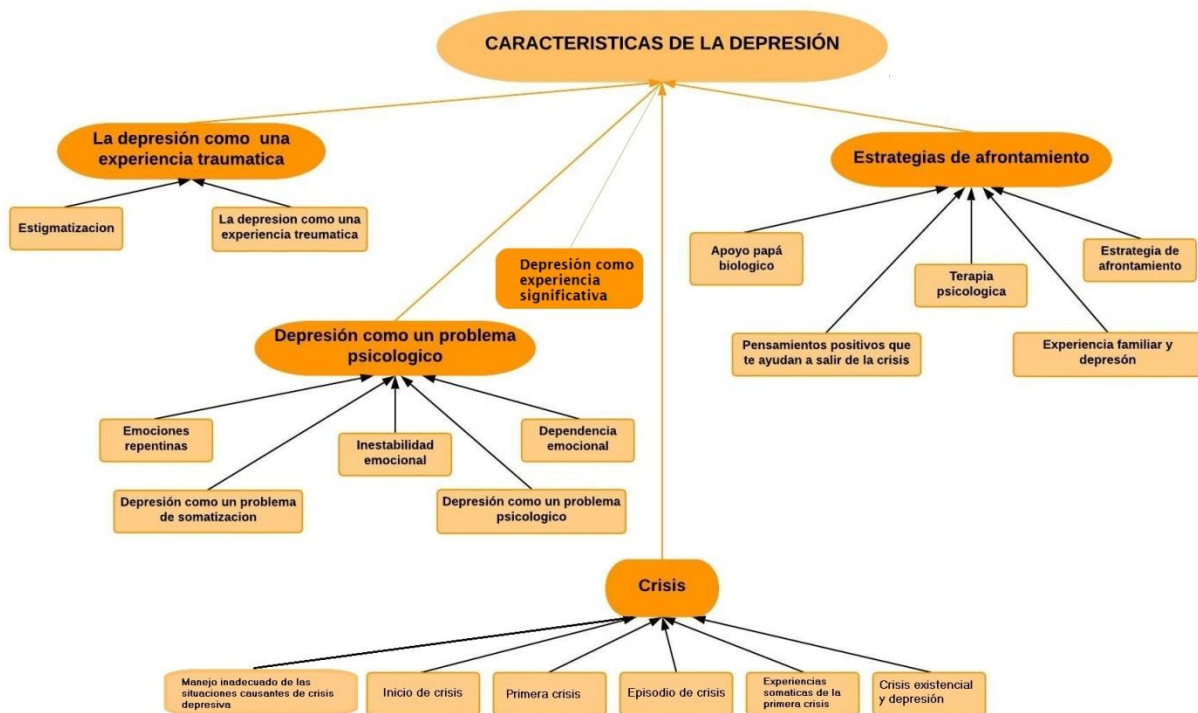


Gráfico 3. Factores Psicosociales de la Depresión

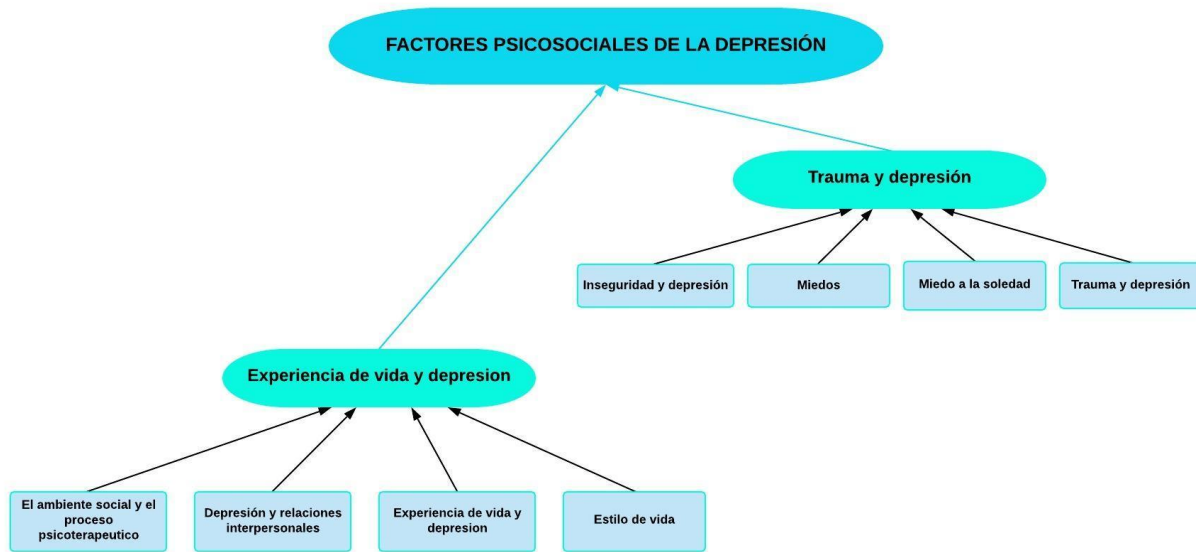


Gráfico 4. Violencia Intrafamiliar

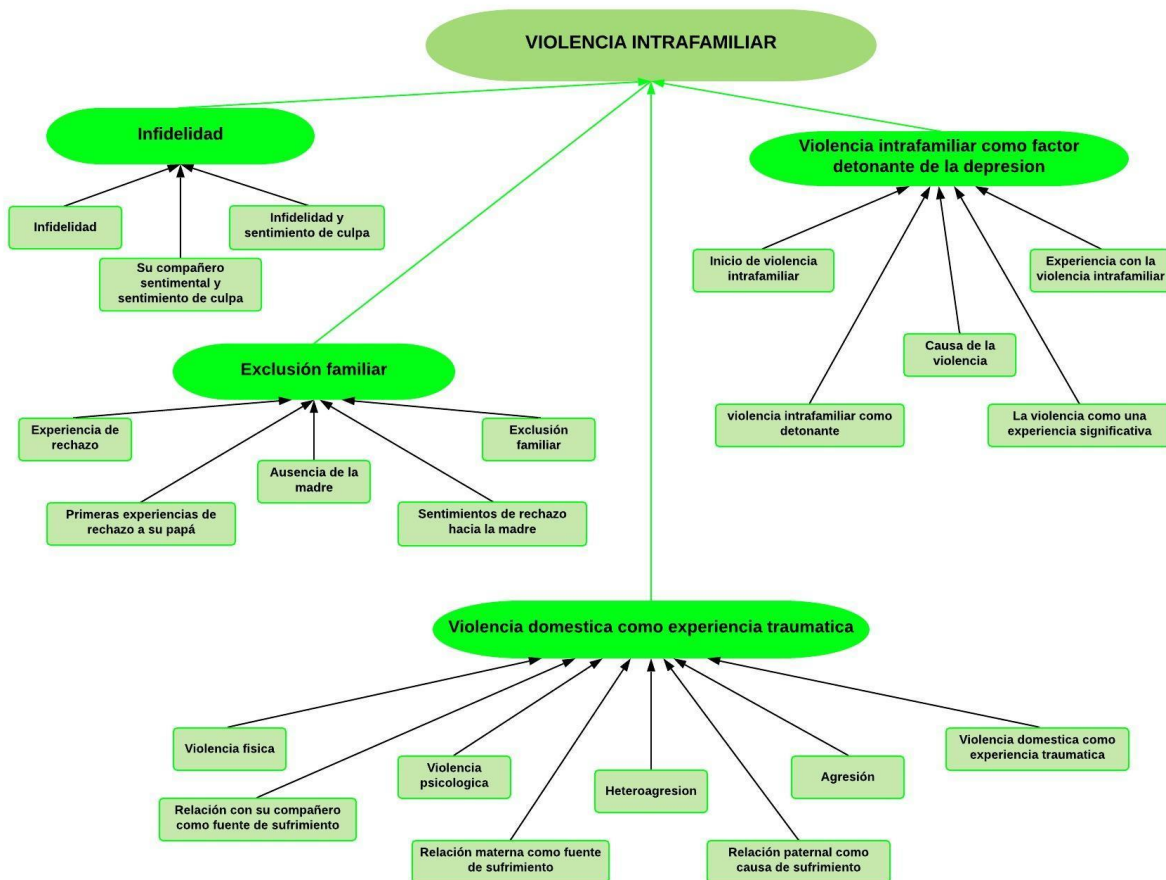
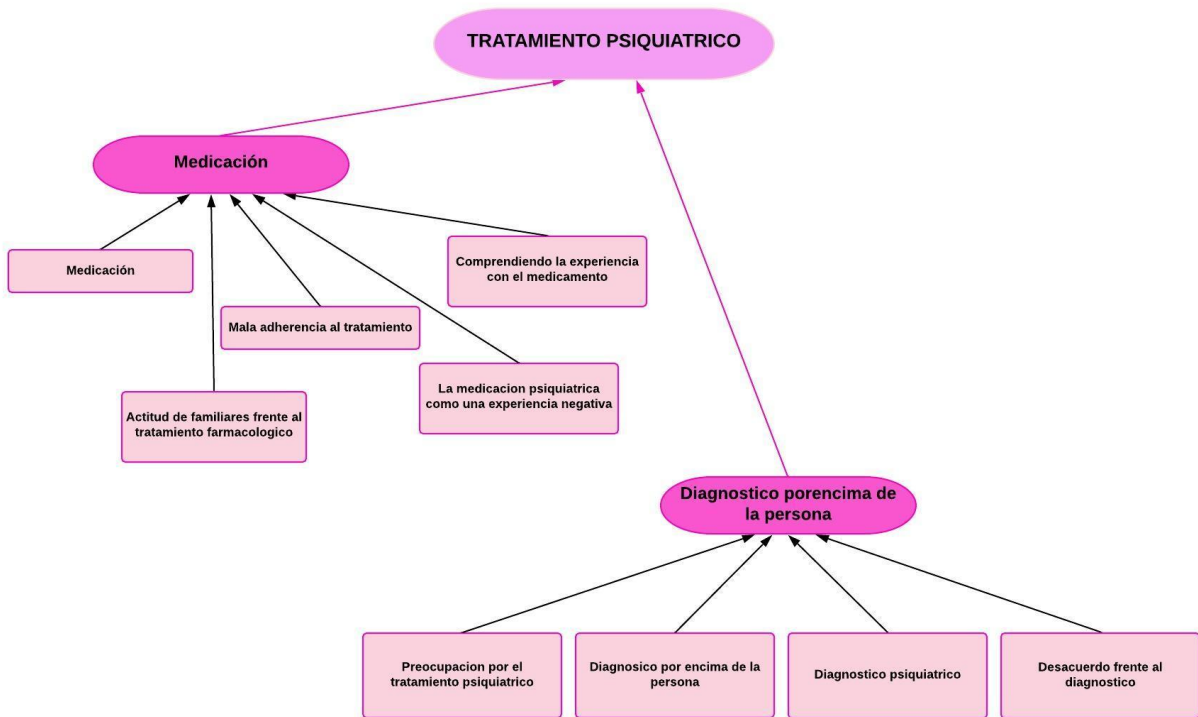


Gráfico 5. Tratamiento Psiquiátrico



Anexo 3. Tabla Maestra

Temas maestros	Categoría subordinadas
La persona en la “depresión”.	Comprendiendo la experiencia con la depresión.
	Expectativas personales
	Espiritualidad
	Hablar ayuda a salir de la crisis
	Resiliencia
	Experiencia con la depresión
Características de la “depresión”	Depresión y relaciones interpersonales
	Depresión como un problema psicológico
	Depresión como experiencia significativa
	La depresión como una experiencia traumática.
Factores psicosociales de la depresión	Crisis
	Estrategias de afrontamiento
Factores psicosociales de la depresión	Experiencia de vida y depresión
	Trauma y depresión
Violencia intrafamiliar	Exclusión familiar
	Violencia como factor de depresión
	Violencia domestica como experiencia traumática
	Infidelidad
Tratamiento psiquiátrico	La medicación psiquiátrica como una experiencia negativa
	Diagnostico por encima de la persona