



Universidade de Évora

Mestrado em *Políticas de bem-estar em Perspectiva: Evolução, Conceitos e Actores/*  
Erasmus Mundus Master *PhoenixEM – Dynamics of Health and Welfare*

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA DEPRESIÓN  
DE LOS HABITANTES DEL BARRIO LA LEGUA DE SANTIAGO DE CHILE

PATRICIO ANTONIO FERNÁNDEZ SALAZAR

Orientador Prof. Doutor Manuel José Lopes

Co-orientadora Prof. Doutora Ana Fernández

- Évora, Setembro de 2011-



Universidade de Évora

Mestrado em *Políticas de bem-estar em Perspectiva: Evolução, Conceitos e Actores/*  
Erasmus Mundus Master *PhoenixEM – Dynamics of Health and Welfare*

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA DEPRESIÓN  
DE LOS HABITANTES DEL BARRIO LA LEGUA DE SANTIAGO DE CHILE

PATRICIO ANTONIO FERNÁNDEZ SALAZAR

Orientador Prof. Doutor Manuel José Lopes

Co-orientadora Prof. Doutora Ana Fernández

- Évora, Setembro de 2011-

## TABLA DE CONTENIDOS

Resumen	i
Resumo	ii
Abstract	iii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1. La depresión	6
2.1.1. De la melancolía a la depresión:	
desarrollo histórico del concepto	8
a) Los Precusores	8
b) La continuidad medieval	10
c) El Renacimiento y el retorno a los clásicos	11
d) El siglo XIX	12
e) la depresión en el siglo XX	13
2.1.2. La depresión según el DSM IV-TR	14
2.1.3. Aspectos epidemiológicos	15
a) La depresión a nivel mundial	15
b) Estadísticas de la depresión en Chile	17
2.1.4. Críticas al concepto de depresión	21
2.2. Las representaciones sociales (RS)	25
2.2.1. Qué son las representaciones sociales?	26
2.2.2. Elaboración de las representaciones sociales	28
a) Objetivación	28
b) Anclaje	30
2.2.3. El estudio de las representaciones sociales	31
a) Enfoque procesual	32
b) Enfoque estructural	33
2.2.4. Críticas a la teoría de las representaciones sociales	36
3. MARCO METODOLÓGICO	39
3.1. Delineamiento general del estudio	39

3.2. Población de estudio y muestra	40
3.2.1. Caracterización de la población de estudio	40
3.2.2. Muestra	42
3.3. Técnicas de recogida de información	43
3.3.1. Cuestionario de asociación libre de palabras	44
3.3.2. Inventario de Depresión de Beck BDI-II	46
3.4. Aspectos éticos	47
3.5. Recogida de datos	48
3.6. Análisis de los datos	49
4. RESULTADOS	53
4.1. Perfil de los participantes	53
4.1.1. Perfil de los grupos a partir de BDI-II	54
4.2. RS de la depresión de los pobladores de La Legua	57
4.2.1. Representaciones sociales grupo con sintomatología	57
a) Análisis estructural grupo con sintomatología	58
b) Análisis de similitud grupo con sintomatología	65
c) Campo representacional grupo con sintomatología	68
d) Síntesis grupo con sintomatología	72
4.2.2. Representaciones sociales grupo sin sintomatología	73
a) Análisis estructural grupo sin sintomatología	73
b) Análisis de similitud grupo sin sintomatología	77
c) Campo representacional grupo sin sintomatología	79
d) Síntesis grupo sin sintomatología	83
5. DISCUSIÓN	85
6. CONSIDERACIONES FINALES	94
6.1. Limitaciones	94
6.2. Conclusiones	95
6.3. Implicancias	97
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXOS	

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Durante el último año se han sentido dos semanas seguidas con tristeza, desánimo o depresión o han utilizado antidepresivos. Tasas por 100 habitantes, por sexo Chile 2003.	18
Tabla 2. Prevalencia de Síntomas de depresión en el último año por grupos de edad y sexo. Tasas por 100 habitantes. Chile 2003.	19
Tabla 3. Prevalencia de síntomas depresivos por nivel educacional (NEDU). Chile 2009-2010	20
Tabla 4. Puntuación del BDI-II	46
Tabla 5. Resumen de encuentros para recogida de datos	49
Tabla 6. Participantes del barrio La Legua por sector	53
Tabla 7. Distribución de participantes por grupo etáreo y estado civil	53
Tabla 8. Experiencia previa de depresión	54
Tabla 9. Distribución de los grupos con y sin sintomatología	54
Tabla 10. Distribución de la sintomatología en función del género	55
Tabla 11. Distribución variable sexo respecto del total del grupo con sintomatología	55
Tabla 12. Individuos con y sin sintomatología por estado civil	55
Tabla 13. Individuos con y sin experiencia previa de depresión para ambos grupos	56
Tabla 14. Distribución de sintomatología depresiva por rango etáreo	56
Tabla 15. Distribución de las modalidades por factor y contribución	70
Tabla 16. Distribución de las modalidades por factor y contribución	82
Tabla 17. Distribución de las modalidades por factor y contribución ambos grupos	92

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Evocaciones jerarquizadas del grupo con sintomatología para el estímulo depresión	59
Cuadro 2. Evocaciones jerarquizadas del grupo sin sintomatología para el estímulo depresión	73
Cuadro 3. Convergencias y divergencias para el estímulo <i>depresión</i> a partir de EVOC	88

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Árbol máximo de similitud para depresión en el grupo con sintomatología	66
Figura 2. Árbol máximo de similitud para depresión en el grupo sin sintomatología	78
Figura 3. Árbol máximo ambos grupos (formación de estrella)	90

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Objetivación de la depresión según el grupo con sintomatología	69
Gráfico 2. Objetivación de la depresión según el grupo sin sintomatología	81

## SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AFC	Análisis Factorial de Correspondencia
APA	American Psychiatry Association
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
AVI	Años Vividos con Incapacidad
BDI	Beck Depression Inventory
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CPF	Contribución Por Factor
DALY	Disability Adjusted Life Years
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECPP	Estudio Chileno sobre Prevalencia Psiquiátrica
ECV	Encuesta de Calidad de Vida (Chile)
ENS	Encuesta Nacional de Salud (Chile)
EVOC	Ensemble de Programmes Permettrant L'Analyse des Evocations
F	Frecuencia
GBD	Global Burden of Disease
ICD	International Classification of Diseases
MINSAL	Ministerio de Salud (Chile)
NEDU	Nivel Educacional (Chile)
OH/Drogas	Alcohol/Drogas
OME	Orden Medio de Evocación
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PUC	Pontificia Universidad Católica de Chile
RS	Representaciones Sociales
SIMI	Análisis de Similitud
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WHO	World Health Organization

## AGRADECIMIENTOS

Mis palabras de agradecimiento están dirigidas en primer lugar al Programa Erasmus Mundus de la Unión Europea cuyo financiamiento me permitió realizar los estudios y la formulación de esta tesis. Agradezco al Programa Master PhoenixEM – Dynamics of Health and Welfare y a las universidades que forman parte de este consorcio internacional. De manera especial expreso mi gratitud hacia todas aquellas personas que contribuyeron a mi formación en la Universidade de Évora, Universidad Autónoma de Barcelona y Linköpings Universitet.

Este agradecimiento incluye a todos mis compañeros y profesores, de quienes recibí tantas enseñanzas durante este tiempo, de manera especial a la Profesora Laurinda Abreu y a mis compañeros con quienes hicimos posible una experiencia de aprendizaje intercultural, a los de África, Europa y Latinoamérica. Adriana, Cardenito, Alejandro, Crescencio y Laura. A todos ustedes un sincero agradecimiento por recordarme constantemente el valor de la fraternidad humana.

Un agradecimiento especial está dirigido hacia quienes han acompañado este proceso de investigación, Doutor Manuel José Lopes orientador de tesis y Doctora Ana Fernández co-orientadora de estudio, con cuya disposición y cercanía conté cada vez que mi incipiente oficio de investigador lo requirió. Entre aquellas personas que acompañaron esta etapa no puedo dejar de mencionar y agradecer a la Doutora María do Céu Marques que con admirable profesionalismo, paciencia y dedicación colaboró en este trabajo.

Quiero agradecer además a los amigos que esta experiencia me ha regalado, a Mario por los sueños compartidos, a Laura y Patricia por la fraternidad trasandina, y a mis queridos coterráneos con quienes compartí la *saudade da nossa terra*: Víctor por su permanente apoyo, Lili por su inmensa generosidad, Gabriel por sus ilustradas conversaciones y a Víctor jr. por su cariño y simpatía.

Por último hago extensivo este agradecimiento a mis viejos, mis hermanos, cuñada, sobrinos y a todos mis amigos que me han animado a continuar con mis estudios. De manera especial al Mariano, maestro, amigo siempre presente en el corazón y de quien aprendí a amar La Legua y luchar por los sueños. No sin esperanza.

*...los países se valoran por la calidad de sus habitantes  
...antes de que por sus disponibilidades materiales,  
...se requiere de una población sana capaz de producir  
y hacer florecer el desarrollo industrial y económico.*

*Esta es la misión del capital humano*

“La Realidad Médico Social Chilena”, 1939

Dr. Salvador Allende Gossens

Presidente de Chile 1970-1973

## 1.- INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad han sido innumerables los esfuerzos por comprender los fenómenos asociados a la salud y la enfermedad. Del mismo modo, la salud mental ha experimentado a través de los siglos un vasto debate en el mundo de las ciencias que estudian la mente humana.

Uno de los mayores desafíos para la psiquiatría y la psicología ha sido el estudio de la depresión. Para muchos este trastorno es considerado “la enfermedad de nuestra era”. Tanto su comprensión como su abordaje han sido objeto de diversas teorías y explicaciones, situación que deja de manifiesto que el debate permanece abierto.

La depresión es un trastorno del humor asociado habitualmente a un sentimiento de tristeza, aunque en estricto rigor, la sintomatología característica de la depresión es la anhedonia, un estado de desaliento profundo. Ya Hipócrates en la antigüedad planteó que sentirse triste no denota necesariamente un tipo de enfermedad, por el contrario corresponde a una experiencia vital común a todos los seres humanos. Sin embargo, en ocasiones esa tristeza puede llegar a prolongarse en el tiempo provocando un trastorno anímico importante para muchas personas.

Según Horwitz & Wakefield (2007) podemos constatar en la actualidad que el concepto de depresión goza de una especie de ubicuidad expresada en distintos ámbitos de nuestro día a día. Primero, muchos investigadores señalan que hay un crecimiento en la proporción de la población que padece trastorno depresivo, especialmente en el caso de las mujeres. Segundo, el número de individuos que se encuentra en tratamiento por depresión ha experimentado un aumento explosivo en los últimos años. Tercero, la prescripción de fármacos antidepresivos es cada vez mayor, “medicamentos antidepresivos como Prozac, Paxil, Zoloft, y Effexor se encuentran entre las drogas prescritas más vendidas” (Horwitz & Wakefield, 2007, p. 4). Cuarto, el costo social de la depresión va en franco aumento. Quinto, las publicaciones científicas sobre la depresión se han multiplicado, llegando a ser en la actualidad más numerosas que cualquier otro tipo de publicaciones del ámbito psiquiátrico. Y sexto, la depresión ha llegado a constituirse en un temática frecuente en los *mass media*.

Esta suerte de omnipresencia de la depresión también se visibiliza en la incorporación de ésta al lenguaje ordinario de las personas, evidenciando así la

naturalización del concepto. Padecer de depresión se ha transformado en un hecho frecuente, casi habitual y muchas personas se autodefinen como depresivas o simplemente se autodiagnostican con la enfermedad. Obviamente esto no significa que efectivamente la padezcan, sin embargo las personas poseen una representación de la enfermedad sobre la cual van construyendo sus significados y valores.

Particularmente los estudios epidemiológicos han contribuido a instalar el tema de la depresión como un fenómeno alarmante de nuestra época. Las estadísticas epidemiológicas indican que la depresión ha llegado a constituirse en un serio problema para la salud pública y que además se trata de una enfermedad con una alta prevalencia, presente en los cinco continentes, afectando actualmente a más de 121 millones de personas en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión viene ocupando una posición destacada entre los problemas de salud pública alcanzando actualmente el cuarto lugar como causa de incapacidad y se piensa que podría llegar al segundo lugar en 2020. Más aún, la depresión ya es la segunda causa de incapacidad en las categorías etáreas que va entre los 15 y 45 años para ambos sexos combinado. Por último, según la OMS, la depresión puede ser diagnosticada de manera confiable en centros de atención primaria, sin embargo menos del 25% de los afectados tiene acceso a un tratamiento efectivo. Al respecto, los obstáculos que se encuentran para una mejoría efectiva incluyen la carencia de recursos, la falta de expertos y el estigma social asociado a los trastornos mentales, incluida la depresión.

Siguiendo la misma perspectiva epidemiológica, la situación de la depresión en Chile no sería menos alarmante. Según el Ministerio de Salud, el 36% de la población chilena ha presentado un trastorno de salud mental en su vida y un 23% en los últimos seis meses. A nivel latinoamericano Chile presentaría una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos y Santiago concentraría una alta frecuencia a nivel nacional (Minoletti & Zaccaria, 2005). Con respecto a la depresión, según la última Encuesta Nacional de Salud (2009-2010) realizada por el Ministerio de Salud, ésta ocupa un lugar destacado por su frecuencia y gravedad potencial en donde el 17,2% de la población chilena manifestó haber padecido síntomas depresivos en el último año, siendo significativamente más frecuente entre las mujeres que entre los hombres (25,7% vs 8,5% respectivamente).

En el caso particular de esta investigación, cobra una importancia capital el contexto en que ésta se ha desarrollado: el barrio La Legua en Santiago de Chile. La

Legua es uno de los barrios populares más antiguos y emblemáticos de Chile y a la vez constituye un territorio claramente identificable dentro de la ciudad de Santiago. Históricamente se ha identificado a La Legua como un sector de luchas colectivas por mejorar el nivel de bienestar y también como un territorio problemático, cargando con el estigma de ser una zona marginal y peligrosa. Durante la dictadura fue uno de los sectores que más sufrió la represión del régimen militar, varios ejecutados políticos y detenidos desaparecidos se cuentan entre las víctimas durante los meses posteriores al golpe militar de 1973. Según Arriagada (2006), a pesar de la situación crítica de La Legua en aquellos años, ésta logró mantener una férrea organización comunitaria y política.

Con el retorno a la democracia en Chile en los años noventa, La Legua experimentó un proceso de readaptación al nuevo escenario político y social de Chile. Con el pasar de los años la situación de precariedad económica se mantuvo y a la vez se debilitó progresivamente el tejido social; esto permitió en parte que la problemática del narcotráfico y el uso de armas fuese cada vez más profunda.

Durante la última década el barrio La Legua ha ocupado un lugar destacado en la agenda del Ministerio del Interior, organismo encargado de la seguridad pública. Se han implementado programas sociales y distintas ONG's y fundaciones han intentado intervenir en La Legua. También aumentó la cobertura de la prensa sensacionalista lo que ha contribuido a fortalecer el estigma negativo que pesa sobre La Legua.

En los últimos cuatro años se han implementado dos centros de salud mental, uno dependiente del Municipio y otro de la Iglesia Católica. Además se mantiene la atención de salud mental en el centro de atención primaria de La Legua. Todo esto nos indica que la salud mental constituye uno de los aspectos prioritarios del ámbito sanitario en el barrio.

A raíz de los desafíos que presenta la salud mental en Chile y en particular la de los pobladores de La Legua – dada la complejidad psicosocial del sector – esta investigación se ha propuesto estudiar las representaciones sociales de la depresión en este barrio de la zona sur de Santiago. Para tal efecto se conformaron dos grupos para el análisis de las representaciones sociales, un grupo con sintomatología depresiva y un grupo sin sintomatología depresiva, de modo de observar las posibles diferencias que presenten ambos grupos.

Por consiguiente, la pregunta de investigación se ha definido de la siguiente forma:

¿Cuáles son las representaciones sociales de la depresión de los habitantes del barrio La Legua en Santiago de Chile?

Y en consecuencia, los objetivos de investigación son los siguientes:

- *Objetivo general:* Aprender las representaciones sociales de la depresión de los pobladores de La Legua
- *Objetivos específicos:*
  - Conocer las representaciones sociales de la depresión de los individuos con sintomatología depresiva
  - Conocer las representaciones sociales de la depresión de los individuos sin sintomatología depresiva
  - Conocer cuáles son las representaciones consensuales y divergentes entre ambos grupos

Dado el panorama que presenta la salud mental en Chile y en particular el contexto de La Legua, se decidió orientar este estudio a partir de la teoría de las representaciones sociales, cuyo paradigma nos ofrece una manera de interpretar y de pensar la realidad cotidiana y nos proporciona una forma particular de conocimiento social (Jodelet, 1984). La perspectiva teórica de las representaciones sociales permite acceder al conocimiento del sentido común, entendido como un tipo de conocimiento socialmente elaborado y compartido. Según Jodelet (1984) este conocimiento se constituye a partir de nuestras propias experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos por medio de la tradición, la educación y la comunicación social.

En este estudio partimos de la base que los individuos no se limitan a recibir y procesar información, sino que también son constructores de significados y teorizan la realidad social (Vala & Monteiro, 2000). Desde este punto de vista suponemos que el concepto de depresión ha llegado a ser habitual para los habitantes de La Legua, llegando a constituir un tipo particular de conocimiento, en cuya estructura se forjan las evidencias de una realidad consensual a través de la cual este conjunto social expresa

sus contornos y su identidad por medio del sentido que le confiere a su representación (Jodelet, 1984). En otras palabras, a través de esta investigación se busca acceder a aquel conocimiento sobre la depresión que es socialmente elaborado y compartido, y que por lo tanto contribuye a la construcción de una realidad común al conjunto social de La Legua.

Emprender un estudio de esta naturaleza supone la articulación y operacionalización de distintos conceptos y procesos teóricos lo que constituye un desafío importante a nivel interdisciplinario, pero también una enorme riqueza analítica. De acuerdo a la información que maneja el autor, prácticamente no existen estudios sobre representaciones sociales en La Legua y tampoco se conocen estudios sobre la depresión en este sector de Santiago. Esta situación nos moviliza a iniciar el itinerario investigativo sin perder de vista que las teorías psicosociológicas sobre la construcción y el funcionamiento de los grupos sociales y sobre los fenómenos de identidad social, constituyen un factor importante en la comprensión de la diferenciación social y de la dinámica de las representaciones sociales, concepto central en la psicología social del conocimiento cotidiano (Vala & Monteiro, 2000).

## **2.- MARCO TEÓRICO**

El marco teórico de esta investigación se ha estructurado en dos capítulos diferenciados. En el primero de ellos se presentará la evolución oficial del concepto de depresión, incluyendo una contextualización histórica, una visión crítica de los criterios taxonómicos del DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) y una aproximación a los datos epidemiológicos a nivel mundial y nacional.

Por su parte, en el segundo capítulo se abordará la teoría de las Representaciones Sociales como enfoque teórico que orientará esta investigación. Se considerarán algunos de sus conceptos fundamentales, así como sus aportes y limitaciones en función de este estudio.

### **2.1.- LA DEPRESIÓN**

En salud mental es bien sabida la enorme dificultad que existe para definir el concepto de depresión ya que hay diversas maneras de entenderla dependiendo de la perspectiva desde la cual se mire. Tal como plantean Álvaro-Estramiana, Garrido-Luque, & Schweiger-Gallo, (2010), la psicología clínica suele abordarla como un trastorno de la personalidad de carácter afectivo, cognitivo y comportamental. Por su parte, el enfoque conductual la entiende como la consecuencia de la falta de refuerzo o de la no contingencia entre conducta y refuerzo, mientras que para los cognitivistas la depresión es el resultado de pensamientos inadecuados, de modo que el individuo distorsiona la realidad de manera negativa. Los mismos autores plantean que “los criterios de diagnóstico varían del mismo modo, aunque generalmente incluyen la presencia de síntomas, la duración de los mismos y una actividad disfuncional en diversas áreas sociales como el trabajo, las relaciones interpersonales, familiares, etc.” (Alvaro-Estramiana et al., 2010, p. 2).

Dentro del ámbito de la psicoterapia, uno de los enfoques más influyentes fue el de Aaron Beck<sup>1</sup>. Para este autor la depresión consistía en los contenidos negativos del

---

<sup>1</sup> De acuerdo con M.V.O. Lima (1999), Aaron Beck, insatisfecho con la formulación psicoanalítica de la neurosis, principalmente del concepto de depresión y la larga duración de los tratamientos, inició con los pacientes deprimidos una serie de investigaciones y observaciones clínicas sistemáticas, originando, luego, el libro *Depresión: causas y tratamiento* (1972) (Fonseca, Coutinho & Azevedo, 2008, p. 434)

pensamiento, especialmente el auto-castigo, sentimientos de desamparo y exacerbación de los problemas externos. Además, Beck expuso la idea de que los aspectos cognitivos tenían una centralidad mayor en las depresiones y más verificables que los procesos dinámicos (motivacionales) postulados en aquel entonces (Fonseca, Coutinho & Azevedo, 2008, p. 434). Así, este enfoque, lo que hace es enfatizar en las desadaptaciones de la estructura cognitiva de los individuos y la forma defectuosa en que se procesa la información. Según Beck, Rush, Shaw & Emery (1983), en el modelo cognitivo se postula a tres conceptos específicos que explicarían el sustrato psicológico de la depresión: (1) la triada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información). Los mismos autores proponen que ciertas experiencias tempranas resultan fundamentales para la formación de conceptos negativos sobre sí mismo, el futuro y el mundo, de modo que “estos conceptos negativos [esquemas] pueden permanecer latentes y ser activados por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas” (Beck et al., 1983, p. 23).

Otros autores como Derogatis & Wise (1996) plantean que el término depresión puede estar asociado a un cambio normal en las emociones, a una intensidad del humor disfórico calificada como un síntoma, o bien, a un conjunto de signos y síntomas denominado síndrome depresivo, y en algunos casos, a un fenómeno con una etiología neurobiológica y patofisiológica que constituye una enfermedad.

Además, la depresión suele ser una enfermedad que afecta a la familia en su conjunto, interfiriendo en las relaciones laborales y sociales de los individuos, y causando enormes perturbaciones en su calidad de vida.

Ahora bien, teniendo en consideración estas premisas, un primer paso es ampliar nuestro marco conceptual, de modo de integrar al análisis una visión histórica que a su vez nos ayude a entender los procesos y transformaciones que ha experimentado el campo de la salud mental, y en particular el concepto de depresión.

---

## 2.1.1.- De la melancolía a la depresión: desarrollo histórico del concepto

### a. Los Precursores

En el transcurso de la historia se pueden encontrar numerosas evidencias referidas a la *melancolía*, nombre con el que se denominó a la depresión en los escritos de la antigüedad clásica y que perduró hasta fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX. En los inicios fue Hipócrates (460-377 a.C.) quien explicó con mayor precisión la concepción sobre la salud y la enfermedad que predominaba en la cultura griega clásica. Por lo tanto, para estudiar el desarrollo que ha tenido el concepto de depresión a lo largo de la historia, es necesario remontarse a las primeras formulaciones hipocráticas acerca de la salud y la enfermedad<sup>2</sup>.

La explicación de Hipócrates sobre la salud y la enfermedad se basaba en la existencia de cuatro “humores” constituidos por ciertas secreciones o fluidos elementales. Estas eran la sangre, la cólera (o bilis amarilla), la flema y la melancolía<sup>3</sup>. El buen estado de salud estaba asociado a la idea de equilibrio humoral y la enfermedad a la abundancia o insuficiencia de alguno de éstos<sup>4</sup>.

Según Porter (2002), por la naturaleza holística de la medicina griega, las ideas acerca de los humores poseían explicaciones para el paso de la salud a la enfermedad tanto física como psicológica<sup>5</sup>.

---

<sup>2</sup> Según Porter (2002), en la Grecia antigua, la vida humana era entendida en términos naturalistas, tanto en la salud como en la enfermedad, lo que se puede apreciar en algunos textos de Hipócrates: “Los hombres deben saber qué es el cerebro, y sólo del cerebro, que provienen nuestros placeres, alegrías, risas y bromas, lo mismo que nuestros pesares, penas, congojas y lágrimas. Concretamente es a través de él que pensamos, vemos, oímos y distinguimos lo bello de lo feo, lo malo de lo bueno, lo placentero de lo desagradable. [...] Y es este mismo el que nos torna locos o delirantes, nos inspira temor o miedo ya sea de noche o de día, produce insomnio, desatinos intempestivos, ansiedades sin sentido, distracciones y actos contrarios a la costumbre” (Hipócrates citado en Porter, 2002, p. 45-46)

<sup>3</sup> La sangre correspondía a la fuente de toda vitalidad, la cólera era el jugo gástrico presente en la digestión, la flema eran todas las secreciones incoloras, y la melancolía era un fluido oscuro casi nunca presente en forma pura (Porter, 2002). La preeminencia de algún humor sobre otros explicaba los temperamentos, pudiendo ser “sanguíneo”, de carácter florido, animado y vigoroso, “colérico”, autosuficiente y determinado, “flemático”, de carácter algo más débil, y “melancólico”, de evidente pesimismo, más sensible y con tendencia a la pasividad.

<sup>4</sup> En el *corpus* hipocrático se percibe que para los griegos, existía un amplio y holístico sistema explicativo de la salud y la enfermedad. Lo mismo plantea Polaino-Lorente (1985), al decir que el punto de vista hipocrático sobre la depresión no es específico, y conlleva una noción amplia de las enfermedades mentales.

<sup>5</sup> Como ya se mencionó antes, un desequilibrio humoral daría paso a la enfermedad, y por ejemplo, un exceso de bilis negra, por ser esta fría y seca, conllevaba como resultado ruindad, melancolía o depresión.

Polaino-Lorente (1985) plantea que “la melancolía se caracteriza, en la versión hipocrática, por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia” (p.13). Sin embargo, más relevante aún es el hecho que Hipócrates realizó la primera definición de melancolía como un trastorno distinto: “Si el miedo o la tristeza perduran por largo tiempo, es melancolía”. Esta frase de Hipócrates expresa con elocuencia su certera perspectiva sobre los trastornos mentales. Al respecto, Horwitz & Wakefield en su libro *The loss of sadness* (2007) han planteado que “la insistencia hipocrática de que la tristeza o el miedo debe ser prolongado, es un primer intento de captar la idea de que la desproporción de las circunstancias es un aspecto esencial del trastorno depresivo” (p.57). Hipócrates relacionó la tristeza y el miedo (por un tiempo prolongado) de una manera extraordinariamente lúcida, lo que probablemente facilitó el hecho que la teoría de los humores perdurara tantos siglos<sup>6</sup>.

Posteriormente, en su obra *Problemata*, Aristóteles<sup>7</sup> (384-322 a.C.) sostuvo la idea que aquellas personas con alguna característica de genialidad, solían padecer melancolía: “por qué todos los hombres que han sobresalido en filosofía, política, poesía o en las artes son melancólicos” (Aristóteles, 2000, p. 57), dando comienzo así a una concepción que perduraría hasta nuestros días, esto es, la relación que habría entre temperamento melancólico y genialidad.

Ahora bien, el habitual raciocinio binario de la medicina griega diferenció dos categorías de alteraciones anímicas, la manía y la melancolía. El médico romano Areteo de Capadocia (150-200 d.C.) fue el primero que realizó una descripción clínica de ambas<sup>8</sup>. Areteo consideraba la melancolía un trastorno mental grave, con presencia de

---

<sup>6</sup> Para los griegos en tiempos de Hipócrates, la medicina tenía un sustento clínico que la hacía una disciplina concretamente aplicable a los enfermos, es decir, no se trataba de una explicación vaga y abstracta sobre la salud y la enfermedad, por el contrario, un aspecto central era la aplicación de las técnicas curativas.

<sup>7</sup> Según Horwitz & Wakefield (2007), Aristóteles “sugirió varias distinciones entre tipos de melancolía. Una distinción fue entre temperamento melancólico y desorden melancólico” (p.57).

<sup>8</sup> Porter presenta las ideas de Areteo sobre la melancolía: “Los que la padecen se hayan morosos o adustos, deprimidos o inexplicablemente apáticos, sin causa manifiesta alguna: tal es el inicio de la melancolía, y luego se tornan también malhumorados, desganados, pierden el sueño o tienen sueños inquietos de los que a menudo se despiertan abruptamente. También se apoderan de ellos miedos irracionales. [...] Suelen cambiar de opinión con facilidad y tornarse ruines, malvados, intolerantes y, quizás en muy poco tiempo, simples, extravagantes o espléndidos mas no por virtud del alma sino por la mutabilidad de la enfermedad. Pero si la enfermedad agudiza puede sobrevenir odio y una tendencia a evitar las moradas de los hombres: se quejan de la vida y desean la muerte, en muchos casos este sentimiento lleva a tal insensatez y fatuidad que ignoran todo, se olvidan incluso de sí mismos y llevan la vida de animales inferiores” (Areteo de Capadocia citado en Porter, R., 2002, p. 51-53).

delirios y obsesiones, sobre el cual se debía ser muy preciso al momento de diagnosticar. En esta misma línea, Horwitz & Wakefield (2007) plantean que Areteo de Capadocia indicó que tristeza “sin causa” constituye el criterio que diferencia a la tristeza normal del trastorno melancólico y de paso alertó que si se consideran sólo los síntomas se podía errar en el diagnóstico.

Claudio Galeno, médico romano del siglo II, mantuvo los postulados hipocráticos y además sistematizó todo el conocimiento psiquiátrico que existía desde hace al menos cinco siglos. Con relación a la melancolía, Galeno usó la misma definición de Hipócrates en la que se relaciona el humor depresivo y el miedo durante un tiempo prolongado<sup>9</sup>.

El enorme cuerpo de conocimiento médico que produjo la antigüedad clásica, a través del cual se explicaba la salud y la enfermedad, perduró por muchos siglos después de Hipócrates, Areteo y Galeno, y de hecho “la medicina medieval (cristiana e islámica) reconoció y adoptó las tradiciones médicas iniciadas por Hipócrates y sistematizadas por Galeno, Areteo y otros” (Porter, 2002, p. 55).

#### **b. La continuidad medieval**

Durante la Edad Media se conjugaron los conocimientos provenientes de distintas tradiciones, fundamentalmente las del mundo árabe y las de Occidente. Sin embargo, Europa había experimentado una gran transformación: la consolidación del cristianismo como la religión dominante de Occidente<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Según Horwitz & Wakefield (2007), la descripción de Galeno también enfatizó en el fenómeno psicótico, pero además realizó una buena descripción de los síntomas básicos: “Generalmente el miedo está presente en los pacientes melancólicos, pero no todos presentan mismas las mismas imágenes sensoriales anormales. Por ejemplo, un paciente que cree que se ha convertido en una especie de caracol y por lo tanto, se escapa de todo lo que conoce, no sea que [su caparazón] fuere aplastado... Otra vez, un paciente tiene miedo de que Atlas, que sostiene el mundo, se canse, lo tire, y todos nosotros seremos aplastados y empujados juntos. Y hay miles de otras ideas imaginarias... Aunque cada paciente melancólico actúa bastante diferente a los demás, todos ellos muestran miedo o desaliento. Creen que la vida es mala y odian a los demás, aunque no todos quieren morir. Para algunos, el miedo a la muerte es la preocupación fundamental durante la melancolía. Otros, de manera bastante bizarra, temen a la muerte a la vez que la desean” (Galeno citado en Horwitz & Wakefield, 2007, p. 60).

<sup>10</sup> En este nuevo escenario, los sacerdotes y monjes de la Edad Media, retomaron los principios clásicos de los humores, pero esta vez, los postulados hipocráticos fueron leídos e interpretados a través de la óptica cristiana, que dieron una nueva perspectiva a los conceptos de salud y enfermedad.

En Europa fueron fundamentalmente los monjes<sup>11</sup> quienes dominaron el conocimiento médico. Por su parte, en el mundo árabe fue el médico Ishaq ibn Imram (alrededor del siglo X) quien definió la melancolía como “irracional, de constante tristeza y abatimiento” (Horwitz & Wakefield, 2007, p. 61).

Con respecto a los trastornos mentales más frecuentes durante la Edad Media, Porter (2002) plantea que la melancolía y la manía eran dominantes<sup>12</sup>.

A pesar que la herencia de la medicina greco-romana se mantuvo vigente durante toda la Edad Media, no fue sino hasta el Renacimiento cuando ésta volvió a cobrar la fuerza y el sentido que tuvo muchos siglos antes.

### c. El Renacimiento y el retorno a los clásicos

Uno de los aspectos más característicos del período conocido como Renacimiento, fue la revalorización de los autores clásicos. En ese sentido, la explicación aristotélica sobre la relación entre temperamento melancólico y genialidad, alcanzó un gran impacto, dada la floreciente vida cultural, artística y creativa que tuvo lugar en Europa occidental entre los siglos XV y XVI.

Felix Platter<sup>13</sup> (1536-1614) abordó la melancolía desde la perspectiva clásica, y según Porter (2002) “haciendo eco de Areteo, la formuló como 'un tipo de enajenación mental en el que la imaginación y el juicio se hallan de tal modo pervertidos que sin razón alguna las víctimas se ponen tristes y atemorizadas’” (p. 58).

Por su parte, Timothie Bright (1550-1615) en su obra *Treatise of Melancholia*, distinguió entre el dolor con o sin causa, “de modo de permitir un diagnóstico diferencial entre un trastorno melancólico real y estados (sin trastorno) de intensa tristeza y desesperación, debido a la creencia de que se había pecado y que por lo tanto recaería la ira de Dios” (Horwitz & Wakefield, 2007, p. 62).

---

11 Con el surgimiento de los monasterios en la alta Edad Media, aparecieron los herbolarios y manuales medicinales confeccionados por los monjes, que a su vez combinaba la sabiduría clásica con creencias populares y actos de magia (Porter, 2002). Progresivamente, los monasterios se fueron transformando en lugares que concentraron gran poder y riqueza, donde además se custodiaba la sabiduría clásica heredada de los griegos, e interpretada ahora según la cosmovisión cristiana de la época.

12 Porter (2002) plantea: “...Bartolomeo el Inglés, que enseñó en París en el siglo XIII, incluyó bajo el rubro de 'melancolía', al modo de Areteo, ciertos estados como la ansiedad, la hipocondría, la depresión y el delirio” (p. 56).

13 Profesor de la Universidad de Montpellier, una de las más importantes de la época.

En su obra *Anatomy of the Melancholy*<sup>14</sup> publicada en 1621 Robert Burton describió tres componentes principales de la depresión: el estado de ánimo, la cognición y los síntomas físicos, los cuales siguen siendo considerados las características distintivas de la condición depresiva (Horwitz & Wakefield, 2007). Burton realizó una extensiva descripción de síntomas melancólicos, habla de personas solitarias, apesadumbradas, delirantes y a menudo peligrosas. Entre las causas de la melancolía menciona “ocio, soledad, estudio excesivo, pasiones, perturbaciones, enfados, preocupaciones, miserias, deseos vehementes, ambiciones, etc.” (Burton, citado en Porter, 2002, p. 59).

En términos generales, en la época del Renacimiento se retomaron las antiguas tradiciones humorales clásicas, de modo que se llegó a un tiempo de culminación y conclusión de éstas<sup>15</sup>.

#### d. El siglo XIX

A comienzos del siglo XIX, Pinel<sup>16</sup> publicó su *Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía* (1801) donde plantea su pensamiento en torno a la causalidad moral de la enfermedad y ofrece un modelo bien organizado, con una clasificación simplificada, análisis etiológico, descripción de las fases de la enfermedad, observaciones sobre la anatomía patológica y una discusión sobre tratamiento (Radden, J., 2000). Para Pinel, la génesis de los trastornos del ánimo se encontraría en las percepciones y sensaciones, y por lo tanto, para tratar la melancolía, “o como él decía 'delirio sobre un objeto exclusivo'” (Radden, 2000, p. 204) se debía actuar sobre estas causas.

---

<sup>14</sup> *Anatomy of the Melancholy* es probablemente la obra más importante de todo el Renacimiento sobre el tema de los trastornos mentales. Burton dedicó casi toda su vida a escribir su obra, un extenso ensayo médico y filosófico en cual sistematiza todo el conocimiento del que se disponía hasta esa fecha acerca del tema.

<sup>15</sup> En los siglos venideros, especialmente en la época de la Ilustración, y producto del incipiente desarrollo del método científico, de la mano de filósofos, físicos y naturalistas, la nueva fisiología y anatomía dieron la bienvenida a nuevas teorías que fueron prescindiendo de la de los humores. De esta forma, se comenzaron a concebir las nuevas perspectivas psicológicas (Porter, 2002).

<sup>16</sup> El psiquiatra francés Philippe Pinel (1745-1826) fue uno de los más prominentes intelectuales de la época.

Según Porter (2002), Esquirol<sup>17</sup> (1772-1840) llevó a cabo una verdadera reforma psiquiátrica de corte positivista que sentó las bases de la diferenciación entre loco y enfermo mental. Denominó como monomanía a algunos tipos de melancolía e indicó por primera vez, de manera muy adelantada, a la “enfermedad” (monomanía instintiva) como causa de determinados comportamientos delictivos.

Por su parte, Richard von Krafft-Ebing<sup>18</sup> (1840-1902) planteaba que “el fenómeno fundamental en la melancolía consiste en el dolor emocional depresivo” (Krafft-Ebing citado en Horwitz & Wakefield, 2007, p. 70). Para este autor, la melancolía se caracterizaba siempre por un sufrimiento de tipo depresivo, idea que influiría poderosamente en el desarrollo posterior sobre la depresión.

#### e. La depresión en el siglo XX

Siguiendo a Fernández (2008) fue en 1886 que Carl Lang utiliza el término depresión para referirse a pacientes que “constantemente estaban a punto de llorar, irritables, incapaces de funcionar en el día a día o de tomar decisiones y que manifestaban una falta de energía y de ganas de vivir como queja principal” (Shorter, 2007).

A comienzos del siglo XX ya se vislumbraba el enorme desarrollo que tendría la psiquiatría durante el nuevo siglo, fundamentalmente a partir de los aportes de Sigmund Freud (1856-1939) por un lado, y de Emil Kraepelin (1856-1926) por otro. Paulatinamente, la psiquiatría fue desarrollando una nueva terminología para referirse a la depresión con mayor claridad y precisión, sin embargo, gran parte del siglo XX estuvo marcado por la dificultad para clasificar los estados depresivos.

Por una parte, Freud enfatizó en la etiología psicológica de los desordenes mentales, incluida la depresión. Horwitz & Wakefield (2007) plantean que los adherentes a la teoría freudiana estudiaron e interpretaron los reportes de los pacientes para suponer la existencia del inconsciente con significados y deseos patológicos. Por su parte, Kraepelin aplicó un modelo médico clásico para examinar los síntomas, desarrollo y prognosis de la depresión y otros trastornos, para así definir distintas

---

<sup>17</sup> Autor de la obra *Mental Maladies*, el texto psiquiátrico más destacado de la época, y uno de los más destacados discípulos de Pinel.

<sup>18</sup> Prominente psiquiatra alemán de fines del siglo XIX.

patologías físicas, incluyendo la melancolía en la definición que hizo de psicosis maniaco-depresiva<sup>19</sup>.

En general se plantea que tanto Freud como Kraepelin hicieron enormes aportes a la psiquiatría que se abrió paso durante la primera mitad del siglo XX. En las décadas siguientes surgieron varios otros psicólogos y psiquiatras que aportaron nuevos conocimientos para entender y tratar la depresión, hasta la aparición de los psicofármacos a mediados del siglo XX.

Para Fernández (2008) la aparición de los antidepresivos alrededor de los años '50 constituyó una verdadera revolución al interior de la psiquiatría<sup>20</sup> ya que por primera vez fue posible intervenir la enfermedad de manera aparentemente eficaz. Esto significó que la psiquiatría y la psicología se vieron en la necesidad de alcanzar un cierto consenso en la definición de la depresión. Para que estas disciplinas alcanzaran un estatus más científico dentro de la medicina, fue necesario establecer definiciones fiables de la depresión (Fernández, 2008). Por otra parte, con el desarrollo de la industria farmacéutica fue necesario establecer criterios diagnósticos claros y definidos para verificar la efectividad del fármaco en esa condición concreta (Ehrenberg, 1998).

Fue así como en 1975, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la novena edición del *International Classification of Diseases (ICD-9)*, distinguiendo dos tipos de depresiones, primero, las relacionadas con las psicosis afectivas, asociadas fundamentalmente con la depresión maniaca, y segundo, las depresiones reactivas. Por otra parte, en 1980 la Asociación Americana de Psiquiatría publicó el DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, en su tercera edición) en donde se definió el término depresión mayor, que es el predominante en la actualidad (Fernández, 2008). No obstante los cuestionamientos permanentes a que son sometidos los criterios del DSM (incluso en sus últimas ediciones DSM-IV y DSM-IV-TR), éstos representan un cierto consenso sobre los signos y síntomas más relevantes de la

---

19 Según Porter (2002) Kraepelin propuso el modelo de una enfermedad degenerativa que llamó *dementia praecox* y que sería distinguida claramente de las psicosis maniaco-depresivas. Al respecto Porter plantea: “como precursor de la esquizofrenia, Kraepelin ha dejado con su *dementia praecox* una marca indeleble en la psiquiatría moderna” (p. 176).

20 “Al comienzo de la década de 1950 los laboratorios de investigación de las compañías productoras de fármacos desarrollaron compuestos antipsicóticos y antidepresivos, en especial fenotiacinas (la clorpromacina que fue comercializada con el nombre de “Largactil” y era llamada por sus detractores “el garrote líquido”) y la imipramina (utilizada contra la depresión)” (Porter, 2002, p. 193).

enfermedad depresiva, y que aún pudiendo ser considerados arbitrarios, continúan siendo los más utilizados a nivel clínico y de investigación.

### **2.1.2.- La depresión según el DSM-IV-TR**

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) publica el llamado DSM<sup>21</sup>, editado actualmente en su versión DSM IV-TR.

Los criterios para diagnosticar un episodio depresivo mayor según el DSM IV-TR, se indican en el **anexo 1**.

En la sección de los trastornos del estado de ánimo se incluyen aquellos trastornos cuya característica principal es una alteración del humor. A su vez, la sección de trastornos del ánimo está dividida en tres partes: en la primera parte se incluyen los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maniaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco), los cuales no poseen códigos diagnósticos y por lo tanto no pueden diagnosticarse como entidades independientes, aunque sirven como fundamento al diagnóstico de trastornos. En la segunda parte están descritos los trastornos del ánimo (por ejemplo, el trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I) en donde los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo requieren la presencia o ausencia de los episodios afectivos descritos en la primera parte de la sección. Por último, en la tercera parte se incluyen las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes (episodio único).

### **2.1.3.- Aspectos epidemiológicos**

Los datos que aporta la epidemiología resultan fundamentales en el esfuerzo por lograr una comprensión más global de la depresión. Para efectos de esta investigación, la información y estadísticas aportados por estudios epidemiológicos cobran valor en cuanto enriquecen la discusión de este marco conceptual.

---

21 Porter (2002) plantea una interesante cuestión acerca del desarrollo que ha experimentado el DSM desde su aparición: “Lo más revelador del manual es la abrupta explosión en la escala de esta empresa editorial: la primera edición tenía unas cien páginas, el DSM-II llegó a 134 páginas, el DSM-III a casi 500 y la última revisión DSM-IV-TR (2000) ¡alcanza la asombrosa cifra de 943 páginas! Al parecer ahora se diagnostica a más personas como víctimas de trastornos psiquiátricos que nunca antes en la historia: ¿es eso un avance?” (p. 201).

### a. La depresión a nivel mundial

La OMS (2005) planteó la proposición “no hay salud sin salud mental”, lema al que también han adherido otros organismos internacionales como la OPS y la Federación Mundial de Salud Mental. Lo que subyace a esta proposición es la constatación de una situación alarmante en materia de salud mental.

Según los antecedentes de la OMS, alrededor de 121 millones de personas padecen de depresión en el mundo. De hecho, la depresión posee la mayor proporción entre las enfermedades mentales y neurológicas que producen incapacidad laboral, representando casi el 12% del total de éstas (OMS, 2001). Por otra parte, los medicamentos antidepresivos y psicoterapias estructuradas son eficaces para el 60% a 80% de afectados, quienes pueden ser atendidos en atención primaria, sin embargo, menos del 25% de los afectados (en algunos países menos del 10%) reciben estos tratamientos. Las principales barreras para la atención efectiva son la carencia de recursos, la falta de personal capacitado y el estigma social asociado a trastornos mentales como la depresión.

Hace más de una década la OMS y el Banco Mundial (Murray & López, 1996) realizaron el estudio *Global Burden of Disease* (GBD), cuyo objetivo era proveer un conjunto de medidas de salud que facilitarían información para políticas de salud internacionales, incluso en condiciones no mortales. Lo que se buscaba era obtener valoraciones epidemiológicas no sesgadas ni desconectadas de cuestiones legales y fue así como el GBD desarrolló estimaciones de incidencia, prevalencia, duración y letalidad en 107 enfermedades y sus 483 consecuencias incapacitantes (Murray & López citado en Fernández, 2008). “Este informe provocó un 'efecto cenicienta' en los trastornos mentales, ya que nunca antes la salud pública los había considerado dentro de los 10 trastornos más 'letales'” (Fernández, 2008, p, 15). Al cambiar el indicador de mortalidad por el de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) (*Disability Adjusted Life Years, DALYs*) los trastornos mentales obtuvieron una valoración tal alta como la de las enfermedades cardiovasculares y las respiratorias, superando incluso a la combinación de enfermedades relacionadas con el cáncer y el SIDA.

Los datos proporcionados por el GDB muestran que los trastornos depresivos unipolares significan una pesada carga para la sociedad, situándose en el cuarto lugar entre las enfermedades que originan más cargas. Esta situación se traduce en un 4,4% del total de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y a la vez significa la

mayor causa de años vividos con incapacidad (AVI), de cuyo total representan el 11,9%. Estos datos muestran lo dramática de la situación cuando se consideran la carga que representa esta enfermedad, y el panorama no es más alentador cuando se realizan proyecciones futuras. De hecho la proyección hacia el año 2020 es que si llegaran a persistir las tendencias de transición demográfica y epidemiológica, la carga de depresión subirá a 5,7% de la carga total de enfermedades, llegando a ser la segunda mayor causa de AVAD.

Después de 10 años de las previsiones del GDB, la depresión fue el año 2000 la cuarta causa de discapacidad en las sociedades occidentales, la tercera en Europa (responsable del 6% de toda la discapacidad generada) y la primera en los EEUU (Paykel & colaboradores, 2005, citado en Fernández, 2008)

Por otra parte, en relación al suicidio, Corrêa & Barrero (2006) han planteado que existe una relación estrecha entre depresión y suicidio, hasta el punto que muchos consideran este último, un síntoma o una consecuencia exclusiva de la depresión. De hecho cerca del 15% al 20% de los enfermos depresivos ponen término a su vida cometiendo suicidio (Goodwin & Jamison, 1990, citado en OMS, 2001).

En cuanto a las diferencias por sexo, la depresión es más común en el sexo femenino que en el sexo masculino. Según el GBD se estima que la prevalencia de los episodios depresivos unipolares se situará en 1,9% para el sexo masculino y en 3,2% para el sexo femenino y que el 5,8% de los hombres y el 9,5% de las mujeres padecerá un episodio depresivo en un período de 12 meses. Estos valores de prevalencia varían en las diferentes poblaciones pudiendo ser más elevadas en algunas de ellas.

Tal como se ha planteado en este punto, la depresión representa en la actualidad un fenómeno de dimensiones planetarias, ya que es una enfermedad presente en todo el mundo, en todos los niveles socioeconómicos, tanto en hombres como en mujeres y en todas las fases etéreas. En este sentido, los datos proporcionados por la epidemiología, representan información muy valiosa para los distintos países y sus instituciones sanitarias, fundamentalmente con el objetivo de generar programas de salud mental más eficientes y que signifiquen una mejoraría en la condición actual de millones de personas que padecen de depresión.

#### **b. Estadísticas de la depresión en Chile**

Según los distintos estudios y trabajos que se han realizado a nivel nacional, Chile se encuentra sindicado como uno de los países con una alta prevalencia global de enfermedades mentales (Araya, Rojas, Fritsch, Acuña & Lewis, 2001). Hace aproximadamente una década, Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn & Torres (2002) llevaron a cabo el Estudio Chileno sobre Prevalencia Psiquiátrica (ECP)<sup>22</sup>, el cual mostró los resultados de prevalencia de vida y seis meses de los trastornos psiquiátricos evaluados. Según este estudio, algo más de un tercio, el 36% de la población chilena estudiada, había tenido un desorden psiquiátrico a lo largo de su vida, mientras que uno de cada cinco, 22,6%, había tenido un desorden en los últimos seis meses.

Tal como vimos en el apartado anterior, la depresión es una de las enfermedades mentales más recurrentes en la actualidad a nivel mundial, y Chile no se encuentra ajeno a esa realidad. Según el estudio de Vicente et al. (2002) entre las enfermedades mentales estudiadas, la depresión se encuentra entre las más altas con un 9,0% en prevalencia de vida, y con un 4,6% en prevalencia de seis meses.

Por otra parte, según la Primera Encuesta Nacional de Salud de Chile (ENS)<sup>23</sup> publicada por el Ministerio de Salud el año 2003, el 45,8% de la población declaró haber tenido dos semanas seguidas de tristeza, desánimo o depresión durante 2002. Además, tanto los síntomas de disforia como el uso de medicamentos antidepresivos fueron significativamente más frecuentes entre las mujeres (**Tabla 1**).

**Tabla 1.- Durante el último año se han sentido dos semanas seguidas con tristeza, desánimo o depresión o han utilizado antidepresivos. Tasas por 100 habitantes, por sexo Chile 2003.**

Hombres (N=1.615)	Mujeres (N=1.642)	Ambos sexos (N=3.557)
----------------------	----------------------	-----------------------

22 Según Vicente et al. (2002), el Estudio Chileno de Prevalencia Psiquiátrica (ECP) junto al realizado en Colombia en 1997 son los únicos estudios, conducidos en Latinoamérica, que han usado muestras nacionales representativas de la población de los respectivos países y que han utilizado el mismo instrumento. Hay otros tres estudios realizados en América Latina que también han usado el CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) pero aplicado en muestras regionales, dos en México y uno en Brasil.

23 Durante el año 2003 se completó la Primera Encuesta Nacional de Salud de Chile (ENS 2003) encargada por el Ministerio de Salud (MINSAL) a la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC). La ENS 2003 es un examen de salud voluntario a una muestra representativa de la población mayor de 17 años de todo el país. Esta muestra aleatoria de la población general, representa a los hombres y mujeres chilenas de diferentes edades, según niveles socioeconómicos, zona urbana rural y nivel educacional. Estas personas habían participado en el año 2000 en la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) del MINSAL y fueron invitadas a participar en esta encuesta de salud en el año 2003 (submuestra de la ECV) (ENS 2003).

Disforia % (95% IC)	Uso antidep % (95% IC)	Disforia % (95% IC)	Uso antidep % (95% IC)	Disforia % (95% IC)	Uso antidep % (95% IC)
37,0	0,2	54,2	2,3	45,8	1,3
(32,8-41,2)	(0-0,4)	(50,5-57,8)	(0,6-4,1)	(42,8-48,7)	(0,4-2,2)

Fuente: ENS 2003

Además, la ENS 2003 mostró que el 17,5% de la población chilena había padecido síntomas de depresión<sup>24</sup> en el último año, siendo más frecuente en las edades medias (25 a 65 años) y significativamente más frecuente entre las mujeres que entre los hombres (24,3% vs 10,4%) (**Tabla 2**).

Tabla 2.- Prevalencia de Síntomas de depresión en el último año por grupos de edad y sexo.

Tasas por 100 habitantes. Chile 2003.

Edad	Hombres	Mujeres	Ambos sexos			
	N	Prevalencia % (95% IC)	N	Prevalencia % (95% IC)	N	Prevalencia % (95% IC)
17 - 24	216	13,4 (6,5 - 20,4)	211	18,1 (11,7 - 24,5)	427	15,7 (10,9 - 20,5)
25 - 44	545	8,3 (5,5 - 11,2)	586	30,1 (24,4 - 35,9)	1.131	19,2 (15,9 - 22,5)
45 - 64	493	12,8 (7,3 - 18,3)	643	22,2 (17,3 - 27,1)	1.136	17,6 (14,0 - 21,3)
≥ 65	361	7,2 (4,0 - 10,4)	502	17,8 (12,0 - 23,6)	863	13,4 (9,7 - 17,1)
<b>Total</b>	<b>1.615</b>	<b>10,4</b> (7,7 - 13,1)	<b>1.942</b>	<b>24,3</b> (21,0 - 27,6)	<b>3.557</b>	<b>17,5</b> (15,4 - 19,7)

Fuente: ENS 2003

Este mismo informe mostró que las personas de áreas urbanas presentaron significativamente mayor prevalencia de síntomas de depresión que las personas de

24 Para efectos de la ENS 2003, se definió síntomas de depresión como personas con disforia o anhedonia casi todos los días, la mayor parte del día, por al menos 2 semanas seguidas más la presencia de al menos 5 de 7 síntomas adicionales, independientemente del tratamiento farmacológico. Esto es un puntaje CIDI-SF > de 5.

áreas rurales (18,3% vs 12,4%). Hubo tres regiones<sup>25</sup> con las prevalencias más bajas de síntomas de depresión, la III, XII y VII. En cuanto a las mayores prevalencias de depresión, éstas se presentaron en la Región Metropolitana, la X y la II.

La información aportada por la ENS 2003 fue utilizada fundamentalmente para la evaluación del estado de avance y Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010 y fue también un insumo importante para la estimación de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible en Chile (ENS 2009-2010).

Actualmente se cuenta con los datos recientemente publicados de la Segunda Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 del MINSAL<sup>26</sup>, la que ofrece un panorama sobre la evolución de la salud en Chile durante los últimos años.

Con relación a la prevalencia de síntomas depresivos<sup>27</sup> en la población, ésta es de 17,2%, y al igual que en la ENS 2003, las mujeres presentan significativamente mayor prevalencia de síntomas depresivos que los hombres (25,7% vs 8,5 respectivamente). Ahora bien, con relación a la prevalencia de síntomas depresivos en el último año, se observa que la prevalencia más alta en mujeres corresponde a la edad de 45-64 años (30,1%), mientras que para los hombres es a la edad de 25-44 años (11%). El mismo informe presenta una asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia de síntomas depresivos en el último año y el nivel educacional (NEDU), al ajustar por edad

---

25 La división administrativa de Chile contempla XV regiones, donde la XIII región corresponde a la Región Metropolitana de Santiago.

26 El trabajo de la ENS 2009-2010 fue liderado por un equipo de profesionales del Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Junto a éste, participó el equipo del Departamento de Laboratorios Clínicos y un amplio grupo de asesores, colaboradores y coinvestigadores clínicos de la Facultad de Medicina de la PUC y de la Escuela de Psicología y el Departamento de Estadísticas de la Facultad de Matemáticas de la PUC. El Observatorio Social de la Universidad Alberto Hurtado (OSUAH) fue subcontratado para apoyar la fase de levantamiento de terreno.

27 En la ENS 2009-2010, se resumen los resultados del instrumento de tamizaje de síntomas depresivos CIDI-SF (abreviado). En el instrumento hay dos preguntas generales a través de las cuales los participantes entran al interrogatorio in extenso para caracterizar una posible depresión. La primera pregunta indaga sobre síntomas de tristeza (disforia) y la segunda sobre falta de interés o capacidad para disfrutar (anhedonia), ambas referidas a los últimos 12 meses (criterios mayores para depresión DSM-IV).

La aplicación del instrumento permite obtener un puntaje de riesgo de depresión en base a la suma de los 7 síntomas complementarios (criterios menores para depresión DSM-IV). El cálculo de la prevalencia se realiza con el punto de corte de: 1 criterio mayor, más 5 o más síntomas complementarios. Aquellas personas catalogadas con riesgo de depresión, tienen “síntomas depresivos de último año”. Es importante destacar que el instrumento no permite distinguir a una fracción de ellos que tiene los síntomas o los tuvo mientras cursaba una enfermedad con intensos síntomas físicos o presentaba otras enfermedades siquiátricas que cursan con síntomas depresivos (distimia, trastorno bipolar), o quienes se encuentran cursando un duelo. Sin embargo, todos ellos han presentado en el último año sintomatología suficiente como para requerir atención médica.

y sexo. Al respecto se observa que la prevalencia es más alta en el nivel bajo (20,8%); la tendencia ocurre tanto en hombres como en mujeres. Al ajustar por sexo y edad, se reafirma lo dicho anteriormente, pues los niveles bajo y medio presentan mayores prevalencias de síntomas depresivos que el nivel alto (**Tabla 3**).

**Tabla 3.- Prevalencia de síntomas depresivos por nivel educacional (NEDU). Chile 2009-2010**

NEDU	Hombres		Mujeres		Ambos sexos		OR*
	n	Prevalencia	n	Prevalencia	n	Prevalencia	
Bajo	476	13,1	763	26,9	1239	20,8	2,366
		(7,6 - 21,5)		(22,1 - 32,3)		(17 - 25,2)	
Medio	1109	7,9	1436	29,4	2545	18,4	1,820
		(5,8 - 10,7)		(25,4 - 33,7)		(15,9 - 21,1)	
Alto	367	6,9	505	16,6	872	11,8	1
		(3,8 - 12,3)		(12 - 22,4)		(8,8 - 15,6)	

\* ODDS RATIO ajustado por edad y sexo.

Prevalencias % (intervalo 95% de confianza).

Fuente: ENS Chile 2009-2010.

Cuando se observa el panorama de los síntomas depresivos a nivel nacional (por regiones) la ENS 2009-2010 muestra que al comparar con la XIII Región Metropolitana (18,1%), la XV Región (10,2%), I Región (2,7%), II Región (11,9%), VI Región (10,6%) y XII Región (5,7%) presentan significativamente menor prevalencia de tener síntomas depresivos que la XIII Región Metropolitana. A su vez, la IX Región presenta significativamente mayor prevalencia que la XIII Región Metropolitana (27,3% vs 18,1%).

Todos estos datos nos alertan sobre la incidencia de depresión en ciertos sectores más vulnerables de la población chilena, fundamentalmente en áreas urbanas más desfavorecidas, personas con bajo nivel educacional y mayoritariamente mujeres.

A la luz de esta información es posible prever hacia dónde dirigir los esfuerzos de la política sanitaria en el área de salud mental, al menos en lo que respecta a la depresión.

#### **2.1.4.- Críticas al concepto de depresión**

A lo largo de su obra *The Loss of Sadness*, Horwitz & Wakefield (2007) han planteado una contundente crítica a la psiquiatría en cuanto – a juicio de los autores –

ésta ha transformado la tristeza común en una enfermedad depresiva, fundamentalmente porque no se considera la relación de los síntomas con el contexto en que éstos se desarrollan<sup>28</sup>, de modo que individuos que se encuentran viviendo momentos de normal tristeza, pasan a ser diagnosticados como depresivos de manera creciente<sup>29</sup>.

La tristeza es un sentimiento inherente de la condición humana, no un trastorno mental. Así, “hacer frente a la definición inválida de la depresión en psiquiatría, es también considerar una dolorosa pero importante parte de nuestra humanidad a esa tendencia a la moderna medicalización de los problemas humanos” (Horwitz & Wakefield, 2007, p. 225).

A partir de la publicación del DSM-III en 1980 se comienza a considerar que todos los síntomas, aún cuando éstos respondan a eventos concretos, están relacionados con la enfermedad, cuando en estricto rigor pueden no estarlo. La consecuencia es que ante situaciones normales de la vida, como el duelo, igualmente un individuo pueda ser diagnosticado con un trastorno depresivo. Para Horwitz & Wakefield (2007) con esta práctica se tiende a incluir, dentro de lo que se entiende por trastornos depresivos, a los estados de tristeza intenso.

Como ya hemos mencionado antes, el concepto de depresión no está del todo consensuado, fundamentalmente porque su definición más extendida, la que proviene del DSM IV-TR, suele considerarse demasiado arbitraria. Para Afonso (2004) la definición de episodio depresivo mayor, tal como aparece descrito en el DSM-IV-TR, es poco precisa y demasiado amplia. Según este mismo autor, a partir del DSM-III la tendencia fue eliminar los aspectos etiológicos de los criterios taxonómicos, de modo que se comenzaron a incluir criterios clínicos que van desde los límites de la normalidad (por ejemplo, situaciones de luto o tristeza normal) hasta las formas más graves de depresión, para las cuales probablemente contribuyen factores de carácter más biológico (Afonso, 2004).

---

28 Según el psiquiatra Robert L. Spitzer, en el prólogo de *The Loss of Sadness*, Horwitz & Wakefield (2007) argumentan que cuando aquellos mismos criterios diagnósticos que no hacen referencia al contexto, son usados por estudios en la comunidad epidemiológica, un gran número de individuos que están teniendo respuestas humanas normales ante varios estresores, son erróneamente diagnosticados con este trastorno.

29 Para estos autores, “los criterios del trastorno depresivo definidos en el DSM-IV-TR, no son válidos, y el eje multiaxial tampoco ayuda, ya que utilizan el eje relevante de estresores psicosociales solamente para complementar, y no para modificar el diagnóstico de un trastorno. En esta misma línea, la categoría de Trastorno Adaptativo, sólo agravaría el problema, ya que patologiza incluso las reacciones normales” (Horwitz & Wakefield, 2007, p.122).

Desde otra perspectiva, Lopes Pires (2002) plantea que uno de los principales problemas del DSM-IV, es la sutil relación que mantiene entre las categorías diagnósticas y la psicofarmacología, “frecuentemente, estar triste es suficiente para que una persona sea rotulada como depresiva, y en consecuencia, medicada<sup>30</sup>” (p. 33). A juicio de este autor, esta situación avanza peligrosamente en dirección de una práctica común de consumo de estupefacientes. Al respecto, Horwitz & Wakefield (2007) plantean que las compañías farmacéuticas eventualmente pueden verse beneficiadas económicamente de problemas que en rigor no son médicos. En muchas ocasiones cuando se diagnostica a un individuo con un trastorno depresivo, la medicación parece ser la mejor solución, situación que no siempre es así.

Por otra parte, para Fernández (2008) la principal crítica que se hace al concepto de depresión del DSM IV-TR, es la falta de sustento teórico<sup>31</sup>, lo que a su vez ha generado dudas sobre su validez, a pesar de la supuesta fiabilidad de estos criterios. Por otra parte, la misma autora plantea que una de las ventajas de la definición, es que facilita la comunicación entre los profesionales al expresar con claridad qué se entiende cuando se habla de depresión mayor. Es por este motivo que hasta hoy la psiquiatría recurre a criterios clínicos con un fuerte componente descriptivo, tal como plantean los manuales de clasificación de enfermedades más utilizados como el DSM-IV-TR y CIE-10 (Afonso, 2004, p. 15).

Como hemos observado hasta aquí, la complejidad del concepto de depresión ha ido tomando fuerza progresivamente. En cierta medida, esta situación nos ubica frente a un concepto que posee una dimensión que no está sujeta a taxonomías definidas y que posee una dimensión vivencial, asociada a un objeto – la depresión – que se construye socialmente. Moreira (2007)<sup>32</sup> plantea que existe una forma dicotomizada en la manera

---

30 Según Carlos M. Lopes Pires (2002) “en su ansia mercantilista, los laboratorios tienen todo hecho con el fin de: (1) extender el consumo de antidepresivos a un número cada vez más creciente de personas; (2) hacer pasar la idea de que la depresión es una enfermedad en que existe un déficit de bioaminas; (3) que para este déficit existen fármacos recuperadores; (4) que cuanto más rápido se haga la intervención terapéutica, mejor.

31 Al respecto, Francisco Alonso-Fernández (2010), plantea: “que se mantenga la detección de síndrome depresivo en un nivel escandalosamente insuficiente, se debe, en mi opinión, a tres factores: primero, la falta de un modelo conceptual médico de depresión, ya que el único modelo utilizado en el mundo, el modelo patrocinado por los manuales norteamericanos (DSM) carece de soporte conceptual...” (p. 70).

32 En el artículo titulado “Significados Posibles de la Depresión en el Mundo Contemporáneo: una lectura fenomenológica *mundana*”, la autora presenta una lectura fenomenológica crítica de la depresión en el mundo contemporáneo, basada en un proyecto de investigación transcultural acerca de la depresión en Brasil, Chile y Estados Unidos. Para comprender el fenómeno patológico, la autora se sustenta en la perspectiva de la Psicopatología Crítica, que incluye tanto la dimensión cultural como la endógena y

que el DSM-IV organiza la psicopatología. No obstante, considerando que efectivamente la depresión “privilegia alteraciones de carácter afectivo como tristeza, desesperanza, falta de ganas de vivir, es interesante pensar en qué medida la cultura contemporánea occidental influencia los afectos, o mejor dicho, la cognición que tenemos de los afectos” (Moreira & Freire, 2003; Schumaker & Ward, 2001, citado en Moreira 2007, p. 133).

Finalmente, siguiendo a Álvaro-Estramiana et al. (2010) constatamos que la depresión es un problema psicológico porque es el individuo quien la sufre, pero también es un problema social porque es en el contexto social del individuo donde dicha experiencia cobra sentido. Al respecto los autores plantean: “la depresión, tal y como aquí la entendemos, no se refiere a un trastorno de la personalidad, sino a un estado subjetivo de malestar físico y emocional, entendido como el resultado de las presiones socioestructurales sobre el individuo (Mirowsky y Ross, 1989, citado en Álvaro-Estramiana et al., 2010).

Como veremos en el próximo capítulo, esta tesis utilizará el enfoque de las Representaciones Sociales, lo que necesariamente nos ubica en una perspectiva que privilegia lo social y particularmente la construcción social de un objeto, en este caso la depresión. De ahí la importancia de explorar las principales críticas y limitaciones del concepto al interior de la psiquiatría, de modo de ampliar ese horizonte desde una perspectiva más vivencial, que es el objetivo de este estudio.

## **2.2.- LAS REPRESENTACIONES SOCIALES**

En el capítulo anterior se delinearon las principales formas en que es entendida la depresión, abarcando para ello una extensa revisión de la evolución histórica del concepto, los principales indicadores epidemiológicos de la depresión, tanto a nivel mundial como en el nivel nacional, la definición “oficial” del DSM-IV-TR, para finalmente dar paso a una revisión más crítica de estas taxonomías. Este conocimiento es ventajoso fundamentalmente porque nos permite ampliar la mirada sobre el fenómeno abordado, pero a la vez nos brinda un panorama propicio para continuar con el abordaje teórico de las Representaciones Sociales, que es el que utilizará este trabajo.

Jodelet (1984) ha planteado que las representaciones sociales “constituyen objetos cuyo estudio devuelve a esta disciplina [psicología social] sus dimensiones históricas, sociales y culturales. Su teoría debería permitir unificar el enfoque de toda una serie de problemas situados en la intersección de la psicología con otras ciencias sociales” (p. 494). De ahí la importancia del extenso recorrido del capítulo anterior.

Esta investigación se realiza en el barrio La Legua de Santiago de Chile, el cual presenta ciertas particularidades dada la situación de vulnerabilidad social del mismo. Para efectos de este trabajo, las representaciones sociales propician, en el contexto de

este barrio, el aprehender el conocimiento práctico de los pobladores acerca de la depresión. En otras palabras, las representaciones sociales permiten el acceso a ideas, saberes y sentimientos que poseen los distintos actores sociales. “La construcción de las representaciones sociales de la depresión se procesa en el intercambio de conocimientos populares y científicos, a través de experiencias grupales y sociales que se repiten a lo largo de la vida de los individuos” (Fonseca, Coutinho & Azevedo, 2008, p. 434). En el caso de esta investigación, la depresión se instala entonces, como un objeto social que conlleva juicios, valoraciones y opiniones de gran relevancia en este contexto.

La Teoría de las Representaciones Sociales en cuanto tal, surgió al interior de la psicología social con la publicación del estudio *La Psychanalyse: Son Image et Son public* de Serge Moscovici en 1961<sup>33</sup>. No obstante, fue Emile Durkheim<sup>34</sup> el primero que planteó el concepto de representación, quien lo utilizó bajo la fórmula de *representación colectiva* para designar el fenómeno social con el cual se construyen las diversas representaciones individuales. Según Araya (2002) “para Durkheim, las representaciones colectivas son una suerte de producciones mentales sociales, una especie de “ideación colectiva” que las dota de fijación y objetividad” (p. 21). Pues bien, Moscovici, empleó este término y reanudó así el desarrollo de un concepto que había caído en el olvido. En este sentido Jodelet (1984) plantea:

El concepto de Durkheim recubría esta forma de pensamiento social sin circunscribirlo en su especificidad. Para explicarlo era necesario establecer un modelo que revelase los mecanismos psicológicos y sociales de su producción, sus operaciones y sus funciones. La obra *La psychanalyse: son Image et son public* sigue siendo hasta el día de hoy la única tentativa sistemática y global en este sentido (p.474).

---

33 Araya (2002) plantea: “En 1961, tras diez años de investigaciones empíricas y de elaboraciones teóricas, Serge Moscovici publicó su tesis doctoral “La psychanalyse, son image et son public”. Aunque el psicoanálisis era el principio organizador de la obra, el contenido de la misma no se dirigía a la comprensión del psicoanálisis, sino al entendimiento de la naturaleza del pensamiento social” (p. 12).

34 Moscovici (1989) identifica cuatro influencias teóricas que lo indujeron a plantearse la teoría de las representaciones sociales: Emile Durkheim y su concepto de representaciones colectivas; Lucien Lévy-Bruhl y su estudio sobre las funciones mentales en sociedades primitivas; Jean Piaget y sus estudios sobre la representación del mundo en los y las niñas y las teorías de Sigmund Freud sobre la sexualidad infantil.

### **2.2.1.- Qué son las representaciones sociales?**

Cuando los individuos hacen referencia a objetos sociales, a los que clasifican, explican y también evalúan, es porque tienen una representación social de ese objeto (Araya, 2002). En palabras de Jodelet (1984) representar es hacer un equivalente, mas no en el sentido de una equivalencia fotográfica, pues un objeto se representa cuando está mediado por una figura, y en esa condición es que emerge la representación y su contenido, “toda representación social es representación de algo y de alguien” (p. 475).

Según Araya (2002) existen diversas conceptualizaciones que intentan definir las representaciones sociales, “ello ocurre porque las representaciones sociales son fáciles de captar, pero su definición conceptual no comporta la misma facilidad debido a la complejidad de los fenómenos de los que da cuenta” (p. 26).

Para Moscovici esta teoría posibilita la construcción de un conocimiento socialmente compartido y elaborado y a la vez significa un modo de interpretar y de pensar la realidad. En sus palabras, las representaciones sociales constituyen:

(...) una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos... La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (Moscovici, 1979, p. 17-18).

Por su parte, Jodelet (1984) plantea la importancia del conocimiento que proviene del sentido común, donde tienen lugar procesos generativos y funcionales, y por lo tanto se origina una forma de pensamiento social. Según ella las representaciones sociales son:

Una forma de conocimiento, socialmente elaborada y compartida, con un objetivo práctico y que contribuye en la construcción de una realidad común a un conjunto social. Igualmente conocida como saber del sentido común o incluso

saber ingenuo, natural, esa forma de conocimiento es diferenciada, entre otras del conocimiento científico (Jodelet, 2001, p. 22).

Para la autora, este conocimiento del sentido común, socialmente elaborado y compartido, lo es porque intenta “comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen de él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto de ellas...” (p. 473).

Araya (2002) plantea que Farr, un reconocido estudioso de las presentaciones sociales, propone una visión esquemática de éstas, en donde las representaciones sociales emergen cuando los individuos debaten sobre temas de interés mutuo o bien cuando una temática se impone como significativa de acuerdo al poder que detentan los medios de comunicación. Parafraseando a Moscovici, Farr plantea que las representaciones sociales son:

Sistemas cognoscitivos con una lógica y un lenguaje propios. No representan simplemente “opiniones acerca de”, “imágenes de”, o “actitudes hacia” sino “teorías o ramas del conocimiento” con derechos propios para el descubrimiento y la organización de la realidad. Sistemas de valores, ideas y prácticas con una función doble: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo; segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal (Farr, 1984, citado en Araya, 2002, p. 28).

Para Farr, la funcionalidad de las representaciones sociales tiene que ver con hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible perceptible. Esto se debería a que lo desconocido suele resultar amenazante cuando se carece de alguna categoría clasificatoria (Araya, 2002).

Finalmente, podemos decir que las representaciones sociales son formas icónicas en que los individuos imprimen la realidad y cuya significación es colectiva. Estas

representaciones proporcionan a los individuos una orientación respecto del mundo circundante en que se desarrolla. Cuando los individuos hacen referencia a un objeto social, se expresa la representación que se posee de ese objeto toda vez que se califica, se explica y se evalúa.

### **2.2.2.- Elaboración de las representaciones sociales**

Siguiendo a Coutinho (2005) se puede comprender cómo se elaboran y funcionan las representaciones sociales fundamentalmente por medio de los procesos de objetivación y anclaje, los cuales “comprenden una imbricación, una articulación entre una actividad cognitiva y las condiciones sociales en que son forjadas las representaciones” (p. 718).

Objetivación y anclaje son mecanismos propios de la dinámica de las representaciones sociales y a través de los cuales éstas se generan.

#### **a. Objetivación**

Este mecanismo da cuenta de cómo inciden las estructuras sociales en la formación de las representaciones sociales y cómo influyen los esquemas ya constituidos en la elaboración de nuevas representaciones (Araya, 2002). Dicho de otro modo, la objetivación es el proceso mediante el cual se transforman entidades abstractas en algo concreto y material, “objetivar es reabsorber un exceso de significados materializándolos” (Moscovici, 1976, citado en Jodelet, 1984, p. 481). Es decir, la objetivación se refiere a la transformación de aquellos conceptos abstractos, en experiencias o materializaciones concretas. Según Jodelet (1984) la objetivación consta de tres etapas:

- *Selección y descontextualización de los elementos de la teoría.* Se refiere a la retención selectiva de elementos que posteriormente serán organizados libremente. Esta selección se produce junto a un proceso de descontextualización del discurso y se realiza en función de criterios culturales y normativos. “Se retiene sólo aquello que concuerda con el sistema ambiente de

valores. De ahí que las informaciones con igual contenido, sean procesadas diferencialmente por las personas” (Araya, 2002, p. 35)<sup>35</sup>.

- *Formación de un «núcleo figurativo»*. Se refiere a la estructura de imagen que reproducirá de manera visible una estructura conceptual, es decir, las ideas abstractas se transforman en formas icónicas. Según Araya (2002) estas imágenes estructuras fueron denominadas por Moscovici (1984) *núcleo figurativo*, es decir, una imagen nuclear concentrada, con forma gráfica y coherente, en la cual se ha capturado la esencia del concepto que se intenta objetivar. De acuerdo con Araya (2002) la imagen resultante “es lo que le permite a las personas conversar y también comprender de forma más sencilla las cosas, a los demás y a ellas mismas y a través de su uso, en diferentes circunstancias, se convierte en un hecho natural” (p. 35)<sup>36</sup>.
- *Naturalización*. En este proceso, las figuras, pensamientos, se transforman en elementos de la realidad, referentes para el concepto (Jodelet, 2002). Las imágenes sustituyen la realidad, y por lo tanto ya no son percibidas las informaciones sobre los objetos, sino su imagen que reemplaza y extiende de forma natural lo percibido. “Sustituyendo conceptos abstractos por imágenes, se reconstruyen esos objetos, se les aplican figuras que parecen naturales para aprehenderlos, explicarlos y vivir con ellos, y son esas imágenes, las que finalmente constituyen la realidad cotidiana” (Araya, 2002, p. 36).

En conclusión, se puede decir que la importancia del proceso de objetivación, radica en que ofrece al público una imagen o esquema concreto a partir de un ente abstracto o poco tangible como lo son ciertos pensamientos, figuras o una teoría.

## b. Anclaje

---

35 Parafraseando a Jodelet (1984), se podría decir que las informaciones que circulan sobre la depresión – por ejemplo – son seleccionadas en función de criterios culturales (no todos los grupos poseen el mismo acceso a la información), y sobre todo, en función de criterios normativos (se retiene lo que concuerda con el sistema de valores).

36 Araya (2002) plantea: “Wagner & Elejabarrieta ilustran el núcleo figurativo con la expresión bíblica: “Y Dios creó al hombre a su imagen y semejanza”. Esta expresión no es solo una explicación religiosa sobre el origen del hombre, sino también una forma que permite disponer de una imagen de Dios, materializar la entidad abstracta en una figura concreta. A ello, debo agregar que con dicha expresión el rostro femenino de Dios es de difícil representación para sus creyentes, quienes en esencia vinculan su representación con un hombre” (p.35).

En este proceso, las representaciones sociales se ligan con el marco de referencia de la colectividad, con la cultura de determinadas sociedades, de modo que lo extraño llega a tornarse familiar. Para Jodelet (2002) el anclaje se refiere al enraizamiento social de la representación y de su objeto. Por su parte, según Araya (2002) el proceso de anclaje permite incorporar lo extraño en lo que crea problemas, en una red de categorías y significados por medio de dos modalidades:

- Inserción del objeto de representación en un marco de referencia conocido y preexistente. En este sentido, “se puede decir que el grupo expresa sus contornos y su identidad a través del sentido que confiere a su representación” (Jodelet, 2002, p. 487).
- Instrumentalización social del objeto representado, o sea la inserción de las representaciones en la dinámica social, haciéndolas instrumentos útiles de comunicación y comprensión.

En rigor, el anclaje implica la integración cognitiva del objeto de representación dentro del sistema preexistente de pensamiento y sus respectivas transformaciones. Se trata, en suma, de su inserción orgánica dentro de un pensamiento constituido. Señala Jodelet (1984) que el anclaje genera conclusiones rápidas sobre la conformidad y la desviación de la nueva información con respecto al modelo existente y proporciona marcos ideológicamente constituidos para integrar la representación y sus funciones. Al respecto Araya (2002) plantea:

Si bien el proceso de anclaje permite afrontar las innovaciones o el contacto con objetos que no son familiares para las personas, hay que advertir que las innovaciones no son tratadas por igual por todos los grupos sociales, lo cual evidencia el enraizamiento social de las representaciones y su dependencia de las diversas inserciones sociales. En efecto, los intereses y los valores propios de los diversos grupos actúan con fuerza sobre los mecanismos de selección de la información, abriendo más o menos los esquemas establecidos para que la innovación pueda ser integrada. Si el nuevo objeto que ha aparecido en el campo social es susceptible de favorecer los intereses del grupo, este se mostrará mucho más receptivo.

En definitiva, la integración cognitiva de las innovaciones está condicionada tanto por los esquemas de pensamiento ya constituidos como por la posición social de las personas y de los grupos (p. 36-37).

A su vez, el proceso de anclaje se descompone en varias modalidades que permiten comprender:

- Cómo se confiere el significado al objeto representado, es decir, en relación a la asignación de sentido.
- Cómo se utiliza la representación en tanto sistema de interpretación del mundo social, marco e instrumento de conducta. “Esta modalidad permite comprender cómo los elementos de la representación no sólo expresan relaciones sociales, sino que también contribuyen a constituir las” (Jodelet, 1984, p. 487).
- Cómo opera su integración dentro de un sistema de recepción y la conversión de los elementos de este último, relacionados con la representación. “Los sujetos se comportan según las representaciones; los sistemas de interpretación proporcionados por la representación guían la conducta” (Araya, 2002, p. 37).

Ambos procesos, objetivación y anclaje, actuando de manera conjunta y a la vez en su función integradora, tienen utilidad en cuanto guían los comportamientos. “La representación objetivada, naturalizada y anclada, es utilizada para interpretar, orientar y justificar los comportamientos” (Araya, 2002, p. 37).

### **2.2.3.- El estudio de las representaciones sociales**

Para estudiar las representaciones sociales es necesario conocer los supuestos epistemológicos que sustentan este enfoque, algunos de los cuales se analizarán sucintamente y con el objetivo de tener la claridad suficiente para abordar el objeto de estudio de esta tesis.

Siguiendo a Pereira de Sá (1998) a lo largo del tiempo se han ido definiendo tres líneas de investigación de las representaciones sociales. Estas son:

- Escuela clásica: su acento está puesto en el aspecto constituyente más que en el aspecto constituido de las representaciones sociales. En cuanto a la metodología, ésta recurre a las técnicas cualitativas (entrevistas en profundidad, análisis de

contenido). Esta línea ha sido desarrollada principalmente por Denis Jodelet en concordancia con los postulados de Moscovici.

- Escuela de Aix-en-Provence: escuela desarrollada por Jean-Claude Abric desde 1976, la cual centra su análisis en los procesos cognitivos. Es conocida como el enfoque estructural de las representaciones sociales pues precisamente se propone conocer la estructura de éstas. (Sus técnicas son más bien experimentales).
- Escuela de Ginebra: la cual ha sido desarrollada fundamentalmente por Willen Doise. También es conocida como la escuela sociológica porque se centra en las condiciones de producción y circulación de las representaciones sociales.

Algunos autores tienden a distinguir entre las dos primeras de estas escuelas, los enfoques procesual y estructural de las representaciones sociales, “(...) se puede afirmar que el aspecto *constituyente* del pensamiento son los procesos y el *constituido* son los productos o contenidos. El enfoque que se centra en el primer aspecto es el procesual y el estructural se centra en el segundo aspecto” (Araya, 2002, p. 48).

Por su parte el enfoque el procesual se basa en las técnicas de metodologías cualitativas enfatizando en el análisis de lo social, la cultura y las interacciones sociales. Por otra parte, el enfoque estructural privilegia el funcionamiento cognitivo y del aparato psíquico, recurriendo para ello al método experimental y a otros análisis multivariados (Araya, 2002).

#### a. **Enfoque procesual**

En este enfoque el acceso al contenido de una representación normalmente es a través de la recopilación del material discursivo, el cual ha sido producido de manera espontánea (conversaciones) o bien ha sido inducido por medio de entrevistas o cuestionarios. Según Araya (2002) “independientemente de su modo de producción, este material discursivo es sometido a tratamiento mediante las clásicas técnicas de análisis de contenido. Este tratamiento proporciona una serie de indicadores que permiten reconstruir el contenido de la representación social” (p. 49).

Araya (2002) menciona los presupuestos epistemológicos y ontológicos<sup>37</sup> del enfoque procesual:

- Para acceder al conocimiento de las representaciones sociales es necesario realizar un abordaje hermenéutico, en el cual el ser humano es visualizado como un productor de sentidos.
- Focaliza en el análisis de las producciones simbólicas, de los significados, del lenguaje, a través de los cuales los seres humanos construyen el mundo en que viven.
- En el enfoque procesual se privilegia dos formas de acceder al conocimiento: la primera es a través de métodos de recolección y análisis cualitativo de los datos. Y la segunda, por medio de la triangulación combinando múltiples técnicas, teorías e investigaciones para garantizar una mayor profundización y ampliación del objeto de estudio.
- La naturaleza del objeto de estudio que se intenta aprehender por esta vía, alude a un conocimiento del sentido común versátil, diverso y caleidoscópico.

En definitiva, siguiendo a Araya (2002) “este enfoque (...) se distingue por ser una aproximación cualitativa, hermenéutica, centrada en la diversidad y en los aspectos significantes de la actividad representativa” (p. 51).

#### **b. Enfoque estructural**

Según Abric (2007) en este enfoque las representaciones sociales son concebidas como un conjunto organizado de informaciones, opiniones, actitudes y creencias, en relación a un objeto determinado. Siendo socialmente producidas, las representaciones sociales son fuertemente marcadas por los valores correspondientes al sistema socio-ideológico y a la historia del grupo que las produce, para el cual ésta constituye un elemento esencial de su visión de mundo. El análisis de una representación social y la comprensión de su funcionamiento requieren necesariamente de una doble identificación, la de su contenido y la de su estructura.

---

<sup>37</sup> Por presupuestos epistemológicos se entienden los modelos de conocimiento de la realidad o vías de acceso al conocimiento y los ontológicos como la naturaleza de la realidad social o como la naturaleza del objeto de estudio (Banchs, 2000, citado en Araya 2002).

Para los autores del enfoque estructural lo fundamental de éste es que las representaciones sociales poseen una estructura específica que les es inherente: el núcleo central, el cual determina su organización y significación. Precisamente la teoría del núcleo central constituye la característica que distingue a este enfoque de la perspectiva procesual (Abric, 2007).

Para Araya (2002) el núcleo central se refiere al elemento o conjunto de elementos que otorgan coherencia y significación global a la representación. En otras palabras, de lo que aquí se trata es de distinguir las diferencias que existen entre los elementos de una representación ya que no todos poseen la misma importancia; algunos son esenciales, otros importantes y algunos secundarios. Por lo tanto, lo relevante “es reparar en su organización, es decir en la jerarquía de elementos que la constituyen y las relaciones que estos elementos establecen entre sí” (Abric, 2007, p. 59).

Siguiendo a Abric (2007) el núcleo central posee una doble funcionalidad, por una parte tiene una función *generadora* la cual crea o transforma la función de los otros elementos de la representación, es decir dota de sentido la significación de esos elementos. Por otra parte, el núcleo posee una función organizadora cuya función es organizar los elementos de la representación. A su vez el núcleo central tiene dos dimensiones, una normativa y una funcional: “en la primera se expresan dimensiones socioafectivas, sociales o ideológicas, dentro de las cuales pueden incluirse normas, estereotipos o actitudes. En la funcional se encuentran las situaciones con una finalidad operativa o aquellas que se refieren al funcionamiento del objeto” (Uribe et al, 1997, citado en Araya, 2002, p. 51).

El núcleo central de las representaciones sociales es el elemento más estable y duradero de éstas y por lo tanto menos vulnerable a sufrir cambios o modificaciones. Esta resistencia del núcleo se debe a la protección que le brindan los elementos periféricos de la representación, los cuales permiten, fundamentalmente, la adaptación de ésta a las transformaciones del contexto. Como se mencionó antes, los elementos de la periferia están organizados por una jerarquía en relación al valor y función de éstos respecto del núcleo. Siguiendo a Araya (2002) los elementos de la periferia cumplen con tres funciones:

- *Función concreción.* Los elementos periféricos dependientes del contexto, resultan del anclaje de la representación con la realidad, permitiendo su investidura en términos concretos, comprensibles y transmisibles de inmediato.
- *Función regulación.* Los elementos periféricos tienden a ser más flexibles que los elementos del núcleo central y por lo tanto son fundamentales en cuanto a la adaptación de las representaciones a la evolución del contexto. De este modo, los elementos nuevos son integrados en la periferia de la representación. Según Abric (2007) ante la estabilidad del núcleo central, los elementos de la periferia constituyen el aspecto móvil y evolutivo de la representación.
- *Función defensa.* La periferia cumple también una función protectora del núcleo central ante eventuales transformaciones; “si el núcleo central cambia es porque el sistema periférico es poco resistente o porque las nuevas informaciones contienen mucha fuerza” (Araya, 2002, p. 52).

Araya (2002) también menciona los presupuestos epistemológicos y ontológicos de este enfoque.

- En el enfoque estructural el estudio está focalizado en los procesos y mecanismos de organización de los contenidos de las representaciones sociales, independientemente de su significación.
- Los estudios que hablan de procesos casi siempre son estudios cognitivos que buscan identificar estructuras representacionales.
- Las vías más utilizadas para acceder al conocimiento del objeto de estudio son técnicas correlacionales y análisis multivariados o ecuaciones estructurales.
- Desde la perspectiva ontológica, se busca aprehender tanto los mecanismos cognitivos de constitución como las funciones, dimensiones y elementos de una estructura cognitiva.

Finalmente, para el análisis de las representaciones sociales es necesario no olvidar que estas pueden ser estables y rígidas, y a la vez móviles y flexibles. Araya (2002) lo resume diciendo:

Estables y rígidas porque están determinadas por un núcleo central profundamente anclado a la memoria de un pueblo y a su sistema de creencias. Móviles y flexibles porque son alimentadas de las experiencias individuales e integran los datos de lo vivido y de la situación específica, la evolución de las relaciones y de las prácticas en que las personas están inmersas. Así, si las representaciones sociales deben ser abordadas desde un contexto histórico y social es justamente en los elementos estables del núcleo donde se podría rastrear su genealogía. Si se abordaran solo en términos constituyentes y procesuales, no se daría cuenta del carácter histórico de la representación social, lo cual necesariamente nos hace perder la visión de totalidad (p. 53-54).

#### **2.2.4.- Críticas a la teoría de las representaciones sociales**

Actualmente, la teoría de las representaciones sociales constituye un valioso aporte al interior de las ciencias sociales. Del mismo modo, se puede constatar que desde su formulación original de la mano de Moscovici en 1961, ha habido un número creciente de investigaciones basadas en la teoría de las representaciones sociales, lo que a su vez ha significado una proliferación y desarrollo notable para este campo de estudio.

No obstante lo fructífero de esta teoría como herramienta para analizar la realidad social, el enfoque de las representaciones sociales al igual que todas las teorías emergentes, ha sido objeto de diversas críticas desde el punto de vista teórico, metodológico y epistemológico.

Una de las críticas que se le suele hacer a la teoría de las representaciones sociales es que si bien Moscovici reconoce la influencia de la obra de Durkheim en sus planteamientos, su teoría sería simplemente una modificación superficial a los principales enunciados del concepto de representación colectiva de éste último. En esta misma línea, Ibáñez (1988) piensa que ha sido desafortunada la sustitución del concepto de colectivo por el de social ya que de este modo se habría contribuido a la pérdida de los vínculos entre representaciones y procesos sociales (grupos sociales de larga duración, estructuras sociales, estructuras de poder, producciones ideológicas, etc.). En síntesis, Ibáñez plantea que en la teoría de las representaciones sociales, lo social se reduce a la suma de producciones individuales

Los teóricos de las representaciones sociales han respondido desde distintos ángulos a esta cuestión. Al respecto, Banchs (2000) parafraseando a Moscovici, plantea:

Resumiendo, mientras que las representaciones colectivas, de acuerdo con la concepción clásica de Durkheim, son un término explicativo que designa una clase general de conocimientos y creencias (ciencia, mitos, religión, etc.), desde nuestro punto de vista, son fenómenos ligados con una manera especial de adquirir y comunicar conocimientos, una manera que crea la realidad y el sentido común. Enfatizar esta diferencia fue mi propósito al sustituir el “colectiva” de Durkheim por “social”... Las representaciones colectivas han cedido el lugar a las representaciones sociales (...) (Moscovici, citado en Banchs, 2000, p. 8-9).

Siguiendo a Rodríguez (2003) a nivel epistemológico el concepto mismo de representación ha sido objeto de varias críticas. Para Potter & Edwards (1999), teóricos del construccionismo social, las representaciones sociales en rigor no representan nada, y por lo tanto, ya que una representación es siempre una representación de otra representación, se produciría una imposibilidad de acceder a la cosa en sí misma o la interpretación de ésta. Por otra parte, Ibáñez (1988) plantea que el concepto de representación lleva en sí mismo la impronta epistemológica de la metáfora del espejo característica del positivismo. En cuanto a Parker (1989) dicho autor plantea que en esta teoría la representación aspira a representar la realidad y no a un conjunto de conocimientos que la sociedad configura.

Según Rodríguez (2003) los teóricos de las representaciones sociales han respondido a estas críticas argumentando que la epistemología que orienta la teoría de la de las representaciones sociales es dialógica (Marková, 2000). Por otra parte, Banchs (1994) plantea que tanto el construccionismo social como la teoría de las representaciones sociales comparten presupuestos epistemológicos y ontológicos (aludidos por Ibáñez), como por ejemplo el rechazo a la racionalidad positivista, el giro hermenéutico, la dimensión construida de los hechos sociales, la naturaleza social del conocimiento científico, el reconocimiento de la naturaleza simbólica e histórica de la realidad social, la importancia del concepto y fenómeno de la reflexividad, la naturaleza relacional de los fenómenos sociales, entre otros.

Otro de los reparos más frecuentes que se le hace esta teoría, es la supuesta ambigüedad en la definición misma de sus conceptos, situación que se expresaría en la dificultad para distinguir este enfoque de otros modelos formulados, como por ejemplo, las propuestas teóricas de Berger & Luckmann (1991) cuando exponen su modelo de construcción social de la realidad. Sin embargo, posteriormente Moscovici integró en la teoría de las representaciones sociales los aportes de estos autores. Según Elejabarrieta (1991) son tres los aportes de Berger & Luckmann que Moscovici incorporó, primero el carácter generativo y constructivo que tiene el conocimiento en la vida cotidiana, segundo, que la naturaleza de esa generación y construcción es social, y tercero, la importancia del lenguaje y la comunicación como mecanismos en los que se transmite y crea la realidad y como marco en que la realidad adquiere sentido. En este sentido, Araya (2002) plantea que estas formulaciones significaron una contribución importante a la teoría de las representaciones sociales, “las aproximaciones al conocimiento cotidiano, considerando seriamente el carácter productor más que reproductor de los significados de la vida social es un elemento claramente visible en la teoría” (p. 26).

En resumen, normalmente toda teoría es objeto de las más diversas discusiones, críticas y objeciones; lo importante aquí ha sido conocer algunas de éstas, de modo de mantener una actitud reflexiva ante la teoría utilizada. Del mismo modo, los aportes provenientes de otras vertientes teóricas nos alertan de adoptar un concepto de representaciones sociales estático e individualista en lugar de un concepto dinámico y socialmente co-construido (Marková, 2000).

### **3.- MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1.- Delineamiento general del estudio**

Este estudio es de tipo exploratorio, descriptivo y explicativo desarrollado en el barrio La Legua en Santiago de Chile y procura aprehender las representaciones sociales de la depresión considerando las divergencias y las convergencias al interior del

conjunto social y las funciones que estas ejercen en los individuos. Así mismo, su orientación metodológica corresponde a un abordaje multimétodo de cuño cualitativo y cuantitativo considerando que ambos enfoques metodológicos contribuyen a responder de manera más integral a la pregunta de investigación que guía este estudio, a saber: *cuáles son las representaciones sociales de la depresión de los habitantes del barrio La Legua.*

En relación a la naturaleza exploratoria de esta investigación, ésta se expresa en el hecho de que prácticamente no existen trabajos anteriores sobre el objeto de estudio definido en esta tesis (las investigaciones que existen sobre La Legua poseen otra perspectiva<sup>38</sup>). Desde este punto de vista, este estudio contribuye a establecer una familiaridad con el fenómeno abordado, dejando abierta la posibilidad de dar continuidad a un proyecto de investigación más amplio en una etapa posterior.

Por otra parte, el abordaje del fenómeno estudiado, utilizando elementos de las metodologías cualitativa y cuantitativa, responde a lo que se ha denominado un abordaje multimétodo. En estricto rigor, se puede decir que este estudio se encuadra dentro del paradigma cualitativo, sin embargo, a la vez recurre a procedimientos de análisis cuantitativo. Siguiendo a Ruiz (2008) este tipo de abordaje permite una mayor flexibilidad para adaptarse a las demandas de comprensión y explicación de la realidad actual, caracterizada por su multidimensionalidad y complejidad.

En cuanto a los aportes teóricos-metodológicos que sustentan este trabajo, éstos provienen de la teoría de las representaciones sociales, corriente iniciada por Moscovici (1961) y especialmente en el abordaje estructural de éstas, planteado por Abric (1994).

El objetivo es poner en evidencia la forma en que las representaciones de la depresión son construidas, vivenciadas y compartidas por el conjunto social estudiado. En este sentido, las representaciones sociales son entendidas como productos de la actividad humana en donde los individuos conocen su realidad circundante a través de las explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y pensamiento social. Las representaciones sociales vienen a sintetizar esas explicaciones y de esta manera

---

38 *Lo que se teje en La Legua: historia, poesía y canciones de su gente*, Red de Organizaciones Sociales de La Legua y ECO (1999); *Propuesta Comunitaria de Intervención para La Legua*, patrocinado por CONACE, Eco y Monitores de La Legua (2003); *Los espacios habitados de Legua Emergencia* (Jakel, 2004); *El Golpe en La Legua* (Garcés, 2005); *Diagnóstico Comunitario Población Legua Emergencia*, División de Seguridad Ciudadana del Ministerio del Interior y Dirección de Desarrollo Comunitario de la Municipalidad de San Joaquín (2006); *Territorios de La Furia* (Ganter, 2007).

hacen referencia a un tipo específico de conocimiento, el conocimiento del sentido común. En palabras de Jodelet (1984) “este conocimiento forja las evidencias de nuestra realidad consensual, participa en la *construcción social de nuestra realidad*” (p. 473).

En cuanto al abordaje estructural de las representaciones sociales, Abric (1994) plantea que esta perspectiva implica la existencia de dos sistemas de significado, el sistema central y el sistema periférico. El núcleo central está caracterizado por su naturaleza rígida, coherente, estable y consensual; permite además la homogeneidad del grupo y se encuentra ligado a su historia colectiva. Por otra parte, los elementos del sistema periférico son más flexibles, vulnerables a los cambios del contexto, integran las experiencias individuales y manifiestan la heterogeneidad del grupo (Vala & Monteiro, 2000).

En términos generales, y considerando los elementos que se han descrito previamente, esta investigación tiene como propósito aprehender las representaciones sociales de los habitantes del barrio La Legua y conocer el modo en que éstos construyen un conjunto de saberes acerca de la depresión.

## **3.2.- Población de estudio y muestra**

### **3.2.1.- Caracterización de la población de estudio**

La población de estudio de esta investigación está constituida por habitantes del barrio La Legua en Santiago de Chile.

La Legua es un barrio claramente reconocible dentro del tejido urbano de la ciudad de Santiago. Según Ganter (2007) inicialmente La Legua se asentó en la comuna de San Miguel, en la zona sur oriente de la capital, alrededor de 1930<sup>39</sup>. Más tarde, con la reforma comunal de 1981, este territorio quedó en la actual comuna de San Joaquín, “y

---

39 “Una primera etapa fundacional la marcarían obreros provenientes del norte salitrero que llegaron a la capital buscando fuentes de empleo. Sus acciones para obtener una vivienda o un sitio donde vivir dieron origen a **La Legua Vieja**, allá por los años 30 del pasado siglo. Luego vendría una de las primeras “tomás” en Santiago, -la de Zañartu-, de la cual salió la gente que daría origen, junto a otros grupos de pobladores, a **La Legua Nueva** a fines de los años 40. Finalmente, en el año 1951, el gobierno de la época asignó viviendas de “emergencia” a un grupo de pobladores que no tenían donde vivir, además de pobladores que venían de callampas del Mapocho; así, lo que nació como una medida transitoria, más tarde se transformaría en un asentamiento definitivo: **La Legua Emergencia**” (Eco, Monitores de La Legua, 2003 p.10).

desde entonces hasta ahora a una sola legua de distancia de la plaza de armas, de ahí deriva su nombre<sup>40</sup>” (p. 22).

De acuerdo a los datos del último Censo (2002) La Legua posee una población total de 14.011 habitantes (la población total de la comuna de San Joaquín es de 97.562 habitantes), divididos en tres subsectores: Legua Vieja 2.878 hab., Nueva La Legua 6.218 hab. y Legua Emergencia con 4.915 hab. (ECO y Monitores de La Legua, 2003). Los sectores de Legua Nueva y Legua Emergencia son clasificados como territorios que presentan niveles altos de pobreza, calidad regular de servicios y vivienda, altos niveles de deserción escolar y una gran cantidad de pobladores que trabajan de manera informal.

Es decir, La Legua es un barrio de Santiago afectado por profundos problemas sociales: violencia social asociada al narcotráfico de drogas, hacinamiento, pobreza, bajo nivel educacional, debilitamiento del tejido social, entre otros. Destaca entre estas problemáticas el tráfico y consumo de drogas. Según el estudio de ECO y Monitores de La Legua (2003) “un porcentaje significativo de pobladores *legüinos*<sup>41</sup>, adultos, jóvenes y niños, organizan hoy sus vidas en torno al tráfico y consumo, generando serios trastornos en la vida individual, familiar y comunitaria (p. 11-12). En este mismo sentido, Ganter (2007) plantea que en el último tiempo La Legua ha ido “dibujándose como una comunidad fragmentada, debilitada en sus capacidades para producir nuevas sociabilidades” (p. 24).

Con relación a la salud mental, según el Diagnóstico Comunitario Población Legua Emergencia (2006), las atenciones en este campo de la salud alcanzarían un alto nivel de casos atendidos, presentando cada uno de ellos elevados niveles de complejidad social. Según este diagnóstico, solamente en el sector Legua Emergencia, fueron atendidos durante el año 2005, 133 casos de trastornos depresivos y 250 casos de otros trastornos de salud mental, tales como trastornos ansiosos, trastornos de pánico, y Mixto con OH/Drogas a la base.

El conjunto de estos elementos sugirió que La Legua fuese el lugar propicio para desarrollar esta investigación, especialmente considerando los serios trastornos que

---

40 Legua: medida itineraria que equivale a cinco kilómetros y medio aprox. (5.572,7 metros), lo que se traduce en una hora de caminata (Ganter, 2007, p.23).

41 Natural de La Legua

provoca en la vida y la salud mental de los pobladores la situación crítica que enfrenta actualmente el barrio. Más aún, la complejidad de los problemas psicosociales de La Legua, sumado a sus múltiples elementos históricos y culturales, han favorecido la consolidación de una identidad del ser *legüino*, ofreciendo un rico campo de investigación, y por lo demás, un terreno propicio para desarrollar un estudio sobre las representaciones sociales. De este campo de estudio se seleccionó la muestra de esta tesis.

### **3.2.2.- Muestra**

La muestra de estudio fue de tipo no-probabilística e intencional. Este tipo de muestreo ofrece la ventaja de ser, en ocasiones, de fácil comprensión y aplicación (Beaud, 2003). Además, es un tipo de muestra recomendado para estudios exploratorios, en donde la selección de los sujetos se ha realizado siguiendo determinados criterios.

Esta técnica procura que la muestra sea lo más representativa posible, teniendo claro, por cierto, que el objetivo de este tipo de muestreo no es realizar generalizaciones (estimaciones inferenciales sobre la población). Precisamente el carácter intencional de la muestra se visualiza en el esfuerzo deliberado por permitir el acceso de actores representativos del conjunto social y la inclusión de aquellos grupos considerados típicos. En este sentido Beaud (2003) plantea que las técnicas no probabilísticas “buscan reproducir lo más fielmente posible la población global” (p. 209).

Teniendo en cuenta estas consideraciones, se encuestaron pobladores de los tres sectores que conforman La Legua, de modo de obtener la mayor cantidad de representantes del conjunto social y a la vez garantizar la heterogeneidad de los participantes. Por consiguiente la muestra de estudio la constituyeron 200 habitantes del barrio La Legua, de ambos sexos.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron: (1) ser mayor de edad<sup>42</sup>; (2) aceptar participar en el estudio; (3) saber leer y escribir; (4) vivir en el barrio La Legua. El cumplimiento de los criterios se realizó por medio de referenciación por conocedores privilegiados, es decir, a través de actores claves que facilitaron el acceso al barrio (individuos que trabajan en el barrio, poseen redes de contacto y conocen la realidad de éste).

---

42 En Chile la mayoría de edad corresponde a los 18 años.

Por consiguiente, para la obtención de la muestra se contactaron actores clave del barrio (concedores privilegiados), quienes fueron los que facilitaron la conformación de grupos de pobladores a los que se les aplicó los instrumentos para la recogida de datos.

Finalmente, los instrumentos fueron aplicados a los participantes, en su gran mayoría, en forma colectiva, en dependencias de organizaciones sociales, escuela y parroquia del barrio. En salas facilitadas por estas instituciones se realizaron seis encuentros, llegando a completar 196 encuestas. Las encuestas faltantes fueron aplicadas de manera individual entre los pobladores que accedieron participar, hasta completar los 200 encuestados de la muestra total. Como se mencionó antes, todos los encuestados provenían de los distintos sectores que conforman el barrio La Legua.

### **3.3.- Técnicas de recogida de información**

Siguiendo a Quivy & Campenhoundt (1998) la recogida de información consiste en recoger o reunir la información de los sujetos que conforman la totalidad de la muestra. A su vez, esta operación puede ser efectuada de forma directa o indirecta. En el caso de esta investigación, la recogida de información se realizó a través de dos cuestionarios administrados de forma directa ya que fueron los propios participantes quienes completaron los cuestionarios (Quivy & Campenhoundt, 1998).

Por consiguiente, para acceder a los datos se utilizaron dos instrumentos: Cuestionario con la técnica de Asociación Libre de Palabras y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

La validación de los instrumentos se realizó bajo la supervisión de los orientadores de esta investigación. Para tal efecto, ambos instrumentos se aplicaron en forma de pre-test a un total de diez individuos. A partir de este pre-test se realizó una evaluación de la viabilidad operacional de ambos instrumentos, considerando para ello las indicaciones de los orientadores de estudio y las sugerencias que existen en la bibliografía. Además fue posible realizar una estimación del tiempo que tomaría la aplicación de éstos arrojando un tiempo promedio de 20 minutos. En general el instrumento no sufrió modificaciones estructurales importantes.

#### **3.3.1.- Cuestionario de asociación libre de palabras**

El Test de Asociación Libre de Palabras fue originalmente desarrollado por Jung (1905) para su uso en la práctica clínica, donde tenía como objetivo realizar un diagnóstico psicológico sobre la estructura de personalidad de los sujetos (Sá, 2003). Este instrumento corresponde a una técnica proyectiva que supone que “la estructura psicológica de los sujetos se torna palpable a través de la manifestación de conductas de reacciones, evocaciones, elecciones y creaciones, constituyéndose en índices reveladores del conjunto de la personalidad” (Nóbrega & Coutinho, 2003, p. 67). En otras palabras, esta técnica tiene por objetivo ayudar a localizar aquellas zonas bloqueadas (con interrupción súbita y transitoria del curso del pensamiento sin compromiso intelectual o sensorial) y reprimidas de los sujetos, es decir, la exclusión del campo de la consciencia de ciertas ideas, sentimientos y deseos que los individuos no quieren admitir, pero que sin embargo continúan siendo parte de la vida psíquica (Bardin, 1977).

Siguiendo a Oliveira, Marques, Gomes & Teixeira (2005) la técnica de asociación libre permite lograr dos objetivos, primero, estudiar los estereotipos sociales que son compartidos espontáneamente por los miembros del grupo, y segundo, visualizar las dimensiones estructurantes del universo semántico específico de las representaciones sociales.

La técnica iniciada por Jung, posteriormente continuó siendo desarrollada por otros investigadores, especialmente en el campo de la psicología social (Vergès, 1992). En la actualidad, la técnica de asociación libre de palabras es utilizada ampliamente en ciencias sociales, y como técnica de recogida de datos en investigaciones científicas. Según Oliveira, et al. (2005) esta aplicación en el campo de la investigación, se debe a la posibilidad de acceder a las proyecciones mentales de manera espontánea, de modo que aquellos contenidos latentes pueden eventualmente llegar a ser revelados. En este mismo sentido, Abric (1994) plantea que este instrumento admite la actualización de los elementos implícitos o latentes que estarían perdidos o enmascarados en las producciones discursivas.

Por otra parte, a través de esta técnica es posible obtener un contenido semántico de forma rápida y objetiva, situación que no se da de igual forma en los discursos convencionales. El método de asociación libre de palabras permite disminuir las dificultades y los límites de las expresiones discursivas que habitualmente se utilizan en las investigaciones de representaciones sociales (Abric, 1994).

Ahora bien, la técnica de asociación libre de palabras es una herramienta de investigación abierta que se estructura por medio de la evocación de respuestas dadas a partir de uno o más estímulos inductores. A su vez, los estímulos inductores son previamente definidos en función del objeto de estudio y considerando las características de la muestra. En concreto, se solicita a los participantes que cuando se les menciona el término inductor, escriban, de manera libre y rápida, las palabras o expresiones que se le vienen al pensamiento, es decir, las evocaciones que les surgen a partir del término inductor (Oliveira et al., 2005).

En el caso de esta investigación, el estímulo inductor utilizado en el cuestionario fue la palabra “depresión”, término ante el cual los participantes debían escribir hasta cinco palabras, intentando jerarquizarlas en orden decreciente (**anexo 2**). Este procedimiento es importante ya que “la jerarquía de producción se constituirá en uno de los criterios para la determinación de los elementos centrales y periféricos” (Oliveira et al., 2005, p. 578). Una vez que las evocaciones son sistematizadas por listados de palabras, se produce un conjunto heterogéneo de unidades semánticas. Posteriormente, se procede con la clasificación del conjunto de unidades semánticas, de modo de facilitar el análisis descriptivo y explicativo necesario para obtener la representación del objeto de estudio (Bardin, 1977).

Cabe señalar que la primera parte del cuestionario aplicado, incluye las variables socio demográficas. A su vez, en esta misma sección, se consulta sobre la presencia o ausencia de depresión y tratamiento, y por último sobre experiencia previa de depresión. El conjunto de estos datos son de vital importancia para este estudio, ya que corresponden a las variables a través de las cuales, posteriormente, se orientará el análisis.

### **3.3.2.- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)**

BDI (*Beck Depression Inventory*) corresponde a la sigla con la cual es universalmente conocido este instrumento. El BDI tuvo su primera versión en 1961 y se realizó sobre la base del análisis de los contenidos más frecuentes en las sesiones terapéuticas con pacientes deprimidos. Después de varios años, en 1994 se inició un proyecto para adecuar el contenido de los ítems a los criterios diagnósticos para la

depresión que establece el DSM-IV. La versión actual entonces, corresponde al BDI-II<sup>43</sup>, fruto de la revisión de Beck, Steer & Brown (Beck, Steer & Brown, 2009).

Beck et al. (2009) han expresado que el BDI-II permite establecer una medición de la severidad de la depresión en adultos y adolescentes a partir de los 13 años. Concretamente, se trata de un instrumento de auto-informe compuesto por 21 items, cada uno con cuatro alternativas, las que su vez expresan grados crecientes de gravedad de depresión, con valores que van de 0 a 3, donde 0 corresponde a la menor intensidad y 3 corresponde a la mayor intensidad de la escala (**anexo 3**).

Las pautas de puntuación sugeridas en el BDI-II se pueden observar en la **tabla 4**:

Tabla 4.- Puntuación del BDI-II	
<b>PUNTUACIONES TOTALES</b>	<b>RANGO</b>
0 – 13	Mínimo
14 – 19	Leve
20 – 28	Moderado
29 - 63	Severo

**Fuente: Manual BDI-II, 2009**

Según Beck et al. (2009) para estudios de investigación en los cuales se procura obtener un grupo de individuos con sintomatología de depresión lo más puro posible, se recomienda elevar la puntuación de corte, de modo de reducir el número de falsos positivos (según los estudios de estos autores, en estos casos resulta adecuado el corte en 17 puntos<sup>44</sup>). A partir de este criterio, se estableció en este estudio una puntuación de corte a partir de la sumatoria de 17 puntos, dando como un resultado dos grupos, uno con sintomatología y otro sin sintomatología. A partir de esta información se procesaron los datos con ayuda del software SPSS 18.0 para obtener la caracterización de la muestra.

### **3.4.- Aspectos éticos**

43 En esta investigación se utilizó la versión en español “Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)”, proyecto dirigido por María Elena Brenlla, de la Universidad Católica Argentina (UCA), Noviembre, 2003. 2ª ed., Paidós, 2009, Argentina. Frecuentemente esta versión es utilizada también en Chile.

44 Beck et al. (2009) plantean que los estudios realizados con la muestra clínica en la Universidad de Pensilvania (N=127) “un puntaje de corte de 17 puntos arrojó una tasa del 93% de positivos verdaderos y una tasa del 18% de falsos positivos de presencia de depresión” (p. 55).

Esta investigación se ha desarrollado bajo la supervisión del Director de la Escuela de Enfermería S. João de Deus de la Universidad de Évora, PhD Manuel José Lopes, en conjunto con la Profesora María do Céu Marques, docente de la misma institución. A su vez, la Escuela de Enfermería S. João de Deus se rige bajo los criterios de la Comisión de Ética del Área de Salud y Bienestar de la Universidad de Évora, los cuales se han tenido en consideración para la realización de esta tesis.

Además, por tratarse de una tesis enmarcada dentro del Programa Erasmus Mundus que implica un semestre de movilidad en otra universidad europea, este trabajo ha contado con la supervisión de Ana Fernández PhD, co-tutora de tesis, quien se desempeña como investigadora y docente del Departamento de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Se han seguido todos los protocolos y reglamentos sugeridos en la bibliografía pertinente y recomendados para este tipo de investigación. Especialmente se ha tenido en consideración las orientaciones del Manual de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial (2009) y las indicaciones del Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos de Chile (1999).

Por último, cabe señalar que todos los participantes fueron previamente informados respecto de los objetivos y procedimientos de la investigación, así como de la confiabilidad de los datos y del carácter voluntario y anónimo de su participación. Del mismo modo, se aseguró la absoluta confidencialidad de la información recabada. Para tal efecto, previa aplicación de los cuestionarios, los participantes recibieron un Consentimiento Informado (**anexo 4**) en el cual se identificaba el investigador, se establecían los términos de la participación, y se daban las indicaciones sobre cómo llenar los formularios.

### **3.5.- Recogida de datos**

En una primera etapa de procedimientos se efectuó la aplicación de un pre-test a un total de 10 individuos de modo de evaluar la consistencia y funcionalidad de ambos instrumentos. Estos 10 participantes fueron distintos de los 200 que posteriormente constituyeron la muestra. A su vez, éstos fueron contactados a través de los actores clave (conocedores privilegiados) de acuerdo a los criterios de inclusión muestral. A la totalidad de participantes se les explicó de qué trataba el estudio y que su participación

era voluntaria y anónima, asegurando la confidencialidad de sus respuestas. Una vez acordado los términos de su participación, se procedió con la aplicación del cuestionario de asociación libre de palabras y el BDI-II respectivamente.

Básicamente los objetivos del pre-test fueron, primero, comprobar si el texto y contenido se encontraban bien formulados (de forma legible, clara, comprensible) y segundo, verificar la viabilidad operacional de los distintos elementos del cuestionario. Además se pudo establecer que el tiempo promedio que tomaba la aplicación de los instrumentos era de 20 minutos aproximadamente.

La evaluación del pre-test no arrojó cambios significativos en el instrumento, por lo cual, en una segunda etapa, se procedió con la aplicación de ambas técnicas a los 200 participantes que constituyeron la muestra.

Una vez validados ambos instrumentos, en una segunda etapa, nuevamente se recurrió a los actores clave quienes permitieron el acceso a los 200 pobladores de La Legua que conformaron la muestra. En conjunto con los actores clave, se definieron fechas para realizar los encuentros; luego éstos se encargaron de contactar a los pobladores e invitarlos a participar del estudio. Para ello se les indicó previamente sobre los criterios de inclusión de los participantes (criterio de referenciación por conocedores privilegiados).

Para aplicar ambos instrumentos se realizó un total de 10 encuentros, seis en forma colectiva y cuatro en modalidad individual. El procedimiento está resumido en la **tabla 5**:

Tabla 5.- Resumen de encuentros para recogida de datos			
ENCUENTRO N°	LUGAR	CANTIDAD DE PARTICIPANTES	MES
1	Escuela Pública n° 480	34	Julio 2010
2	Junta de Vecinos n° 20	39	Agosto 2010
3	Legua Nueva Junta de Vecinos n° 21	26	Agosto 2010
4	Legua Vieja Junta de Vecinos n° 25	36	Agosto 2010
5	Emergencia Parroquia San Cayetano	33	Septiembre 2010
6	Capilla S. Pedro y S. Pablo	28	Septiembre 2010

7	Domicilio calle Antártica	1	Setiembre 2010
8	Domicilio calle Leal	1	Octubre 2010
9	Domicilio calle Carlos Fau	1	Octubre 2010
10	Domicilio calle Santa Catalina	1	Octubre 2010
<b>TOTAL</b>		<b>200</b>	

Para los encuentros individuales se realizó el contacto por medio de los mismos actores clave. A estos participantes se les visitó en su domicilio para aplicar los cuatro cuestionarios faltantes.

En cada uno de los encuentros (grupales e individuales) el orden de los procedimientos fue el siguiente: lectura del consentimiento informado, aplicación del cuestionario de asociación libre de palabras y luego del BDI-II. Se decidió aplicar el BDI-II en segundo lugar, para así evitar que las respuestas del cuestionario de asociación libre de palabras pudiesen estar influenciadas o interferidas por conceptos presentes en el BDI-II.

Sucesivamente todos los participantes leyeron el consentimiento informado, después completaron los datos sociodemográficos y los relativos a la depresión, para luego escribir, libre y rápidamente, hasta cinco palabras que les fueron evocadas a partir del término inductor “depresión”. Una vez realizado este primer paso, se procedió inmediatamente con la aplicación del BDI-II. Paralelamente se volvió a reforzar la explicación sobre el llenado del formulario, de modo de despejar cualquier duda al respecto. En promedio todo el procedimiento tuvo una duración de 20 minutos.

### **3.6.- Análisis de los datos**

En un primer momento, los datos obtenidos a través de la técnica de Asociación Libre de Palabras fueron sometidos a análisis de contenido. Después de una primera codificación de los datos se realizó un listado con todas las palabras registradas por los 200 participantes, para luego, a partir de éste, elaborar un diccionario en el cual se agruparon semánticamente las palabras (categorización por criterio semántico de la palabra o expresión). Para conferir mayor precisión y consistencia al diccionario y con el objetivo de validar el mismo, éste fue presentado a dos profesionales licenciados en Ciencias de la Comunicación, Víctor Godoi y Lilian Vidal, quienes además se encuentran realizando estudios de doctorado en Sociología y Perspectiva de Género,

respectivamente. Ambos profesionales son chilenos lo que permitió contar con un criterio experto sobre el uso de las palabras y expresiones características de la cultura de este país. Sus aportaciones fueron muy valiosas para el agrupamiento semántico de las palabras.

Una vez integradas estas aportaciones se procedió a confeccionar una base de datos con ayuda del software Excell, en donde se señalaron las palabras enunciadas por cada uno de los participantes. Estas palabras fueron previamente codificadas en un término de cinco dígitos. Finalmente la base de datos quedó constituida, primero por el número de sujeto, luego los códigos de las variables (sexo, rango etéreo, experiencia previa de depresión) y por último, el código referente a la palabra evocada.

Paralelamente, los datos que se obtuvieron a través de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, fueron analizados de acuerdo al criterio de puntuación de corte que establece el BDI-II. De este modo, la puntuación de corte fue fijada a partir de la sumatoria de 17 puntos, quedando conformado un grupo con sintomatología (con puntuación > 17 puntos) y otro sin sintomatología (con puntuación ≤ 17 puntos). Estos datos fueron procesados a través del software estadístico SPSS.

Establecidos ambos grupos, con sintomatología y sin sintomatología, se procedió a vaciar los datos obtenidos por la técnica de asociación libre al software EVOC, programa cuya finalidad fundamental es el análisis estructural de las representaciones sociales y que por lo tanto proporciona los elementos que conforman su núcleo central y su sistema periférico. A partir de este procedimiento y con la información arrojada por el software EVOC, se creó una nueva base de datos para cada uno de los grupos. A partir de este procedimiento surgió la tabla de análisis estructural para cada uno de los grupos.

Posteriormente, con la misma base de datos que se utilizó en el procesamiento con el software EVOC, se procedió al tratamiento de datos a través del software SIMI de modo de obtener un análisis de similitud y así observar las relaciones de ligación entre los términos producidos. A través del análisis de similitud es posible observar las co-ocurrencias de categorías de pares de elementos por participante, procedimiento que proporciona una visualización de las co-ocurrencias de categorías por respuesta y de la forma en que estas se relacionan con nuevas co-ocurrencias, permitiendo visualizar en forma de gráficos la caracterización de la estructura de la representación social. La similitud está dada por el análisis frecuencial de las co-ocurrencias de evocaciones que

se dan entre los participantes de un mismo grupo. En otras palabras, el material de las evocaciones es sometido a un análisis de co-ocurrencias en el cual son cuantificadas las frecuencias de co-ocurrencia de cada categoría en relación a todas las otras. El resultado del procedimiento fue la construcción de una matriz de similitud, en forma de diagrama de co-ocurrencia y de la cual se obtuvieron los índices de semejanza para cada par de categorías, indicando los principales elementos y la fuerza de ligaciones establecidas entre los pares de co-ocurrencias.

Por último, y con la finalidad de destacar los ejes que explicaran las modalidades de respuesta, y que a su vez dieran cuenta de las estructuras que fueron constituidas a partir de los elementos del campo representacional, se procedió a realizar el Análisis Factorial de Correspondencia (AFC). Ésta es una técnica estadística creada en Francia por J.L. Benzécri en los años 60 (Cibois, 1990). Cibois continuó el desarrollo de esta técnica, y posteriormente creó el software Tri-Deux que permite trabajar datos numéricos y textuales. Cada análisis factorial generó una representación gráfica en la cual fue posible identificar las distintas representaciones, sus elementos constitutivos y además, saber quiénes las construyeron. Este procedimiento implicó un procesamiento estadístico de datos textuales, análisis cuantitativo y finalmente un análisis cualitativo. Para realizar AFC se utilizó una nueva base de datos codificada, en donde cada línea corresponde a cada uno de los participantes, en el inicio con el número de sujeto y luego los códigos de las “variables fijas” (sexo, grupo étnico y experiencia previa de depresión). Posteriormente surgieron las “variables de opinión” (que en este caso es el código referente a cada palabra evocada). El AFC a través del software Tri-Deux es un procedimiento que proporciona datos para la aprehensión de la dimensión del campo de las representaciones sociales, en donde se observan los vínculos entre los distintos contenidos representacionales, lo que constituye teorías espontáneas (Jodelet, 1984). Con este procedimiento se logró destacar las correlaciones entre los componentes de los distintos grupos. En la lectura del plano factorial se pudo comprobar información respecto de desvíos; para esto se verifica el ángulo al centro entre el punto de línea y el punto de columna, de modo que un ángulo inferior a  $90^\circ$  significa que existe *atracción*; un ángulo cercano a los  $180^\circ$  indica que existe *oposición* entre las modalidades; y por último si el ángulo está próximo a los  $90^\circ$  denota *independencia* entre esas modalidades.

## **4.- RESULTADOS**

### **4.1.- Perfil de los participantes**

Participaron en esta investigación un total de 200 pobladores del barrio La Legua. No obstante, como se ha mencionado antes, La Legua es un barrio conformado por tres sectores, siendo el grupo de Legua Nueva el que más contribuyó para este estudio. La distribución por sector se resume en la **tabla 6**.

Tabla 6.- Participantes del barrio La Legua por sector				
Sector	Legua Nueva	Legua Vieja	Legua Emergencia	Total
Participantes	89	55	56	200
	44,5%	27,5%	28%	100%

En cuanto a la composición de la muestra total por sexo, 70 participantes corresponden al sexo masculino y 130 participantes al sexo femenino, representando este último un 65% del total de la muestra.

En la **tabla 7** se puede observar la distribución de los participantes en relación al grupo etáreo y estado civil. La faja etárea que más contribuyó para este estudio fue de 18 a 28 años, compuesta por 81 participantes (40,5%). Por el contrario, la faja etárea que menos contribuyó fue de 59 a 68 años de edad, que corresponde a 11 participantes de la muestra de estudio (5,5%).

Tabla 7.- Distribución de participantes por grupo etáreo y estado civil										
EDAD	SOLT ERO	CASA DO	VIUD O	SEPA RAD O	TOTAL					
					n	%	n	%	n	%
18 – 28	74	37%	6	3%	0	0%	1	0,5%	81	40,5%
29 – 38	13	6,5%	25	12,5%	0	0%	2	1%	40	20%
39 – 48	6	3%	23	11,5%	0	0%	2	1%	31	15,5%
49 – 58	1	0,5%	18	9%	1	0,5%	2	1%	22	11%
59 – 68	0	0%	8	4%	1	0,5%	2	1%	11	5,5%
+ 68	1	0,5%	4	2%	10	5%	0	0%	15	7,5%
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>47,5%</b>	<b>84</b>	<b>42%</b>	<b>12</b>	<b>6%</b>	<b>9</b>	<b>4,5%</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

La media de edad de los participantes se ubica en 36,7 años de edad, siendo la edad mínima de 18 años y la edad máxima de 82 años.

En cuanto al estado civil de los participantes, las categorías de soltero y casado fueron las que más contribuyeron al estudio con 95 y 84 individuos respectivamente. El porcentaje acumulado de ambos grupos (soltero y casado) representa un 89,5% del total.

La experiencia previa de depresión (**Tabla 8**) también fue una de las variables que se tuvo en cuenta en este estudio. Al respecto, del total de sujetos que formó parte de la muestra, 86 de ellos manifestaron haber tenido antes depresión lo que representa un 43% del total de sujetos.

Tabla 8. Experiencia previa de depresión		
Si	No	Total
86	114	200
43%	57%	100%

#### 4.1.1.- Perfil de los grupos a partir de BDI-II

En relación a los resultados del Inventario de Depresión de Beck BDI-II, específicamente para identificar el índice epidemiológico de depresión en los pobladores del barrio La Legua, se observó que del total de 200 participantes, 73 de ellos presentaron una puntuación sobre el punto de corte (17 puntos) sugerido por Beck et al. (2009) lo que representa el 36,5% de la muestra total. A partir de este resultado se obtuvieron dos grupos: uno con sintomatología depresiva y otro sin sintomatología depresiva de modo de hacer un comparativo entre las representaciones sociales de ambos grupos. El resumen de este dato se observa en la **tabla 9**.

Tabla 9.- Distribución de los grupos con y sin sintomatología		
Con sintomatología	Sin sintomatología	Total
73	127	200
36,5%	63,5%	100%

Los datos mostraron que la media de puntuación del grupo con sintomatología se ubicó en 26,3 puntos, lo que indica que este grupo se encontraba en un rango de depresión moderado. Por su parte, la media de puntuación del grupo sin sintomatología alcanzó los 8,7 puntos correspondiente al rango mínimo.

Ahora bien, a partir de los datos sociodemográficos obtenidos con la aplicación de los instrumentos fue posible trazar un perfil de ambos grupos.

Un primer dato importante es que del 36,5% que presentó sintomatología depresiva, el 26% corresponde al sexo femenino y un 10,5% al sexo masculino (**tabla 10**). Al comparar este dato con la tasa de prevalencia de depresión a nivel nacional se observa una similitud ya que la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 arrojó una prevalencia de 25,7% para sexo femenino y 8,5% para el sexo masculino.

Tabla 10.- Distribución de la sintomatología en función del sexo								
SEXO	CON sintomatología	SIN sintomatología	TOTAL					
			n	%	n	%	n	%
Femenino			52	26%	78	39%	130	65%
Masculino			21	10,5%	49	24,5%	70	35%
Totales			73	36,5%	127	63,5%	200	100%

Al realizar un análisis exclusivamente respecto de los participantes que presentaron sintomatología depresiva (**Tabla 11**) se puede constatar que un 71,2% corresponden al sexo femenino y un 28,8% al sexo masculino.

Tabla 11.- Distribución de la variable sexo respecto del total del grupo con sintomatología		
SEXO	CON SINTOMATOLOGÍA	
	n	%
Femenino	52	71,2%
Masculino	21	28,8%
TOTAL	73	100%

En relación a la variable estado civil, se observó que de los individuos con sintomatología, el 48% de ellos era casado. Dentro esta misma variable, se observó que en la categoría viudo, 9 de 12 participantes presentaron sintomatología depresiva. La composición detallada para ambos grupos en relación a la variable estado civil, se puede observar en la **tabla 12**.

Tabla 12.- Individuos con y sin sintomatología por estado civil						
GRUPO	ESTADO CIVIL				TOTAL	
	soltero	casado	viudo	separado		
CON sintomatología	26	35	9	3	73	
	36%	48%	12%	4%	100%	
SIN sintomatología	69	49	3	6	127	
	54%	39%	2%	5%	100%	

Además respecto del estado civil cabe señalar que el porcentaje acumulado de individuos soltero y casado representa un 84% del total de sujetos con sintomatología

Por otra parte, al analizar más detalladamente los índices relacionados con la experiencia previa de depresión, se observa que más de la mitad de los individuos con sintomatología ya habían padecido antes de depresión (51%). Por otra parte, la diferencia entre los individuos que sí habían tenido experiencia previa de depresión y los que no la habían tenido, tiende a ser menor entre los individuos con sintomatología depresiva (2 puntos porcentuales) que entre los individuos sin sintomatología depresiva (22 puntos porcentuales). Estos resultados se pueden visualizar en la **tabla 13**.

Tabla 13.- Individuos con y sin experiencia previa de depresión para ambos grupos			
GRUPO	EXPERIENCIA PREVIA DE DEPRESIÓN		TOTAL
	SÍ	NO	
Con sintomatología	37 51%	36 49%	73 100%
Sin sintomatología	49 39%	78 61%	127 100%
<b>TOTAL</b>	<b>86 43%</b>	<b>114 57%</b>	<b>200 100%</b>

En cuanto al grupo etéreo, se puede constatar que la faja que más contribuyó fue de 18 a 28 años para ambos casos (**Tabla 14**). Por otra parte, la media de edad alcanzó los 41 años para el grupo con sintomatología y 34 años para el grupo sin sintomatología. También es interesante observar en el grupo con sintomatología que el porcentaje acumulado de los rangos etéreos 18-28 y 29-38 representa el 51% del total de este grupo. Del mismo modo, si se agruparan los primeros 4 rangos etéreos se obtendría el 81% del total de individuos con sintomatología depresiva. Cabe mencionar que el conjunto de estas fajas etéreas (18 a 58 años de edad) corresponde a lo que en general se denomina población adulta en edad activa.

Tabla 14.- Distribución de sintomatología depresiva por rango etéreo								
GRUPO	RANGO ETÁREO	TOTAL						
		18 – 28	29 – 38	39 – 48	49 – 58	59 – 68	+ 68	
Con sintomatología		21 29%	16 22%	11 15%	11 15%	3 4%	11 15%	73 100%
Sin sintomatología		60 47%	24 19%	20 16%	11 9%	8 6%	4 3%	127 100%

<b>TOTAL</b>	<b>81</b> 40,5%	<b>40</b> 20%	<b>31</b> 15,5%	<b>22</b> 11%	<b>11</b> 5,5%	<b>15</b> 7,5%	<b>200</b> 100%
--------------	--------------------	------------------	--------------------	------------------	-------------------	-------------------	--------------------

En cuanto al grupo sin sintomatología, el porcentaje acumulado de los rangos etáreos 18-28 y 29-38 representa el 66% del total de este grupo.

Por último es relevante considerar que en el grupo etáreo de más edad, 11 de 15 participantes presentaron sintomatología depresiva y solo 4 no manifestaron sintomatología, situación que tiende a confirmar que la edad es un factor asociado a los trastornos mentales.

## **4.2.- Representaciones Sociales de la depresión de los Pobladores de La Legua**

### **4.2.1.- Representaciones sociales grupo con sintomatología depresiva**

Como se planteó en el apartado anterior, a partir de los resultados se conformaron dos grupos, uno con sintomatología depresiva y otro sin sintomatología depresiva. El análisis estructural de las representaciones sociales se realizó de manera diferenciada en cada uno de estos grupos.

Las palabras que corresponden al núcleo central y el sistema periférico de las representaciones sociales de la depresión, fueron obtenidas mediante la aplicación del cuestionario de asociación libre de palabras, con el término inductor *depresión*. En los resultados se pudo establecer la frecuencia y jerarquización de las evocaciones, a partir del procesamiento de los datos en el software EVOC, y siguiendo las indicaciones para el abordaje estructural de las representaciones sociales propuesto por Abric (2007).

Los datos pueden ser visualizados en forma de cuatro cuadrantes. En el primer cuadrante, ubicado en la parte superior izquierda, se encuentran los elementos que conforman el núcleo central de la representación. Aquellos términos que se destacan por una alta frecuencia y un orden medio de evocación (OME) más próximo de 1, corresponden probablemente al núcleo central de la representación y son fuertes candidatos a encabezar categorías (Oliveira et al., 2005). En los cuadrantes restantes se presentan los elementos periféricos en orden decreciente por los criterios de frecuencia y de orden medio de evocación. El segundo cuadrante, ubicado en el costado superior derecho, muestra la primera periferia. El tercer cuadrante, en el costado inferior izquierdo, presenta los elementos de contraste. Y por último, el cuarto cuadrante, ubicado en el costado inferior derecho, muestra los elementos que componen la segunda periferia.

Según Pereira (1997) la fuerza de este método reside en la posibilidad de cruzar los datos por frecuencia y por orden de evocación, lo que permite identificar lo que es central de aquello que es periférico, “se considera como haciendo parte del núcleo central las evocaciones con mayor frecuencia y con menor orden de evocación, y del sistema periférico las de menor frecuencia y de mayor orden de evocación” (p. 51).

Los datos más relevantes para el abordaje estructural son aquellos que se encuentran en el núcleo central y en la segunda periferia. En el núcleo central se pueden encontrar los vínculos con la memoria colectiva y la historia del conjunto social que las construye, cuyos elementos proporcionan estabilidad, coherencia y resistencia al cambio, asumiendo una segunda función de permanencia. Abric (2007) plantea que no todo lo que se encuentra en el primer cuadrante es central, sin embargo, el núcleo central está presente en este cuadrante. Por otra parte, en el sistema periférico se encuentran los elementos menos presentes y menos importantes del campo representacional y por lo tanto más vulnerables al cambio. A su vez, el sistema periférico actualiza y contextualiza de forma constante las determinaciones normativas y el consenso del núcleo central dando lugar a una mayor flexibilidad, movilidad y expresiones individualizadas. En este sentido se dice que el núcleo central es normativo y el sistema periférico es funcional. En gran medida, es el sistema funcional el que permite el anclaje de las representaciones sociales en la realidad circundante. Los elementos del sistema periférico tienden a proteger el núcleo central y facilitan su anclaje en la realidad (Abric, 1994). Gracias a la flexibilidad del sistema periférico, es posible la integración de las variaciones individuales ligadas a la historia personal de cada participante, de modo tal que la periferia permite la construcción de representaciones sociales individualizadas y organizadas en torno al núcleo central común.

a. **Análisis estructural grupo con sintomatología depresiva (EVOC)**

En el grupo con sintomatología se contabilizó un total de 322 palabras respondidas ante el estímulo *depresión*, de las cuales 41 fueron diferentes.

En el **cuadro 1** se presenta la estructura de la representación para el grupo con sintomatología de acuerdo al estímulo inductor *depresión*. En este cuadro se observan los elementos que componen el núcleo central de la representación de la depresión para este grupo. Se infiere que las personas que presentan sintomatología depresiva sienten fundamentalmente **tristeza**, asociada a la sensación de **angustia**, posiblemente de tipo

existencial, debido a la presencia del elemento **muerte**. A su vez, la muerte se asocia al **llanto** como expresión del dolor causado por una pérdida y/o una **enfermedad**. Este sentimiento predominante de tristeza se intensificaría con la presencia de **problemas** y con una autopercepción disminuida, situación expresada en el elemento **sin autoestima**.

**Cuadro 1.- Evocaciones jerarquizadas del grupo con sintomatología para el estímulo depresión**

1er cuadrante – Núcleo Central	2° cuadrante – 1ª Periferia				
	OME < 2,8		OME ≥ 2,8		
ELEMENTOS	F	OME	ELEMENTOS	F	OME
<b>Tristeza</b>	<b>59</b>	<b>1,983</b>	Soledad	36	3,139
Angustia	31	2,548	Dolor	18	3,056
Muerte	16	2,625	Miedo	18	3,167
Llanto	16	2,750	Desánimo	17	3,059
Enfermedad	12	2,250	Oscuridad	9	3,667
Problemas	10	2,700	Rabia	8	3,125
Sin autoestima	8	2,125	Cansancio	8	3,375
3er cuadrante – Elementos de Contraste	4° cuadrante – 2ª Periferia				
	OME < 2,8		OME ≥ 2,8		
ELEMENTOS	F	OME	ELEMENTOS	F	OME
Familia	3	1,000	Arrancar	6	3,500
Separación	3	2,333	Frustración	5	3,200
			Aislamiento	5	3,600
			Desesperación	3	3,000
			Violencia	3	3,667

➤ **Núcleo central**

En esta tabla se observa que para el grupo con sintomatología, la representación de la depresión está organizada en torno a un núcleo central compuesto por siete elementos, en donde el término **tristeza** se destaca como la evocación más importante por la frecuencia (59) y por el orden medio de evocación (1,983). Se puede inferir que los elementos del núcleo central pertenecen a tres dimensiones distintas, una dimensión psicoafectiva, asociada a sensaciones de **tristeza, angustia, baja autoestima, muerte y llanto**, otra dimensión tendiente a lo psicosomático, presente en la evocación **enfermedad**, y una dimensión relacionada más con lo psicosocial, expresada en el término **problemas**.

- **Tristeza**

Constituye el elemento más importante para este grupo porque presenta la menor orden media de evocación. La tristeza es una emoción común a todos los seres humanos experimentada a lo largo de la vida. Desde este punto de vista, la tristeza constituye una emoción inherente a las dificultades psicológicas experimentadas habitualmente por cualquier individuo. Según Besche-Richard & Bungerer (2006) por lo general la tristeza se presenta asociada a un objeto particular, y como cualquier otra emoción está circunscrita a un espacio de tiempo y no surge como un estado continuo. Para estos autores se puede distinguir entre tristeza normal y tristeza patológica, siendo ésta última más invasora y duradera; no se concentra en un objeto, pero se extiende a todos los objetos del sujeto. En la tristeza el otro existe en toda su plenitud, mientras que en la depresión la relación con el otro está perturbada; “en la melancolía la posibilidad de esta relación desaparece y el otro deja de existir como individuo, tal vez exista sólo como un instrumento o cosa” (p. 57). La tristeza afecta la vida psíquica mientras que la depresión afecta todo el cuerpo y su experiencia vital.

- **Angustia**

La angustia suele ser considerada un estado afectivo de carácter penoso, y que normalmente aparece de forma súbita como una reacción ante lo desconocido o una impresión. Se asocia a un intenso malestar psicológico y por algunas alteraciones leves del organismo,

especialmente la sensación de opresión en el pecho o falta de aire. Según Abreu (2002) la angustia se presenta ocasionalmente sin objeto, a veces se encuentra ligada a una pérdida, existente o anticipada, y se puede localizar a nivel gástrico. No obstante, “la angustia, a nivel no patológico, puede ser inherente a la condición humana” (p. 121). La teoría psicoanalítica de Freud dedicó una parte importante al concepto de angustia. Inicialmente Freud llamó angustia automática a la reacción de un individuo siempre que se encuentra ante una situación traumática, es decir, sometido a un flujo de excitaciones de origen externo o interno, y que es incapaz de dominar. Posteriormente, en el marco de su segunda teoría de la angustia, llamó angustia real a aquella que se manifiesta ante un peligro exterior que constituye una amenaza real para el individuo (Laplanche & Pontalis, 1996).

- **Muerte**

La muerte, pensamientos suicidas y el desapego por la vida son sentimientos que a menudo experimentan las personas con depresión (Alonso-Fernández, 2010). En este contexto morir se enmarca dentro del humor anhedónico de la depresión, en el sentido del dolor que implica vivir, lo que conduciría a la ideación suicida o reflexiones sobre la muerte. La ideación autodestructiva se desprende directamente del horror por vivir, de tener una existencia atormentada. Para el sujeto depresivo el objetivo es que el final llegue pronto, llegando a veces a anticipar su llegada. Los depresivos más propensos al suicidio, son los depresivos del ánimo. Desde el punto de vista psicoanalítico, en la última tópica freudiana sobre las pulsiones, se plantea que las pulsiones de muerte se dirigen en primer lugar hacia el interior y tienden a la autodestrucción, y en segundo lugar, se dirigen hacia el exterior, donde se manifiestan en forma de pulsión agresiva o destructiva (Laplanche & Pontalis, 1996). Freud desarrolló ampliamente el concepto de pulsión de muerte (tánatos),

el cual correspondería a una tendencia inherente a toda vida orgánica hacia actos encaminados a la búsqueda de un estado anterior a la vida.

- **Llanto**

El llanto es un rasgo emocional típicamente humano activado por la amígdala en el cerebro (Goleman, 2001). El llanto suele ser asociado a la condición de pena o tristeza que atraviesan las personas. En ocasiones los individuos con depresión pueden presentar crisis de llanto. Según Alonso-Fernández (2010), el humor depresivo se expresa exteriormente a través de quejas, lamentos y crisis de llanto, incluso a veces llanto sin lágrimas.

- **Enfermedad**

Se considera que una enfermedad es la condición consecuente de afección del ser humano, la cual se caracteriza por la alteración del estado de salud. Esta alteración puede ser provocada por una causa externa o interna. La psiquiatría considera la depresión una enfermedad, caracterizada por la sensación de sentirse triste, emocionalmente decaído y humor anhedónico. Canguilhem (1986) dedicó una reflexión importante acerca de lo normal y lo patológico, en donde la normalidad alude a una cierta normatividad, instituida por la vida misma como una manera de acordar las condiciones en que ésta podrá desarrollarse de la mejor manera posible. Para este autor “lo patológico no es ausencia de norma biológica, sino una norma diferente pero que ha sido comparativamente rechazada por la vida” (p. 107). Por consiguiente, la frontera que separa la salud de la enfermedad es móvil e inestable. Canguilhem (1986) insiste en que la “enfermedad también es una norma de vida, pero es una norma inferior en el sentido que no tolera ninguna desviación de las condiciones en las que vale, puesto que es incapaz de transformarse en otra norma” (p. 139). Es decir, lo patológico siendo también normativo, como lo es lo normal, transcurre en el sentido contrario a la vida, lo que devela el fracaso de la adaptación.

- **Problemas**

En este caso se refiere a la dimensión psicosocial de los problemas, en el sentido de que las condiciones sociales que rodean al individuo, lo pueden estar afectando tanto física como psicológica y socialmente. En general los problemas psicosociales aluden a trastornos psicológicos que a la vez provocan problemas en las relaciones sociales, familiares, domésticas, laborales, etc. Es decir, los problemas psicosociales corresponden a las condiciones psíquicas o sociales que pueden constituir situaciones que afectan la salud o la ponen en riesgo. Este concepto está en estrecha relación con los determinantes sociales de la salud que plantea la OMS, en el sentido que las condiciones sociales determinan en gran medida el estado de salud de las personas. Al respecto la OMS plantea que los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local.

- **Sin autoestima**

El autoestima se refiere al aspecto evaluativo sobre el self (uno mismo), y su vez, expresa una determinada manera de ser y una valoración de ésta. Es decir, el autoestima corresponde a un concepto valorativo del conjunto de rasgos psicológicos y corporales del sujeto. Según Adler (1984), una baja autoestima impulsa a las personas a realizar un esfuerzo por superar la inferioridad que perciben de sí mismas y a desarrollar habilidades como una forma de compensación. Sin embargo, una baja autoestima puede ser causante de algunos trastornos psicológicos como la depresión. En este caso, se produce una desvalorización o subestimación propia en forma de ideas de indignidad o inferioridad, sensación de incapacidad somática o psíquica (Alonso-Fernández, 2010). Por último, según Matos (2002), la agresividad y una baja autoestima poseen un mismo origen, que es la frustración afectiva y narcisística, la agresión y la humillación, de modo que ambas aparecen juntas y se potencian.

## ➤ Sistema periférico

La segunda periferia presenta elementos de gran relevancia a nivel individual, ya que es aquí en donde la estructura de la representación es más vulnerable a los cambios del contexto, pero también a las variaciones individuales ligadas a la historia personal de los sujetos. En la segunda periferia de este grupo (con sintomatología) es posible identificar dos dimensiones, una dimensión psicosocial asociada al **aislamiento**, deseos de **arrancar y violencia**, y una dimensión psicoafectiva relacionada con sentimientos de **desesperación y frustración**.

- **Arrancar**

En este contexto arrancar es sinónimo de la palabra huir, la que señala la acción de apartarse apresuradamente de alguien o de algo, de modo de evitar algún tipo de molestia o peligro. Normalmente la persona depresiva no quiere saber de nada ni nadie, y por lo general busca huir (arrancar) de una realidad que le provoca dolor y angustia. Según Winnicott (1954), al enfrentarse con el estado anímico depresivo, específicamente asociado con las angustias de la posición depresiva, se produce la tristemente célebre huída (arranque) de la depresión, denominada defensa maníaca.

- **Frustración**

Se entiende por frustración un estado emocional caracterizado por la decepción, normalmente cuando un individuo se ve impedido de realizar su deseo. Cuando una persona no logra realizar su deseo, la frustración puede tomar diversas formas, como la tristeza o la depresión, cuya gravedad dependerá de la intensidad de la frustración. Según Laplanche y Pontalis (1996) la frustración es la condición del sujeto que ve negada – o se niega – la satisfacción de una demanda pulsional. Es decir, la frustración también puede provenir por un impedimento del propio mundo interno del sujeto. Para el psicoanálisis no todas las frustraciones son conscientes, y muchas de ellas son reprimidas, especialmente las experimentadas durante la infancia.

- **Aislamiento**

El aislamiento se refiere en este caso a un tipo de retraimiento social y de refugio espacial, de modo de encontrar un espacio predilecto para estar. Según Alonso-Fernández (2010), el aislamiento de las personas que sufren depresión se refiere no sólo al retraimiento del mundo humano, sino también a las cosas, y en particular a los medios de información. Sin embargo, hay personas depresivas que, por ejemplo, pueden pasar mucho tiempo frente a la televisión sin que se enteren de nada, pues su objetivo es simplemente protegerse de interactuar con otros.

- **Desesperación**

Asociada comúnmente a la falta o pérdida de esperanza. Las personas que sufren depresión suelen mostrar sentimientos de desesperación, tristeza y abatimiento. Según Damasio (2009) la desesperación tiene lugar cuando los mapas corporales del cerebro presentan determinadas configuraciones. Por el contrario, plantea que la esperanza no es otra cosa que una alegría inconstante, que surge de la imagen de algo futuro o pasado, de cuyo resultado, en alguna medida, se duda. De este modo Damasio insiste en ubicar estas emociones en ciertas zonas del cerebro humano.

- **Violencia**

La violencia es considerada un acto intencional, dirigido a dominar, controlar, o agredir a alguien. En ocasiones es ejercida en el marco de una relación asimétrica, es decir en donde una de las partes ostenta un tipo de superioridad sobre otro. En el contexto de este estudio, esta palabra se asocia a la violencia social del contexto. Para Damasio (2003) la violencia tiene un origen orgánico, el cual es posible localizar en un reducido volumen de la materia gris en la zona prefrontal del cerebro. Para este autor, hay una base biológica en la conducta violenta, aún cuando también es posible identificar otros factores que potencian conductas violentas, tales como situaciones traumáticas en la infancia, factores asociados a condiciones sociales, etc.

b. **Análisis de similitud Árbol Máximo grupo con sintomatología**

El análisis de similitud se efectuó con la misma base datos utilizada para el procesamiento con el software EVOC. Según Flament (1986) en el análisis de similitud se admite que dos ítems serán más próximos en la representación cuanto más elevado sea el número de individuos que los tratan de igual forma (aceptando o rechazando). En función del análisis de co-ocurrencia de palabras o categorías, se obtiene una matriz de similitud, a partir de la cual pueden ser calculados los índices de similitud, datos que son expresados en la construcción del “árbol máximo” (Oliveira et al., 2005). Se obtiene entonces, un análisis cognitivo del árbol a través del cual se procura identificar las relaciones de ligación entre los términos producidos, es decir, es un análisis de la distancia que existe entre los elementos de una producción discursiva, pues en la medida en que dos cogniciones “van juntas” sus ligaciones son más o menos fuertes (Oliveira et al., 2005). En otras palabras, el análisis de similitud da una percepción de cómo se articulan mutuamente los elementos determinantes de la representación social en forma gráfica y estadística.

Para la realización del análisis de similitud se utilizó el software SIMI (Vergès, 1997) el cual proporciona la construcción de “árboles representacionales” o “gráficos con filtros”, los que a su vez expresan gráficamente la fuerza de las ligaciones existentes entre todas las categorías, o bien entre aquellas que presentan las ligaciones más fuertes (Oliveira et al., 2005).

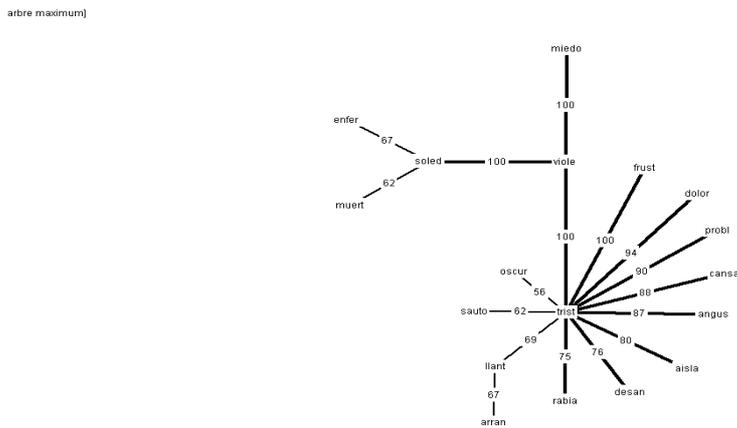
El análisis de similitud posee una estructura que es proporcionada por el análisis frecuencial de las principales co-ocurrencias de evocaciones que se dan en distintos entrevistados de un mismo grupo. El procesamiento fue realizado con filtros mínimos de co-ocurrencias de modo de entregar una visualización sólo de los elementos de mayor centralidad en la representación.

En el árbol máximo (**Figura 1**) de este grupo se observa que la categoría de mayor centralidad corresponde a la modalidad **tristeza**, evocación que pertenece al núcleo central de la representación. Este tipo de análisis al indicar la organización de las categorías facilita la comprensión del sentido que poseen los elementos. El árbol máximo de similitud confirma la centralidad de los términos – en este caso **tristeza** – a través del cruzamiento de las frecuencias con las órdenes de evocación, reflejando la complejidad cognitiva del proceso de evocación.

En la figura 1 se observa que la modalidad **tristeza** es la que presenta la mayor cantidad de conexiones, formando a su alrededor un conjunto semántico en forma de

estrella con 12 aristas, no llegando a constituir ninguna figura cerrada. Claramente la centralidad de los elementos pertenece al concepto tristeza, tal como se observó en el análisis estructural de la representación para este grupo. A partir de esta configuración es posible inferir que la tristeza es construida por los individuos con depresión con un sentido altamente valorizado.

**Figura 1.- Árbol máximo de similitud para depresión en el grupo con sintomatología**



Las aristas muestran secuencias de relación bilateral entre los distintos elementos con la modalidad central que es tristeza. Los elementos que circundan el elemento central muestran la existencia de una gran variedad de símbolos o imágenes que se articulan respecto del centro en distintos grados de intensidad. Los elementos que presentan una asociación más fuerte a la categoría tristeza son *violencia, frustración y dolor*. Con respecto al elemento dolor, en éste contexto se entiende como un malestar en la esfera de lo psicológico, aunque eventualmente también puede referir a dolor físico.

Para la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales, la tristeza en el sujeto depresivo se encuentra asociada a una vivencia insuficiente de sus relaciones pasadas (Matos, 2002). El sujeto depresivo se ha quedado con recuerdos de relaciones pasadas inacabadas, dando lugar a una memoria *frustrada*, cargada con sentimientos de rabia y *dolor*. La frustración entonces toma fuerza en la medida que se ha experimentado una profunda decepción. Dicho de otro modo, el individuo con depresión ha quedado fijado predominantemente en sus recuerdos desagradables. Por otra parte, resulta interesante la fuerte asociación entre tristeza y *violencia*, relación de la que es posible deducir la importancia de los aspectos psicosociales que conforman este campo semántico, dado el contexto de violencia social que presenta el barrio.

Un segundo grupo semántico ligado a la modalidad tristeza lo constituye una estrella más pequeña cuyo elemento central corresponde a la modalidad **violencia** (elemento perteneciente a la segunda periferia) el cual establece conexiones independientes con los términos *miedo*, *soledad* y *tristeza* mostrando gran intensidad en las asociaciones. Los individuos sometidos a situaciones de violencia suelen experimentar miedo ante el agresor (entendido aquí como contexto agresor) generando a la vez sentimientos de soledad y miedo. En ocasiones la soledad puede expresar una modalidad defensiva del individuo ante situaciones de violencia. Es decir, el sujeto depresivo al estar expuesto a la violencia resulta normal que sienta miedo y por lo tanto es evidente que dirija sus esfuerzos hacia la obtención de algún grado de protección.

Para la interpretación del árbol máximo se consideraron cuatro criterios: primero la jerarquía de los valores de ligación entre los términos, segundo los agrupamientos de categorías por modalidad, tercero la relación de cercanía o “vecindad” entre los términos, y cuarto la connotación asumida por cada término, en función de otros términos que se ligan a éste (Oliveira et al., 2005). A partir de estas premisas, se confirmó la centralidad de la modalidad tristeza correspondiente a un anclaje en la esfera psicoafectiva. |

### **c. Campo representacional de la depresión para el grupo con sintomatología. Análisis Factorial a partir de software TRIDEUX**

Los resultados del procesamiento de datos a través del software Tri-Deux arrojaron un total de 321 palabras de entrada, de las cuales 42 fueron diferentes.

Las respuestas al estímulo inductor *depresión* determinaron la representación gráfica en el plano factorial. Las palabras del gráfico (respuestas) son llamadas estadísticamente modalidades de opinión, de modo que las modalidades que más contribuyeron para la formación de los ejes son las que figuran en el plano. Además se puede observar en el plano la relevancia de las variables fijas edad, sexo y experiencia previa de depresión.

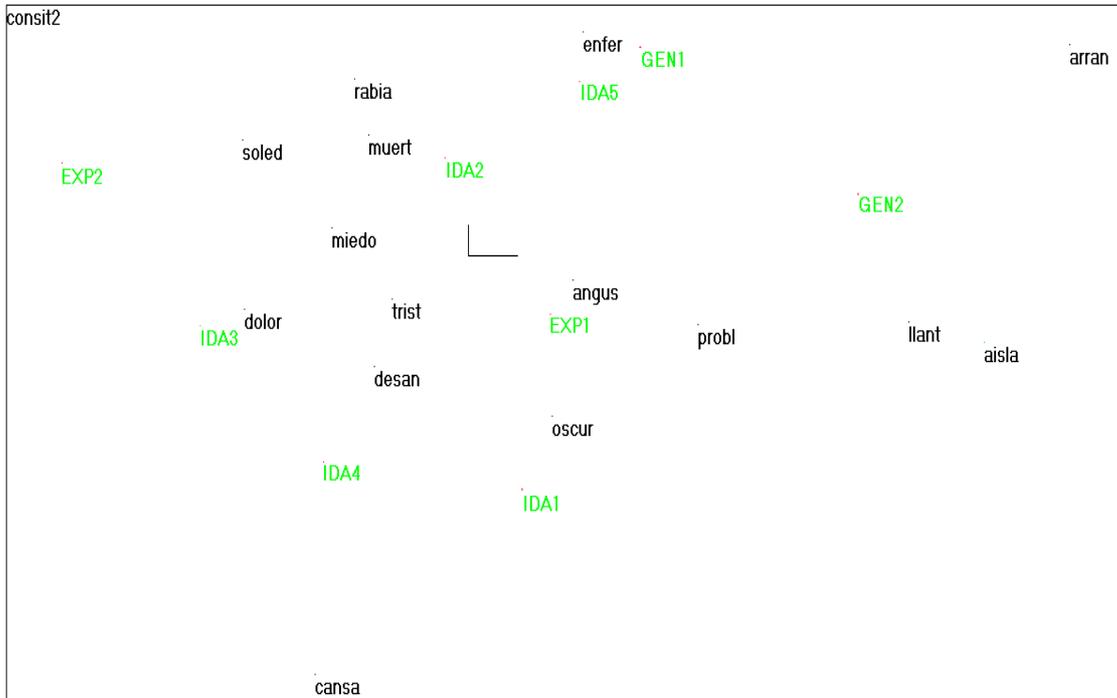
En el **gráfico 1** se observa la emergencia de los elementos significativos que representan las variaciones semánticas en la organización del campo espacial, de este modo, el plano factorial es construido a partir de las oposiciones dadas por las respuestas al estímulo inductor, de donde surgen los dos factores (F1 y F2) que serán analizados por medio del análisis factorial de correspondencia (AFC). Según Paiva & Amâncio (2004) el AFC revela el juego de oposiciones que es evidenciado por los sujetos en las respuestas a los estímulos inductores favoreciendo la identificación de las representaciones sociales en el contenido. Por otra parte, Coutinho (2003) plantea que “el principio básico del AFC consiste en destacar los ejes que explican las modalidades de respuesta, mostrando las estructuras constituidas de elementos del campo representacional en el gráfico” (p. 183). A su vez, el AFC permite mostrar una estructura más central en relación a otros elementos del campo representacional, proporcionando así la formación cognitiva del objeto representado, la depresión. En el gráfico el factor 1 corresponde al eje horizontal (en color rojo) y el factor 2 al eje vertical (en color azul). El factor 1 explica el 31,0% de la varianza total de respuestas, con valor propio de 0.065160. Por su parte, el factor 2 explica el 24,8% del total de respuestas, con un valor propio de 0.052218. La suma de los dos factores alcanza un total de 55,8% de varianza total, valor considerado aceptable (Cibois, 2007).

El análisis del plano factorial permite la visualización del *campo representacional* o *imágenes* definido por el proceso de *objetivación* de la *depresión*. A partir de esta visualización es posible observar en el **factor 1** (eje horizontal) en su eje factorial negativo, la variable fija IDA3, la cual corresponde a los individuos de entre 39 a 48 años de edad y presenta una contribución por factor (CPF)=80. Se infiere entonces que estos individuos fueron los que más contribuyeron en la construcción de este campo representacional. Las modalidades encontradas fueron **dolor y miedo**.

Opuestamente, en el eje factorial positivo se observa la variable GEN2 (sexo masculino) con un CPF=224, y la variable EXP1 (con experiencia previa de depresión)

con un CPF=53. En este campo semántico las modalidades fueron **angustia, llanto, problemas y asilamiento.**

**Gráfico 1.- Objetivación de la depresión según el grupo con sintomatología**



**Estímulo inductor:** depresión

**Factores:** F1=eje horizontal: izquierda negativa derecha positiva (**rojo**)

F2 =eje vertical: superior positivo inferior negativo (**azul**)

F3 =factores 1 y 2 (**verde**)

**Contribución para los factores (CPF)  $\geq 25\%$**

A partir de los resultados del factor 1 observados en el plano factorial, se infiere que existe una fuerte oposición (ángulo cercano a 180°) entre la modalidad **miedo** y **dolor** y las modalidades **angustia, problemas, llanto** y **asilamiento**. La mayor atracción (ángulo inferior a 90°) estaría dada entre las modalidades **dolor** y **miedo**, y entre las modalidades **angustia, llanto, problemas** y **asilamiento**.

En cuanto al **factor 2**, eje vertical negativo (parte inferior) se observa la variable fija IDA1 (18 a 28 años) con un CPF=232, y la variable IDA4 (49 a 58 años) con un CPF=165. Las modalidades que componen este campo representacional son **tristeza, oscuridad, desánimo** y **cansancio**.

En oposición, en la parte superior (eje factorial positivo) se encuentran las variables fijas IDA2 (29 a 38 años), IDA5 (59 a 68 años) y GEN1 (sexo femenino) cuya

contribución por factor alcanza (CPF)=41, (CPF)=107 y (CPF)=238 respectivamente. En este campo encontramos las modalidades **enfermedad**, **muerte** y **rabia**.

Con respecto a la relación entre las modalidades del factor 2, se observa una fuerte oposición entre la modalidad **oscuridad** y las modalidades **muerte** y **rabia**, e independencia entre **oscuridad** y **enfermedad**. También una fuerte oposición entre la modalidad **cansancio** y la modalidad **enfermedad**, e independencia entre **cansancio** y las modalidades **muerte** y **rabia**. Por otra parte se observa independencia entre las modalidades **desánimo** y **tristeza** con las modalidades **muerte** y **rabia**, y oposición entre la modalidad **enfermedad** y las modalidades **desánimo** y **tristeza**. Finalmente, se observa fuerte atracción entre las modalidades **tristeza**, **desánimo**, **cansancio** y **oscuridad**, y fuerte atracción entre las modalidades **rabia**, **muerte** y **enfermedad**.

En la **tabla 15** se presenta la sistematización de las modalidades por factor presentado en el gráfico, de modo de observar la contribución por factor en la construcción del campo representacional. En el caso del factor 1 constatamos que la modalidad **llanto** fue la que más contribuyó para este campo factorial y para la objetivación de la depresión en el grupo de pobladores de La Legua con sintomatología. En el caso del factor 2 las modalidades que más contribuyeron en la construcción de este campo representacional fueron **cansancio** y **enfermedad**, elementos relevantes en el proceso de objetivación.

**Tabla 15.-Distribución de las modalidades por factor y contribución**

FACTOR 1		FACTOR 2		FACTOR 3	
MODALIDADES	CPF	MODALIDADES	CPF	MODALIDADES	
-Miedo	26	-Cansancio	320	Soledad	
-Dolor	66	-Oscuridad	57	Arrancar	
+Angustia	27	-Desánimo	49		
+Problemas	39	-Tristeza	26		
+Llanto	287	+Muerte	58		
+Aislamiento	87	+Rabia	61		
		+Enfermedad	163		

Resulta importante volver a señalar que la importancia del proceso de objetivación se refiere a la manera en que se organizan los elementos que constituyen la representación y cómo esos elementos adquieren materialidad y se tornan expresiones de una realidad pensada como natural (Vala & Monteiro, 2000). Por consiguiente, para el caso de este estudio, se refiere al proceso mediante el cual las nociones abstractas que este grupo de pobladores de La Legua tiene sobre la depresión, se concretizan y se ponen en imágenes referentes para el concepto. En otras palabras, para el grupo habitantes de La Legua con sintomatología depresiva, el proceso de objetivación se expresaría en la identificación de aquellos elementos que dotan de sentido el concepto mismo de depresión, expresado en las modalidades que asume su naturalización y que se han observado en el plano factorial.

En conclusión se puede decir que los pobladores de La Legua con sintomatología depresiva poseen una representación de la depresión en donde se conjugan elementos de una esfera psicoafectiva y una dimensión biológica/física, ambas caracterizadas por una experiencia negativa de éstas. Se puede inferir que los individuos del sexo masculino con experiencia previa de depresión objetivan este trastorno a través del **llanto**, probablemente vivido en una esfera intimista y privada (conviene tener en cuenta que culturalmente aún persiste la idea de que los hombres no deben llorar o al menos no hacerlo en público por lo cual esta expresión emocional ha quedado relegada al ámbito privado) lo que a su vez ha podido agudizar sentimientos de **aislamiento** y retraimiento social. Por otra parte, los sujetos más jóvenes poseen una experiencia caracterizada por la sensación de **cansancio** y desánimo. En ocasiones la sensación de abatimiento y cansancio puede ser producto de alguna frustración, lo que podría entenderse dentro del contexto adverso con el cual estos individuos deben lidiar (falta de trabajo, vivienda precaria, mala educación, etc.) llegando a tornar sus vidas como una existencia cargada de oscuridad y tristeza. Por último, en el caso de las mujeres más adultas (59 a 68 años), éstas representan la depresión como una experiencia de **enfermedad** asociada a sentimientos de rabia. En ocasiones las mujeres en esta edad (postmenopáusica) enfrentan un debilitamiento físico como resultado de una difícil transición de la menopausia pudiendo gatillar eventualmente enfermedades como la osteoporosis o problemas cardíacos (Papalia & Wendkos, 2000). Así, la rabia puede surgir como sentimiento asociado a las limitaciones físicas que gradualmente comienzan a experimentar. Producto de la experiencia de enfermedad y limitaciones físicas, pueden

también surgir ideas asociadas a la muerte como expresión de una desesperanza generalizada.

**d. Síntesis de los resultados grupo con sintomatología depresiva.**

Los resultados arrojados por los software Evoc, Simi y Tri-Deux proporcionan una base sólida y consistente acerca de la manera en que los pobladores de La Legua del grupo con sintomatología construyen un tipo de conocimiento acerca de la depresión que es socialmente elaborado y compartido.

En primer lugar podemos observar que la depresión se encuentra fuertemente ligada al sentimiento de tristeza en cuanto modalidad de conocimiento que posee un objetivo práctico en la construcción de la realidad. Del mismo modo, todos los elementos circundantes a la modalidad tristeza – en su gran mayoría de la esfera de los afectos – poseen una connotación negativa como experiencia vital. Esta situación ilustra la fuerte asociación que existe entre la depresión y el sentirse triste, de manera tal que la representación de la depresión remite a la nosología clínica que destaca el elemento tristeza. En definitiva, la tristeza pasa a convertirse en el elemento de mayor consensualidad para este grupo, lo que revela que los pobladores de La Legua con sintomatología depresiva objetivaron sus representaciones sociales en relación a una carencia afectiva apuntada a la vez como un desencadenante de la depresión.

No obstante lo anterior, no podemos desconocer que otros elementos también resultan gravitantes en la construcción de la realidad para este grupo. Por ejemplo en el análisis de similitud existe una fuerte asociación entre tristeza y violencia, lo que también nos habla de los elementos del entorno que pueden ser constitutivos de la manera de representar. Un entorno de violencia puede intensificar sentimientos de miedo y desamparo provocando la emergencia de conductas de retraimiento social como medida de protección, tal como se observa en el árbol de similitud. Sin embargo, en este análisis se confirma la centralidad de la tristeza como elemento preponderante en el núcleo central de la representación.

Por último, también se perciben los elementos más propiamente típicos de la depresión, como sensaciones anhedónicas, desánimo y cansancio. Esta sintomatología, patognomónica en los estados depresivos, podría explicar, al menos en parte, el hecho

de que la existencia de estos individuos esté teñida por la sensación de muerte y oscuridad.

#### 4.2.2.- Representaciones sociales grupo sin sintomatología depresiva

##### a. Análisis estructural grupo sin sintomatología depresiva (EVOC)

Para analizar los datos del grupo sin sintomatología depresiva, se siguieron los mismos pasos que en el grupo anterior, utilizando la matriz de los cuatro cuadrantes. El primer cuadrante del lado superior izquierdo corresponde al núcleo central, el segundo cuadrante ubicado en el costado superior derecho es la primera periferia, el tercer cuadrante en la parte inferior izquierda corresponde a los elementos de contraste, y por último, el cuarto cuadrante, en el costado inferior derecho, se encuentra la segunda periferia.

Se contabilizó un total de 579 palabras respondidas ante el estímulo *depresión*, de las cuales 51 fueron diferentes.

**Cuadro 2.- Evocaciones jerarquizadas del grupo sin sintomatología para el estímulo depresión**

1er cuadrante – Núcleo Central	2º cuadrante – 1ª Periferia				
	OME < 2,8		OME ≥ 2,8		
ELEMENTOS	F	OME	ELEMENTOS	F	OME
Tristeza	93	2,151	Dolor	29	3,000
Soledad	67	2,597	Desánimo	22	2,955
Angustia	47	2,383	Llanto	21	3,238
<b>Enfermedad</b>	<b>35</b>	<b>2,086</b>	Cansancio	19	3,053
Miedo	32	2,781	Muerte	18	3,778
Problemas	25	2,440	Rabia	17	3,118
			Oscuridad	15	3,200

3er cuadrante – Elementos de Contraste	4º cuadrante – 2ª Periferia				
OME < 2,8	OME ≥ 2,8				
ELEMENTOS	F	OME	ELEMENTOS	F	OME
Familia	5	2,400	Sin autoestima	13	3,154
			Frustración	10	3,300
			Aislamiento	10	3,900
			Tensión	9	4,222
			Desilusión	7	3,000
			Desesperación	7	4,286
			Medicamento	7	3,857
			Violencia	6	2,833
			Abandono	5	3,400
			Arrancar	5	3,600
			Ayuda	5	3,800

El **cuadro 2** presenta la estructura de la representación para el grupo sin sintomatología, de acuerdo al estímulo inductor *depresión*. Se infiere que los individuos sin sintomatología depresiva tienden a asociar la depresión fundamentalmente con el elemento **enfermedad**, situación que genera sentimientos de **tristeza, miedo, soledad y angustia**. Estos estados emocionales podrían estar siendo representados como **problemas** en la medida que constituyen situaciones afectivamente complejas y dolorosas.

#### ➤ Núcleo central

El cuadro 2 muestra que para en el grupo sin sintomatología la representación de la depresión está organizada en torno a un núcleo central compuesto por seis elementos, destacándose el término **enfermedad** ya que posee el orden medio de evocación más próximo a 1 (2,086). Por su parte, la modalidad **tristeza** presenta la segunda orden media de vocación, muy próxima a enfermedad (2,151).

Se puede identificar tres dimensiones entre los elementos del núcleo central de la representación de este grupo, una dimensión psicoafectiva asociada a **tristeza, soledad, angustia, miedo**, una dimensión psicosocial asociada a **problemas**, y una dimensión

psicosomática relacionada con **enfermedad**, elemento que – como se mencionó antes – constituye el elemento más importante para este grupo porque presenta el menor orden medio de evocación. (A continuación se definen los elementos no repetidos).

- **Soledad**

Según Alonso-Fernández (2010), el individuo depresivo, despojado de su capacidad de sintonía ambiental e interpersonal se siente como un extraño (despersonalización), profundamente aislado y solo, poseído por un sentimiento de soledad radical y profunda. Por lo general los otros no pueden entrar en su mundo porque no comprenden que él renuncia a salir de sí mismo, para no verse enfrentado a nuevos sufrimientos. En este mundo de profunda soledad, no se permite que los otros puedan entrar. El rechazo sistemático a compartir con otros su intimidad o cercanía, probablemente se deba no sólo a la falta de sintonización, sino también a la impresión de no ser comprendido por los otros, o incluso a sentimientos negativos tales como irritabilidad, desconfianza u hostilidad.

- **Miedo**

Se considera el miedo como una reacción natural y lógica ante un peligro real, aparente o imaginario. Según Matos (2002) existe una correlación entre el miedo a la pérdida afectiva y la depresión. En la teoría de las relaciones objetales, el miedo de pérdida afectiva es propio de la estructura depresiva. No obstante, este miedo al abandono afectivo, sólo es posible después de establecida la constancia objetal, la existencia de una ligazón afectiva entre un sujeto y determinado objeto, o su objeto predilecto.

➤ **Sistema periférico**

En la periferia se encuentran aquellos elementos más sensibles al contexto y por lo tanto vulnerables a las influencias del ambiente. A su vez en la periferia se integran las experiencias individuales, de modo que es en estos elementos en los cuales se manifiesta la heterogeneidad del grupo. En el caso de los individuos sin sintomatología, se puede observar la presencia de una dimensión psicoafectiva en las evocaciones **sin**

**autoestima, frustración, desilusión, desesperación**, una dimensión psicosocial marcada por las expresiones **aislamiento, violencia, abandono, arrancar y ayuda** y una tercera dimensión psicosomática relacionada con **tensión y medicamento**. (A continuación se definen los elementos no repetidos).

- **Tensión**

En este caso el concepto hace referencia a la tensión emocional, caracterizada fundamentalmente por el stress. La situación de stress habitualmente presenta una tensión constante en el organismo, lo que se expresa en la falta de tranquilidad ante una posible amenaza o presión externa, ya sea real o imaginaria. Muchas de las complejidades de la vida moderna y de las crisis que ésta conlleva, como por ejemplo el stress y la tensión de la vida cotidiana, se ha asociado con la aparición de síntomas depresivos. En este sentido cobran importancia los determinantes sociales de la salud y especialmente las condiciones de vida de los individuos, ya que los contextos altamente tensionantes pueden socavar la salud mental de las personas. Para Goleman (2001) las tensiones producidas por el sistema nervioso se pueden liberar mediante la meditación.

- **Desilusión**

Esta emoción surge con frecuencia cuando alguna cosa no responde a las expectativas que se habían creado, de modo que se vive un cierto desengaño o decepción. La depresión puede surgir a partir de haber experimentado una desilusión fuerte, transformada en un dolor demasiado intolerable para la persona. Para la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales, la madre debe desilusionar al bebé en forma gradual, situación que no logrará si en el comienzo no le ofreció suficientes oportunidades de ilusión. Lo imprescindible de la experiencia de desilusión (de frustración) es que los objetos se hagan reales (Winnicott, 2002).

- **Medicamento**

Normalmente hace referencia a un fármaco el cual tiene propiedades que permiten el mejor efecto farmacológico de sus componentes con el

objetivo de prevenir, aliviar o mejorar enfermedades. En particular, los antidepresivos son medicamentos que se utilizan en el tratamiento de la depresión mayor. Según Horwitz & Wakefield (2007), la tendencia social de intolerancia a la tristeza y sentirse siempre bien, contribuye a un fuerte deseo de búsqueda de remedios antidepresivos para aliviar el sufrimiento. Los autores plantean que el foco en la felicidad constante por medio de medicamentos y otras tecnologías, permite que la sociedad no se haga responsable de promover cambios sociales que conduzcan al bienestar de los individuos.

- **Abandono**

Habitualmente el sentimiento de abandono hace que el individuo sienta que ha perdido todo lo bueno y positivo que produce la compañía de otros. El abandono se asocia a un sentimiento de indefensión; las personas con este sentimiento tienden a subvalorar la situación en que se encuentran, de modo que les resulta imposible defenderse a sí mismo. Bowlby (1998), quien desarrolló la teoría del apego, planteó que las amenazas de abandono o suicidio por parte de los padres, suelen desarrollar más la elaboración de un apego ansioso. Por lo general la persona desamparada se siente desvalida, y tiende a predominar la sensación de soledad. Con frecuencia la depresión en ancianos está asociada al abandono y maltrato.

- **Ayuda**

Se entiende por ayuda a una acción humana que tiende a paliar o resolver las necesidades de un individuo o grupo social. La ayuda puede llevarse a cabo unilateralmente o bien de manera recíproca en que ambas partes se benefician. El individuo con depresión no siempre se siente disponible para pedir o recibir ayuda, a veces el estado psicológico de la persona está tan deteriorado, que simplemente es incapaz de buscar ayuda. Pedir ayuda a los otros requiere asumir las limitaciones humanas y comprender que la convivencia humana nos pone en situación de compartir, tal como plantea MacIntyre (2001). Este autor desarrolló una profunda reflexión acerca de la condición humana y su necesidad de pedir ayuda,

fundamentalmente a través de los conceptos de vulnerabilidad y dependencia respecto de los otros. MacIntyre desea mostrar la condición de vulnerabilidad del ser humano y su absoluta dependencia de otros para poder sobrevivir.

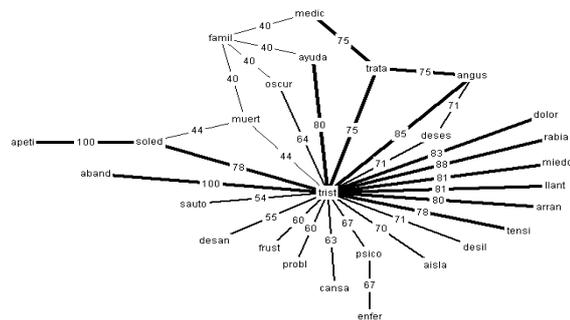
**b. Análisis de similitud Árbol máximo grupo sin sintomatología**

En la **figura 2** se observa la centralidad del elemento **tristeza**, el cual presenta el mayor número de conexiones con 22 aristas en forma de estrella. La conexión con el elemento **abandono** se destaca por presentar la asociación más fuerte con la modalidad tristeza. Del total de conexiones, seis de ellas conforman figuras cerradas que retornan al punto de partida, develando una variedad de sentidos, valores, símbolos e imágenes circulares y una relativa articulación entre las categorías.

**Figura 2.- Árbol máximo de similitud para depresión en el grupo sin sintomatología**

graphe global [arbre maximum]

28virole



Un primer ciclo cerrado en forma triangular está definido por las aristas que ligan **tristeza**, desesperación y angustia, tristeza. Luego, también en forma triangular surge otro ciclo entre **tristeza**, angustia, tratamiento, tristeza. Una tercera formación la constituye una figura similar a un trapecio ligada por **tristeza**, tratamiento, medicamento, familia, ayuda, tristeza. En cuarto lugar una figura romboide se liga entre **tristeza**, ayuda, familia, oscuridad, tristeza. La quinta formación, también de rombo, muestra el ciclo entre **tristeza**, oscuridad, familia, muerte, tristeza. Por último, de forma triangular se forma el ciclo cerrado entre **tristeza**, muerte, soledad, tristeza. A partir de estas conexiones se puede inferir que la *tristeza* está construida por los sujetos sin depresión, con un sentido altamente valorizado, lo que confirma su posición en el núcleo central de la representación. En general existe una predominancia de los aspectos psicoafectivos aún cuando se observa también la presencia de elementos de connotación psicosomática y psicosocial.

La modalidad *tristeza* aparece como predominante en el grupo de individuos sin sintomatología, a partir de lo cual es posible inferir que la representación de la depresión para este grupo corresponde esencialmente a una esfera psicoafectiva, reforzada por elementos como la angustia, dolor, rabia, miedo y llanto entre otros. La tesis de Horwitz & Wakefield (2007) acerca de la tendencia actual de transformar la “tristeza normal” en depresión, parece cobrar fuerza a la luz de los resultados. Estos autores han expresado que los individuos que experimentan tristeza son diagnosticados, de manera creciente, como depresivos, lo que constituiría una confusión con graves consecuencias para los psiquiatras y sus pacientes, pero también para la sociedad en general. La centralidad que ocupa la tristeza en el árbol máximo de este grupo (sin sintomatología) puede estar mostrando precisamente la asociación automática que tiende a darse entre tristeza y depresión.

Por otra parte, la mayor fuerza de asociación que muestra el árbol máximo de este grupo se da entre tristeza y abandono, relación que implícitamente sugiere reflexionar acerca de la condición de vulnerabilidad y dependencia que experimenta el ser humano durante su existencia (MacIntyre, 2001). Cuando las personas sienten soledad y abandono la existencia puede llegar a tornarse dolorosa, aumentando la angustia y deseos de huir. No obstante, en este grupo también se verifica una asociación

fuerte entre tristeza y *ayuda*, y en un grado levemente menor entre tristeza y *tratamiento*, lo que podría indicar una visión más optimista del padecimiento depresivo en cuanto se hace consciente la posibilidad de salir de ese estado visualizando elementos de recuperación. Además el término *ayuda* se liga con la modalidad *familia* lo que podría indicar la importancia que otorga este grupo a la esfera familiar como soporte afectivo para enfrentar la tristeza. Y por su parte, *tratamiento* aparece ligado a la modalidad *medicamento* lo que refuerza la idea de la visualización de un horizonte con posibilidades de alivio.

En este análisis se confirma la centralidad del elemento tristeza perteneciente a una dimensión psicoafectiva. A diferencia del grupo con sintomatología, ante la presencia de depresión los individuos de este grupo movilizan cognitivamente sus esfuerzos en post de conseguir *ayuda* y *tratamiento*, elementos con los cuales construyen su representación anclada en la incorporación de nuevos conocimientos, como por ejemplo una visión más optimista de las posibilidades de superar la enfermedad.

### **c. Campo representacional de la depresión para el grupo sin sintomatología. Análisis Factorial a partir de software TRIDEUX**

El análisis del campo representacional del grupo sin sintomatología siguió los mismos procedimientos que para el grupo anterior. En este caso, los resultados del procesamiento de datos a través del software Trideux arrojaron un total de 602 palabras de entrada, de las cuales 60 fueron diferentes.

El factor 1 explica el 35,7% de la varianza total de respuestas, con valor propio de 0.091370. Por otra parte, el factor 2 explica el 16,9% del total de respuestas, con un valor propio de 0.043148. Los suma de ambos factores alcanza un total de 52,6% de varianza total, valor considerado aceptable (Cibois, 2007).

En la representación gráfica (**gráfico 2**) se muestra la estructura del plano factorial de *depresión* construido a partir de las evocaciones de los pobladores de La Legua del grupo sin sintomatología depresiva. En el gráfico el factor 1 corresponde al eje horizontal (en color rojo) y el factor 2 al eje vertical (en color azul).

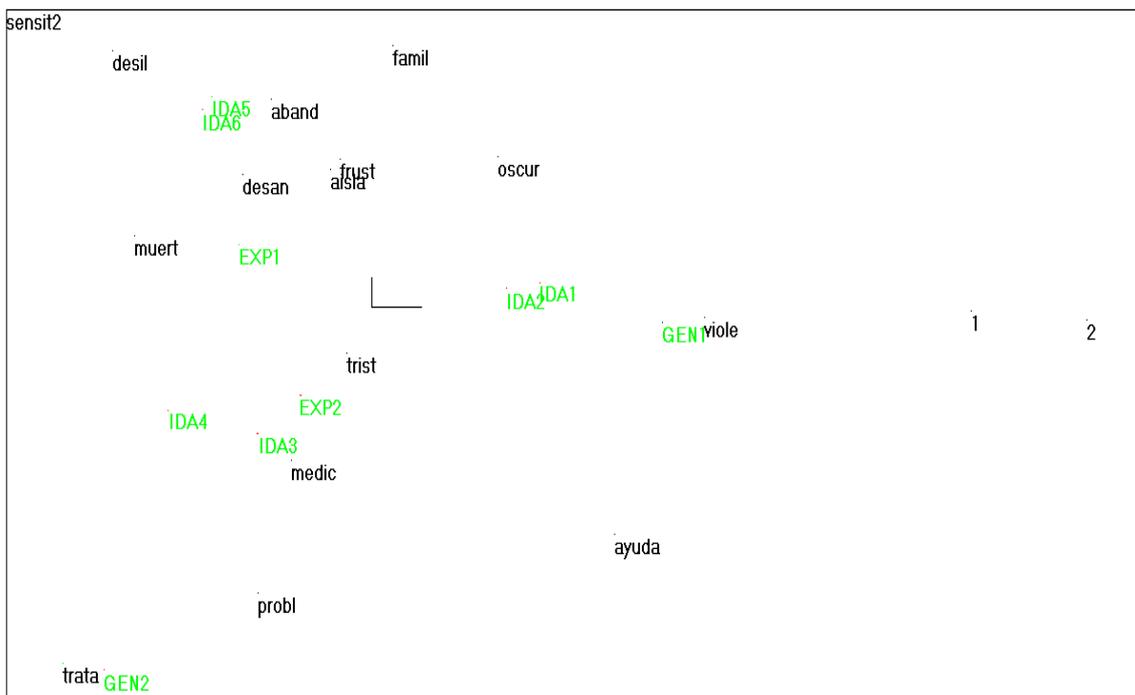
El gráfico 2 muestra la visualización del *campo representacional* o *imágenes* definido por el proceso de *objetivación* de la *depresión* del grupo de pobladores de La Legua sin sintomatología depresiva. A partir del análisis del plano factorial, en el **factor**

1, eje horizontal negativo (izquierda) se observan la variable EXP1 correspondiente a individuos con experiencia previa de depresión y con una contribución por factor (CPF=147). Se deduce entonces que estos individuos fueron los que más contribuyeron en la construcción de este campo representacional. La modalidad encontrada fue **muerte**.

La contraparte en el eje factorial positivo (derecha) se observan las variables fijas correspondiente a individuos del sexo femenino (GEN1) con una contribución por factor (CPF)=415, e individuos de los grupos etáreos de 18 a 28 años y de 29 a 38 años de edad (IDA1 e IDA2), cuya contribución por factor es de CPF=84 y CPF=45 respectivamente. La modalidad encontrada en el campo representacional fue **violencia**, siendo los individuos de sexo femenino y de los grupos etáreos más jóvenes quienes mayormente contribuyeron en su construcción.

Los resultados del factor 1 proporcionan una lectura del plano factorial que muestra una fuerte oposición (ángulo cercano a 180°) entre la modalidad **muerte** y la modalidad **violencia**.

**Gráfico 2.- Objetivación de la depresión según el grupo sin sintomatología**



**Estímulo inductor:** depresión

**Factores:** F1=eje horizontal: izquierda negativa derecha positiva (**rojo**)

F2 =eje vertical: superior positivo inferior negativo (**azul**)

F3 =factores 1 y 2 (**verde**)

**Contribución para los factores (CPF)  $\geq$  25%**

En relación al **factor 2**, eje vertical negativo (inferior) se aprecia que las variables fijas EXP2 (individuos sin experiencia previa de depresión) con un CPF=123, IDA3 (edades entre 39 a 48 años) con un CPF=67, y GEN2 (sexo masculino) con un CPF=339, son las que más contribuyen para este campo semántico. Las modalidades encontradas en este campo semántico fueron **tratamiento, problemas, ayuda, medicamento, tristeza**.

En oposición, en el eje vertical positivo (superior) se encuentran las variables fijas IDA5 (edades entre 59 a 68 años) con un CPF=148, IDA6 (mayores de 68 años) con un CPF=172, y EXP1 (individuos con experiencia previa de depresión) con un CPF=99. Las modalidades presentes en este campo semántico fueron **familia, oscuridad, frustración, aislamiento, abandono, desánimo**.

La relación de oposición o atracción en el factor 2 se presenta de la siguiente forma: se observa oposición entre la modalidad **ayuda** y las modalidades **desánimo** y **abandono**, independencia entre **ayuda** y **aislamiento, frustración** y **familia**, y atracción entre **ayuda** y **oscuridad**. También habría independencia entre las modalidades **medicamento, problemas** y **tristeza** con las modalidades **desánimo, abandono, aislamiento** y **frustración**. Independencia entre la modalidad **tratamiento** y las modalidades **aislamiento** y **frustración** y **abandono**, y fuerte oposición entre la modalidad **tratamiento** y las modalidades **familia** y **oscuridad**. Atracción entre la modalidad **tratamiento** y la modalidad **desánimo**. Presentan independencia las modalidades **tratamiento** y **ayuda**, y atracción entre las modalidades **ayuda, problemas, medicamento** y **tristeza**. Por último entre las modalidades **desánimo** y **oscuridad** se observa independencia, y una fuerte atracción entre las modalidades **familia, frustración, aislamiento, abandono** y las modalidades **desánimo** y **oscuridad**.

La sistematización de las modalidades por factor se muestra en la **tabla 16**, en la cual se puede observar la contribución por factor en la construcción del campo

representacional. La mayor contribución para el factor 1 fue la modalidad **muerte**. Por su parte, en el factor 2 la modalidad **problemas** fue la más contribuyó en la construcción de este campo representacional y para la objetivación de la depresión en el grupo de pobladores de La Legua sin sintomatología.

**Tabla 16.-Distribución de las modalidades por factor y contribución**

FACTOR 1		FACTOR 2		FACTOR 3	
MODALIDADES	CPF	MODALIDADES	CPF	MODALIDADES	
-Muerte	56	-Tristeza	31	Desilusión	
+Violencia	35	-Medicamento	27		
		-Tratamiento	85		
		-Ayuda	44		
		-Problemas	358		
		+Familia	53		
		+Abandono	29		
		+Desánimo	67		
		+Frustración	36		
		+Aislamiento	33		
		+Oscuridad	57		

A partir de estos resultados se observa que el grupo de pobladores de La Legua sin sintomatología posee una representación de la depresión en donde predominan los elementos afectivos de connotación negativa, pero en donde también se presentan elementos referentes a la posibilidad de tratamiento, lo que permite inferir un universo más positivo en el campo representacional. En este sentido los individuos de sexo masculino sin experiencia previa de depresión objetivan este trastorno con el elemento **problemas**, posiblemente debido al contexto social problemático con el cual deben lidiar permanentemente; en este ambiente deben esforzarse por alcanzar cierta estabilidad junto con brindar seguridad a su entorno familiar. Por otra parte, los problemas también podrían estar relacionados con las demandas de tipo laboral, ya que son individuos adultos en edad activa (39 a 48 años) que comúnmente se encuentran trabajando o en busca de trabajo. Ahora bien, en este grupo emerge una variante que

denota un horizonte más positivo en relación con la depresión a través de los elementos **ayuda, medicamento y tratamiento**, los cuales expresan una representación de la enfermedad con menos carga negativa y, en una modalidad cognitiva más pragmática, se vislumbra una posibilidad de recuperación de la enfermedad. En el caso de los individuos de más edad, éstos poseen una visión de la depresión asociada al **abandono y aislamiento** por parte de la familia, sentimientos que con frecuencia emergen en la etapa final de la vida. ■

En el proceso de objetivación las figuras y los elementos cognitivos se transforman en componentes de la realidad referentes para el concepto, en este caso la *depresión*. Dicho de otro modo, los elementos objetivados por los pobladores de La Legua (sin sintomatología) son los que expresan el sentido que dan a la *depresión* y la materialidad que le han conferido a ésta.

#### d. Síntesis de los resultados grupo sin sintomatología depresiva

Los resultados en el grupo sin sintomatología presentan algunas diferencias importantes de destacar en relación al grupo con sintomatología. En primer lugar el elemento más relevante del núcleo central lo constituye el término enfermedad (aún cuando tristeza continúa siendo del núcleo central), lo que nos indica la emergencia de una dimensión asociada más a lo psicossomático y ya no exclusivamente anclada en la esfera de los afectos. La estructura de la representación social de estos sujetos, también muestra que surgen elementos como el aislamiento, desesperación, abandono, huir, etc., que refieren a un ámbito psicossocial en la manera de construir la realidad.

El conjunto de estos elementos nos muestra una naturaleza multidimensional de la representación, la que a su vez trasluce una posibilidad de recuperación de la enfermedad. Esta es otra diferencia que muestra este grupo, visualizada de mejor manera en el árbol de similitud, y en el cual se observa ver una gran variedad de símbolos e imágenes circulantes en los ciclos cerrados, como los elementos ayuda, medicamento, tratamiento, familia. Precisamente éstos son los elementos que constituyen un universo más positivo en la construcción de la realidad del grupo de pobladores sin sintomatología depresiva. Esta observación la podemos verificar en los campos representacionales construidos por éstos individuos y visibles en el plano factorial. Probablemente ésta es la característica diferencial más importante respecto del grupo anterior, ya que desplaza el eje de pensamiento e integra nuevas condicionantes en la construcción de la realidad.

Por último, conviene tener siempre presente que la vida de estos individuos transcurre en un entorno de alta complejidad psicosocial, y por lo tanto su manera de comprender la realidad y sus elementos constitutivos estará mediada por esa experiencia y por los códigos, símbolos y significados referentes para ese contexto.

## **5.- DISCUSIÓN**

Uno de los principales objetivos de esta investigación lo constituye el interés por abordar un fenómeno de la salud mental a partir de una realidad social concreta y desde una perspectiva psicosocial. Esta premisa es la que ha movilizado todos los esfuerzos por realizar un trabajo con la seriedad y el rigor metodológico que corresponde a una tesis del campo de las ciencias sociales.

El estudio se ha centrado en la depresión, aparentemente el trastorno de salud mental más extendido en la sociedad contemporánea. No obstante, la centralidad a la que nos referimos corresponde al estudio de la depresión en cuanto constituye una realidad social que es construida por los individuos, perspectiva que se sustenta en el aporte teórico de las representaciones sociales.

La teoría de las representaciones sociales constituye un valioso aporte para las ciencias sociales y en particular para la psicología social. Por una parte, esta teoría destaca la relevancia que tiene el pensamiento de los individuos en la constitución de la sociedad y por otra parte procura acentuar en la importancia del contexto social en el cual los individuos construyen el pensamiento (Vala & Monteiro, 2000).

Esta investigación ha procurado la producción de conocimiento a partir de la interacción de distintas modalidades de estudio y de la articulación con otras áreas del saber, de modo de proporcionar una mirada más amplia y enriquecedora para el campo de la salud mental, sobre todo considerando que La Legua – el territorio en que se desarrolló este estudio – reivindica la aspiración de la teoría de las representaciones sociales de aprehender aquel conocimiento del sentido común, constituido a partir de nuestras experiencias, informaciones y modelos de pensamiento (Jodelet, 1984).

Ahora bien, de acuerdo a los resultados obtenidos se han identificado dos ejes para la discusión: (1) *Aproximaciones a la anatomía de la depresión en La Legua*, y (2) *Convergencias y divergencias de las representaciones sociales de la depresión de los pobladores de La Legua*. En el primero de éstos la discusión aborda los datos de orden estadístico proporcionados por los cuestionarios, de modo de contrastar los resultados con la literatura y los datos epidemiológicos sobre la depresión. El segundo eje apunta a discutir en qué punto convergen y en dónde disienten las concepciones que los pobladores de La Legua tienen sobre la depresión.

#### 1. *Aproximaciones a la anatomía de la depresión en La Legua*

La depresión es considerada en la actualidad como uno de los mayores desafíos para el campo de la salud mental. De acuerdo a los datos epidemiológicos Chile también se inscribe en la larga lista de países que presentan una alta prevalencia de esta enfermedad.

Entre los diversos factores relacionados con la depresión y en general con las perturbaciones mentales, verificamos que los factores biológicos de sexo y edad están asociados a distintos trastornos mentales, entre éstos la depresión (OMS, 2001).

En Chile, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010 realizada por el Ministerio de Salud, la prevalencia de síntomas depresivos alcanza el 17,2% siendo las mujeres quienes presentan significativamente mayor prevalencia de síntomas depresivos, con un 25,7% versus un 8,5% en los hombres. En el caso de nuestro estudio esta información tiende a confirmarse ya que la distribución de sintomatología depresiva por sexo fue de un 26% para el sexo femenino y un 10,5% para el sexo masculino. En general, un 36,5% del total de individuos participantes presentó sintomatología depresiva. Según el Informe de Salud Mental de la OMS (2001) casi todos los estudios han mostrado una prevalencia mayor de perturbaciones depresivas entre mujeres, relación que también hemos podido observar en nuestro estudio. Al respecto existen diversas explicaciones, sin embargo nos parece que en nuestro caso es relevante considerar la cuestión del rol culturalmente asignado a la mujer. En el caso de Chile aún se encuentra fuertemente arraigado en el imaginario colectivo una visión machista de la sociedad, donde las mujeres se ven obligadas a enfrentar grandes barreras y obstáculos ante sus intentos emancipatorios y reivindicativos de mayor equidad. Se suma a lo anterior el contexto social adverso que presenta el barrio La Legua lo que agudizaría una vivencia del ser mujer caracterizada por la opresión, generando cuotas importantes de angustia y tristeza. Coexisten por tanto la experiencia de una violencia simbólica y una violencia concreta visible en nuestro estudio.

Con relación a la edad, la ENS 2009-2010 muestra que los grupos etáreos que presentaron mayor prevalencia de depresión fueron los que se encuentran entre 25 y 64 años de edad, dato que también se puede observar en nuestra investigación, donde las edades que más contribuyeron para el grupo de individuos con sintomatología depresiva se encuentran en el rango de 18 a 58 años de edad. De hecho al agrupar los primeros 4 rangos etáreos se obtiene el 81% del total de participantes con sintomatología depresiva. En general estos participantes corresponden a lo que se denomina población adulta en edad activa, experimentando las crisis propias del vaivén entre la generatividad y el estancamiento que planteó Erikson (2000).

En los grupos etáreos de más edad (59 a 68 y más de 68 años) los individuos con sintomatología alcanzan un 19% y los individuos sin sintomatología llegan a un 9%.

Claramente la etapa de la adultez tardía (adulto mayor) refleja el esfuerzo de estos individuos por lograr cierta integración a pesar de la desesperanza con que a veces viven. Debido a la fase del ciclo vital en que se encuentran, no es extraño que este grupo de pobladores de La Legua presente un distanciamiento social relacionado con un sentimiento de inutilidad. También la aparición de enfermedades tiende a agudizar en ellos las preocupaciones relativas a la muerte generando en ocasiones una existencia cargada de desesperanza. Esta etapa puede ser vivida de manera negativa en la medida que perdure una sensación de fracaso o de no alcanzar a completar un proyecto vital (Erikson, 2000), situación que en parte podría explicar los índices de sintomatología depresiva encontrados en este grupo.

Aunque el cuestionario aplicado no recogió datos sobre la situación socioeconómica de los participantes, sabemos que el barrio La Legua posee “bolsones de pobreza dura” especialmente en el sector de Legua Emergencia en donde es posible encontrar niveles de “muy alta pobreza” según el Diagnóstico Comunitario de Legua Emergencia (2006) elaborado conjuntamente por el Municipio de San Joaquín y por Ministerio del Interior. Aún más, según este diagnóstico, La Legua Emergencia constituye el sector con mayor índice de exclusión social de la comuna de San Joaquín. Esta información es relevante porque la mayoría de los estudios indican que la pobreza y las condiciones asociadas a ella como la cesantía, el bajo nivel educacional y condiciones habitacionales precarias constituyen factores que pueden originar el surgimiento de trastornos mentales (OMS, 2001). Desde esta perspectiva, la salud no sólo depende de factores biológicos propios de las personas y los conjuntos humanos, sino que también depende de las condiciones sociales en que se desarrollan sus vidas. Conviene por lo tanto preguntarse por las intervenciones en salud mental en un contexto como La Legua y si efectivamente esas intervenciones responden a la particularidad de este sector.

## *2. Convergencias y divergencias de las representaciones sociales de la depresión de los pobladores de La Legua*

Conocer las representaciones sociales de la depresión a partir de un conocimiento elaborado y compartido socialmente por los pobladores de La Legua proporcionó un conocimiento sobre los modos de describir y comprender el fenómeno

de la depresión y de cómo esas formas de representar la realidad está objetivada y anclada en relación al contexto social de La Legua.

Una vez que fueron conformados los dos grupos de análisis, uno con sintomatología y otro sin sintomatología depresiva, fue posible conocer las convergencias y divergencias entre las representaciones de la depresión de un grupo y del otro.

Podemos constatar elementos consensuales y divergentes de las representaciones sociales de la depresión de los grupos con y sin sintomatología en el **cuadro 3**.

**Cuadro 3.- Convergencias y divergencias para el estímulo *depresión* a partir de EVOC**

CON SINTOMATOLOGÍA	SIN SINTOMATOLOGÍA				
1° CUADRANTE E NÚCLEO CENTRAL	1° CUADRANTE NUCLEO CENTRAL				
ELEMENTOS	F	OME	ELEMENTOS	F	OME
<b>Tristeza</b>	<b>59</b>	<b>1,983</b>	<u>Tristeza</u>	93	2,151
<u>Angustia</u>	31	2,548	Soledad	67	2,597
Muerte	16	2,625	<u>Angustia</u>	47	2,383
Llanto	16	2,750	<b>Enfermedad</b>	<b>35</b>	2,086
<u>Enfermedad</u>	12	2,250	Miedo	32	2,781
Problemas	10	2,700	<u>Problemas</u>	25	2,440
Sin autoestima	8	2,125			
4° CUADRANTE E - 2° PERIFERIA	4° CUADRANTE - 2° PERIFERIA				
ELEMENTOS	F	OME	ELEMENTOS	F	OME
<u>Arrancar</u>	6	3,500	Sin autoestima	13	3,154
<u>Frustración</u>	5	3,200	<u>Frustración</u>	10	3,300
<u>Aislamiento</u>	5	3,600	<u>Aislamiento</u>	10	3,900
<u>Desesperación</u>	3	3,000	Tensión	9	4,222
<u>Violencia</u>	3	3,667	Desilusión	7	3,000
			<u>Desesperación</u>	7	4,286
			Medicamento	7	3,857

			<u>Violencia</u>	6	2,833
			Abandono	5	3,400
			<u>Arrancar</u>	5	3,600
			Ayuda	5	3,800

Entre los elementos que conforman el núcleo central de ambos grupos podemos encontrar algunas convergencias. Son comunes en ambos grupos los elementos **tristeza, angustia, enfermedad y problemas**, los cuales representan la mayor parte de los elementos del núcleo para cada uno de los grupos, expresión del conjunto rígido, estable y común de la representación. A raíz de esta estructura nuclear se infieren divergencias leves en la representación. Por su parte, entre los elementos de la periferia encontramos aún mayor convergencia que entre los elementos del núcleo central, pues todos los elementos de la segunda periferia del grupo con sintomatología están presentes en la segunda periferia del grupo sin sintomatología. Estos elementos son **arrancar, frustración, aislamiento, desesperación, violencia**.

La manera en que los pobladores de Legua construyen la representación sobre la depresión pertenece a una dimensión predominantemente psicoafectiva, pero también a una dimensión psicósomática y psicosocial que es en donde se manifiestan las divergencias para este caso. Con relación a la dimensión psicoafectiva, ésta tiende a organizar el núcleo central colectivamente compartido. Los aspectos emocionales emergen con mayor intensidad en aquellos participantes con sintomatología depresiva. Esto se explicaría en parte porque “la depresión en esencia es una reacción a la pérdida afectiva o a lo que es sentido como tal (...) y de hecho en las sociedades actuales existe un empobrecimiento afectivo en las relaciones humanas” (Matos, 2002, p. 453) situación que parece demostrar la predominancia que presentan estos elementos en el caso de los pobladores de La Legua. De aquí se infiere que en el saber práctico de los participantes, la depresión aparece ligada fuertemente a la esfera afectiva. Con relación a las divergencias, presentes en algunos elementos de la estructura de la representación, éstas refieren a las diferencias individuales aunque siempre responden a la organización respecto del núcleo central socialmente compartido.

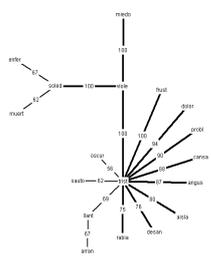
Cabe mencionar que los elementos que tienden a la convergencia están teñidos por emociones desagradables (o negativas), en donde es posible apreciar la generalización de la depresión asociada a la tristeza. La tristeza emergió como elemento figurativo de casi todas las simbolizaciones de los pobladores de La Legua.

Los pobladores de La Legua se encuentran sometidos a un ambiente que genera grandes niveles de inseguridad producto de la violencia social que afecta al barrio, acrecentando así las sensaciones de incertidumbre y angustia asociadas a la cotidianidad y el futuro de sus vidas y el de sus familias. Esa realidad circundante influencia los modos de significar la realidad y particularmente el conocimiento respecto de determinados fenómenos sociales, como la depresión.

De cualquier modo, la depresión en cuanto objeto es generadora de conocimiento y a la vez ha sido construida a partir del anclaje de otros objetos ya presentes en el sistema cognitivo de los pobladores de La Legua, lo que da cuenta que el proceso representacional se encuentra en constante interacción. En otras palabras, “los objetos son las anclas que van a permitir construir una representación del nuevo objeto” (Vala & Monteiro, 2000, p. 475) y es en este sentido que decimos que en las representaciones sociales un objeto no familiar pasa a convertirse en algo familiar para los individuos que conforman un conjunto social, objeto que por lo demás ha definido la homogeneidad de ese grupo en función de la historia colectiva que comparten. El sentido común de los pobladores de La Legua, independientemente de si pertenecen al grupo con o sin sintomatología depresiva, estructura las representaciones sociales de la depresión objetivada en los elementos de tristeza, angustia y enfermedad elementos articuladores de la consensualidad del grupo.

Cuando miramos los resultados a la luz del análisis de similitud (SIMI), esta discusión se torna aún más rica. En ambos casos predominan los conjuntos semánticos en forma de una estrella organizados alrededor del elemento tristeza (**Figura 3**). Esta figura expresa la complejidad cognitiva del proceso de evocación, en donde la modalidad tristeza posee un sentido altamente valorizado.

En primer lugar podemos verificar la centralidad del núcleo central en el grupo con sintomatología, especialmente del elemento tristeza, a través del cual se articulan todos los otros elementos. En muchos sentidos el barrio La Legua constituye un entorno en el cual sus habitantes se ven obligados a desplegar una gran cantidad de recursos para sobrevivir y hacer frente al sufrimiento y desesperanza que provoca vivir en un



Formación de estrella)

La mayoría de los elementos que poseen una intensidad de asociación fuerte con tristeza nos hablan de las características de ese contexto, caracterizado por ser un territorio en el cual los individuos experimentan la tristeza como un sentimiento perturbador en sus vidas, asociado a la incertidumbre vital del día a día, situaciones persecutorias en sus trabajos, inseguridad y en general un mundo afectivo disperso en el cual resulta difícil describir su padecimiento.

En cuanto al grupo sin sintomatología depresiva, éstos también poseen una representación de la depresión en donde son gravitantes los elementos provenientes del mundo afectivo, pero también es relevante observar cómo integran elementos más positivos en su manera de construir esta realidad (tratamiento, ayuda, medicamento, familia). Cuando nos referimos a elementos más positivos queremos decir que estos individuos visualizan un horizonte terapéutico que expresa una posibilidad de recuperación de la enfermedad. Se observa aquí que la familia constituye un referente de apoyo y ayuda necesario para enfrentar la enfermedad. En general, a través de la comparación de ambos árboles de similitud es posible visibilizar las diferencias entre los grupos, en donde claramente el árbol del grupo sin sintomatología presenta mayor complejidad y riqueza de elementos circulantes, probablemente debido a que son personas que se encuentran menos interferidas por el padecimiento psíquico de la depresión y son capaces de integrar mayor cantidad de elementos a sus representaciones.

Esta diferencia entre ambos grupos es importante porque permite verificar que el universo semántico de los pobladores de La Legua puede variar en relación a la presencia o ausencia de sintomatología pero persiste en la relevancia que otorgan a los aspectos del entorno. Cuando observamos detenidamente la forma en que estos individuos construyen sus representaciones, podemos intuir casi siempre la ausencia de

un proyecto vital, las inseguridades de su existencia presente y la incertidumbre sobre su futuro.

Por último, cuando observamos las modalidades (**Tabla 17**) que desplegaron estos individuos en los campos representacionales (Tri-Deux) y sus fuerzas de oposición y/o atracción, obtenemos un análisis concienzudo acerca de las modalidades cognitivas específicas de los individuos.

Comprobamos una vez más la connotación negativa del mundo afectivo volcado en las evocaciones. Los individuos más jóvenes (18 a 28 años) expresan ideas de cansancio, rabia, desánimo y violencia, muy presentes en las adversidades del día a día.

**Tabla 17.-Distribución de las modalidades por factor y contribución ambos grupos**

CON SINTOMATOLOGÍA		SIN SINTOMATOLOGÍA	
FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 1	FACTOR 2

MODALIDAD ES	CP F	MODALIDADE S	CP F	MODALIDAD ES	CPF	MODALIDADE S	CP F
-Miedo	26	-Cansancio	320	-Muerte	56	-Tristeza	31
-Dolor	66	-Oscuridad	57	+Violencia	35	-Medicamento	27
+Angustia	27	-Desánimo	49			-Tratamiento	85
+Problemas	39	-Tristeza	26			-Ayuda	44
+Llanto	287	+Muerte	58			-Problemas	358
+Aislamiento	87	+Rabia	61			+Familia	53
		+Enfermedad	163			+Abandono	29
						+Desánimo	67
						+Frustración	36
						+Aislamiento	33
						+Oscuridad	57

La relación entre estos sentimientos y la edad probablemente se deba, al menos en parte, a que estos individuos se encuentran en una etapa en que progresivamente han ido dejando atrás la adolescencia, tal vez el período más intenso de todo el ciclo vital humano y en donde normalmente se debiera dar una progresión hacia la autonomía, autoestima e intimidad (Papalia & Wendkos, 2000). Sin embargo, el tránsito de la adolescencia puede llegar a ser una etapa muy problemática en la vida de las personas, sobre todo si las condiciones de vida no han sido favorables para desarrollar armónicamente la autonomía y autoestima suficientes. De hecho, según Papalia & Wendkos (2000) la mayor divergencia se da entre “una mayoría de jóvenes que va en dirección de una edad adulta gratificante y productiva y una minoría considerable que enfrentará grandes problemas” (p. 310). Probablemente La Legua presenta una serie de riesgos y dificultades con los cuales los jóvenes deben lidiar para abrirse camino hacia el futuro. Cuando esos obstáculos representan una limitante para el desarrollo personal, emergen sentimientos de rabia y frustración, emociones vividas intensamente durante la adolescencia. Por lo demás la violencia también pertenece al mismo circuito de modalidades, en el sentido de una práctica posible de ser naturalizada en un contexto como éste, aumentando la sensación de oscuridad y tristeza.

La objetivación de la depresión como enfermedad se encuentra asociado a la idea de muerte, especialmente en el sexo femenino, relación en la que también emergen

sentimientos de rabia. La muerte está simbolizada especialmente como la pérdida de un ser querido lo que explica la atracción de este elemento con el miedo, el dolor y la rabia.

En general, el saber práctico de los pobladores de La Legua hace pensar que la depresión resulta como consecuencia de problemas en la esfera afectiva, pero se infiere que también es el resultado de la complejidad de las relaciones sociales del entorno.

## **6.- CONSIDERACIONES FINALES**

### **6.1.- Limitaciones**

Los resultados de este trabajo no pueden soslayar las limitaciones que se tuvieron para su realización. Las principales dificultades tienen relación con aspectos metodológicos, especialmente en relación a la elección de los participantes. Al respecto, si bien hemos incluido en el análisis variables como la experiencia previa de depresión y además pudimos constatar la presencia de sintomatología depresiva, no podemos asegurar la ausencia de otro tipo de patologías mentales que podrían haber influenciado las respuestas de los participantes y en el fondo la manera de construir la realidad en relación a la depresión. En todo caso la comorbilidad de la depresión con otros trastornos es bastante elevada, de modo que sería extraño encontrar casos puros de depresión. Esto nos hace pensar que los resultados no se vieron mayormente afectados por la transferencia.

Este estudio ha centrado su análisis en las representaciones sociales de los pobladores del barrio la Legua, sin embargo considerar exclusivamente a los pobladores podría constituir una limitante en el sentido de que evidentemente existen otros actores relevantes en campo de la salud, cuyos discursos tienen una enorme influencia en el modo de representar la depresión. En este sentido quizás sería pertinente en un estudio futuro incorporar la visión de los agentes de salud que trabajan en este barrio, tales como psiquiatras, psicólogos, enfermeros, asistentes sociales y terapeutas ocupacionales.

Por otra parte, como sabemos La Legua es un barrio conformado por 3 sectores más o menos homogéneos en cuanto a sus características socioeconómicas, sin embargo una vez en terreno pudimos constatar que el sector Legua Emergencia posee una realidad bastante más compleja que el resto del barrio, en donde la mayor problemática está dada por la situación de violencia social producto del narcotráfico. Esta situación de adversidad acentuada en el sector de Legua Emergencia seguramente también se expresa diferencialmente en los discursos de los pobladores, lo que sería interesante estudiar.

En cuanto a las limitaciones en la utilización del soporte científico de las representaciones sociales, se reconoce que la incipiente experiencia del investigador en

ésta teoría, específicamente en el análisis estructural de las representaciones sociales, dificultó por momentos el trabajo. Sin embargo gracias a la estrecha colaboración con los profesionales de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Évora, quienes poseen una vasta experiencia en el estudio de las representaciones sociales, se pudo solventar gran parte de estas deficiencias, disminuyendo así las posibilidades de error en la utilización de este marco teórico.

A pesar de estas limitaciones hemos podido realizar una primera aproximación a las representaciones sociales de la depresión de los pobladores de La Legua, conocer sus modos de construir la realidad y aportar con este conocimiento, siempre valioso, al campo de salud mental.

## **6.2.- Conclusiones**

A través de esta investigación ha sido posible la exploración de un fenómeno de la salud mental circunscrito en un campo de estudio específico: la depresión en el barrio La Legua. Nuestro principal objetivo ha sido aprehender las representaciones sociales de la depresión de los pobladores de este barrio, para lo cual estudiamos diferenciadamente el modo de representar de individuos con y sin sintomatología depresiva, y a la vez reparamos en los aspectos consensuales y divergentes de sus representaciones sociales. Como sabemos, este estudio se ha fundamentado en los aportes teóricos y metodológicos de las representaciones sociales cuya perspectiva nos ha permitido comprender cómo es que los pobladores de La Legua construyen sus significados sobre la depresión y cómo teorizan su realidad social circundante. Bajo estas premisas ha sido posible explorar en el conocimiento del sentido común sobre la depresión y en las condiciones de emergencia de las representaciones sociales de los pobladores de La Legua, de modo dar respuesta a nuestros principales objetivos de estudio. En este sentido nuestras conclusiones son:

1. Los individuos con sintomatología depresiva objetivaron sus representaciones sociales de la depresión en una vivencia compleja de su mundo psíquico, en donde las asociaciones semánticas más relevantes son predominante elementos emocionales de connotación negativa. Esta situación expresa, por una parte, la carencia afectiva como desencadenante de la depresión, y por otra parte, queda de manifiesto la influencia del discurso nosológico psiquiátrico en la construcción de esta realidad, evidenciada en la consensualidad del elemento tristeza. Así como una epidemia, la depresión es entendida por la psiquiatría

como una enfermedad con características que, en general, no se transforman de un paciente a otro, haciendo de ésta una mera categoría nosológica en la que importa sólo el fenómeno que aparece constante y homogéneo. Podemos constatar en nuestros resultados que esa visión de la nosología psiquiátrica es reproducida en las representaciones sociales elaboradas por los pobladores de La Legua, en la medida en que para explicarla recurren a la descripción de síntomas como la tristeza, angustia, baja autoestima, entre otros, que en el fondo remiten a una concepción de la depresión como una enfermedad. Al respecto, no podemos olvidar que la actividad representativa se basa en la reproducción de esquemas de pensamiento establecidos e ideologías dominantes (Jodelet, 1894). Por último, no es posible desconocer que la complejidad de la realidad social del contexto en el cual transcurren las vidas de estos individuos, define la forma en que se van a estructurar sus representaciones sociales de la depresión.

2. En cuanto a los individuos sin sintomatología depresiva, podemos concluir que estos individuos visualizan una posibilidad de recuperación de la enfermedad en la medida que en sus representaciones circulan elementos que sugieren esta posibilidad, algo completamente distinto a lo que ocurre en los individuos con sintomatología. Estos elementos tales como ayuda, medicamento, tratamiento y familia poseen en este caso una connotación más positiva en la construcción del significado de la enfermedad. No obstante esta diferencia, los individuos sin sintomatología igualmente presentan una similitud entre su discurso y la sintomatología nosológica de la psiquiatría, objetivada en elementos como la tristeza y la angustia. Por otra parte, este grupo integra elementos de la intersubjetividad y de la complejidad de las relaciones sociales. Deseos de huir, desesperación y violencia son elementos que van dibujando un modo hostil de representar el mundo y a la vez son expresión de elementos volcados hacia una perspectiva psicosocial. Esta configuración vuelve a sugerir la indisolubilidad entre el contexto social y el modo de representar la depresión, de modo que resulta evidente el hecho de que los factores asociados a la percepción del sujeto depresivo, es construida en relación a la realidad social en la cual viven y se desarrollan, es decir en la articulación de su realidad social con el funcionamiento socio-cognitivo de estos individuos.

3. Las convergencias están determinadas por los elementos consensuales de las representaciones de los participantes. Según el cuadro 3 podemos comprobar que los elementos tristeza, angustia, enfermedad y problemas son comunes en el núcleo central de ambos grupos (con y sin sintomatología) presentando frecuencias de evocación diferenciadas. Estos elementos representan un conjunto rígido y común a ambos grupos. Por su parte, es importante observar que las divergencias aparecen poco acentuadas entre los otros elementos. En cuanto al sistema periférico, todos los elementos del grupo con sintomatología están presentes en el grupo sin sintomatología, revelando una gran convergencia entre ellos y una oscilación de la realidad moderada presente en aquellos otros elementos exclusivos del grupo sin sintomatología. Como hemos mencionado antes, creemos que la predominancia de elementos sintomatológicos propios del criterio nosológico psiquiátrico constituyen una representación del sufrimiento a nivel subjetivo que tiende a excluir otras dimensiones de la vida individual y social

Es necesario recordar que las representaciones sociales son teorías prácticas sobre los objetos sociales y “en cuanto teorías, ellas implican una dimensión de explicación y argumentación” (Vala & Monteiro, 2000, p. 481). La depresión en cuanto objeto es generador de conocimiento y a la vez define otros ya existentes en un proceso de constante interacción. Este proceso evidencia la transformación en contenidos simbólicos de aquellos nuevos elementos que se han tornado familiares. Cuando los pobladores de La Legua se preguntan sobre la depresión, producen teorías construidas colectivamente y sobre las cuales van estructurando sus explicaciones. En otras palabras, aprehender las representaciones sociales de la depresión de los pobladores de La Legua nos permite conocer los procesos de constitución del pensamiento social por medio del cual estos pobladores construyen y son construidos por la realidad social, de modo tal que este estudio nos aproxima a la *visión de mundo* que los pobladores de La Legua tienen, ya que “el conocimiento del sentido común es el que la gente utiliza para actuar o tomar posición entre los distintos objetos sociales” (Araya, 2002, p. 12).

### **6.3.-Implicancias**

Es importante destacar que esta investigación posee primeramente, una relevancia al interior del propio campo de estudio: las representaciones sociales. Con estos queremos decir que la generación de conocimiento de esta tesis ha implicado una

reflexión epistemológica sobre la teoría misma y a la vez ha significado un análisis sobre la dimensión práctica de un estudio con estas características, de modo de influir en la práctica clínica de la depresión.

Ahora bien, los resultados de este estudio nos permiten asomarnos, en primer lugar, a las implicancias sociales que conlleva la construcción del pensamiento social acerca de un determinado objeto, en este caso la depresión. Nos parece que no podemos prescindir de la comprensión de este fenómeno como algo desconectado de los procesos de modernización de la estructura social a la que asistimos en la actualidad. En el caso de Chile, el impacto social de las políticas de libre mercado ha terminado por acentuar la marginalidad de un gran número de personas, entre ellos los pobladores de La Legua. La Legua constituye uno de aquellos territorios que ha experimentado un deterioro profundo del tejido social complejizando aún más la realidad del sector. Tal como plantea Galende (1997) una de las principales características de la vida social del actual capitalismo es la generación de condiciones indignas de existencia, en donde los individuos se ven obligados a enfrentar además de la miseria económica, el problema de una existencia que los desvincula de los “procesos reales de la vida colectiva, condenándolos a una pérdida creciente de la capacidad de incidir sobre las decisiones sociales (...) Obligados a producir sus propias reglas de vida, el riesgo de fracaso y enfermedad es mayor en estos sectores” (p. 186). Cuando decimos que los pobladores de La Legua poseen una representación de la depresión que se circunscribe dentro de una dimensión de lo psicosocial, nos referimos precisamente a la importancia de aquellos factores relacionados con las formas que toma la vida individual y colectiva en un medio marcado por la adversidad y la marginalidad. Desde este punto de vista nos parece que no es posible atender al padecimiento mental de los individuos de manera aislada, es decir sin tener en cuenta las condiciones de empobrecimiento social y deterioro de los lazos humanos de convivencia. A partir de las condiciones que presenta La Legua, podemos inferir que fenómenos como la drogadicción y el narcotráfico, las conductas antisociales y también la depresión (entre otros muchos otros) son una expresión de las verdaderas problemáticas sociales, encubiertas por soluciones que provienen de un conjunto de disciplinas que pretenden tratar técnicamente los distintos malestares sociales (Galende, 1997). Más aún, consideramos que es cada vez más difícil desvincular los problemas de salud mental del contexto cultural y social. Hay condiciones en la cultura y en el proceso de subjetivación para que ocurran desajustes

neuróticos o psicóticos, para la emergencia de la depresión y eventualmente generar infelicidad, empobrecimiento psíquico o enfermedad. De lo que se trata entonces, es de generar en La Legua condiciones para una mayor potenciación de las cualidades humanas, en donde los vínculos humanos y sociales pueden ser creativos, desarrollar inteligencia y bienestar. La constatación de un daño real en los vínculos sociales de poblaciones marginadas como La Legua, debiese motivar la proliferación de intervenciones en salud mental.

Considerar las implicancias sociales de este estudio nos conduce inexorablemente a un análisis de las implicancias a nivel político. Como hemos podido observar las representaciones sociales de los pobladores de La Legua poseen cierta similitud con el discurso proveniente de la nosología psiquiátrica, lo que nos permite inferir la influencia de aquellos elementos del saber médico que van estructurando la construcción de las representaciones de estos individuos. En este sentido tenemos que considerar que el saber psiquiátrico se ha desarrollado dentro del proyecto de la Modernidad, y como una práctica discursiva caracterizada por el afán positivista y normativo de la ciencia. Pues bien, desde esta perspectiva podríamos decir que la construcción psicopatológica de la depresión se ha visto subordinada a los criterios que han definido las maneras de enfermar en la Modernidad, en donde el padecimiento ha sido estandarizado y homogenizado por la psiquiatría de modo de extender el afán normalizador del proyecto moderno. Sería interesante en otro estudio poder explorar el modo en que las políticas públicas de salud intervienen sobre las problemáticas que hemos expuesto en esta investigación, no obstante a partir de los elementos representados por los pobladores de La Legua, podemos inferir que la medicalización como práctica curativa también posee cierta relevancia en la construcción de las representaciones de la depresión y su tratamiento. A priori podemos hipotetizar que las respuestas provenientes del Estado en el área de salud mental, tienden a ser intervenciones técnicas (psicofármacos) a través de las cuales se pretende reanimar al sujeto *desinflado* (deprimido). No podemos desconocer que para la psiquiatría los fármacos juegan un rol fundamental en el tratamiento de la depresión. En la atención pública de salud mental, estos se convierten en el eje central del tratamiento para esta enfermedad y muchas veces lo único con que cuentan las personas que acuden a tratar esta enfermedad. Se plantea entonces la necesidad de que las políticas de salud incorporen en sus acciones el ámbito de lo comunitario como un espacio generador de

bienestar social y además como un lugar de producción de conocimiento y circulación de saberes. En este sentido Galende (1997) plantea que las políticas sociales que se proponen atender el sufrimiento humano en sus múltiples dimensiones, “atendiendo a las poblaciones en riesgo, asistiendo a los sectores carenciados y sensibilizando al conjunto social sobre las fragilidades humanas, permite y facilita una gestión social de los problemas de la salud/enfermedad mental” (p. 190).

Por último, a partir de las representaciones sociales de la depresión de los pobladores de La Legua, podemos concluir que para abordar el malestar psíquico expresado en los estados depresivos, la práctica clínica debe tender hacia una comprensión más abarcativa del conjunto de cuestiones implicadas en este fenómeno, considerando la participación de los pobladores y de la comunidad de La Legua en la búsqueda de soluciones. En este mismo sentido creemos que los profesionales que se desempeñan en el campo de la salud mental debiesen orientar su trabajo hacia la reconstrucción de los lazos sociales entre los pobladores de La Legua. Al respecto Galende (1997) plantea que “debe pasarse de la consideración de un sujeto enfermo y de un trabajo terapéutico sobre el individuo a un reconocimiento de la dimensión colectiva del problema y a una intervención sobre los conjuntos sociales” (p.196). Somos conscientes de que esta visión más integral del fenómeno de la depresión implica un gran desafío para el campo de la salud mental, imposible de abarcar a través de un esfuerzo individual, pero que sin embargo nos plantea el imperativo ético de evidenciar los resultados al que este estudio nos condujo.

Finalmente pensamos que toda producción discursiva implica un posicionamiento ético, y la nuestra, por supuesto no escapa a ello ni pretende hacerlo. Lejos de la interpretación metafórica que ubica al lenguaje como vehículo (medio) de intercambio, consideramos que el discurso es fundamentalmente acción. Si concebimos el campo de la salud mental como aquel espacio empírico de tramitación del malestar subjetivo (que indudablemente es a la vez social) en el cual confluyen múltiples discursos y representaciones, cobra relevancia la acción política puesta en juego del discurso propio. En este sentido, nuestra intención aquí ha sido ni más ni menos que la de generar espacios de *diferencia*. La representación social de la depresión objetivada en el malestar de los sujetos por medio de la enfermedad, implica la existencia de un discurso dominante y en cierto punto represor, lo que nos plantea el reto de superar la

lógica arbitraria en el campo de la salud mental y así contribuir al bienestar del conjunto humano estudiado, La Legua.

## 7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J.L.P. (2002) *Introdução à psicopatologia compreensiva*. Fundação Calouste .
- Abric, J.C. (1994). *Pratiques sociales et representations*. París: Presses Universitaires, France.
- Abric, J.C. (2007). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Éditions Éres. France
- Adler, A. (1984). *Conocimiento del hombre*. Editorial Espasa-Calpe, España
- Afonso, P. (2004). *Será Depressão ou simplesmente Tristeza...?*. Principia, Publicações Universitárias e Científicas. Portugal, 1ª Edición.
- Alonso-Fernández, F. (2010). *As quatro dimensões do doente depressivo*. Gradiva Editor. 1ª Edición. Portugal.
- Alvaro-Estramiana, J.L., Garrido-Luque, A., Schweiger-Gallo, I. (2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología*. doi: 10.3989/ris.2008.06.08
- APA (2003). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Araya, S. (2002). Las representaciones sociales. Ejes teóricos para su discusión. En *Cuaderno de Ciencias Sociales N° 127*. Flacso. Costa Rica
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuña, J., Lewis, G. (2000). Common mental disorders in Santiago, Chile. Prevalence and socio-demographic correlates. *British Journal of Psychiatry* 2001, 178, 228-233

- Aristóteles. (2000). Brilliance and melancholy. En J. Radden (Ed.), *The nature of melancholy: From Aristotle to Kristeva* (pp. 55-60). New York: Oxford University Press
- Arriagada, M (2006). *Jóvenes de La Legua: Ideologías negadas?*. Tesis de Licenciatura Sociología. Universidad de Chile.
- Banchs, M. (1994). Desconstruyendo una desconstrucción: Lectura de Ian Parker (1989) a la luz de los criterios de Parker y Shotter (1990). *Papers on Social Representation. Threads of discussion, Electronic Version, 3, (1)*. Peer Reviewed Online Journal. 1-20. [www.swp.uni-linz.ac.at/content/psr/psrindex.htm](http://www.swp.uni-linz.ac.at/content/psr/psrindex.htm)
- Banchs, M. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers on Social Representation. Threads of discussion, Electronic Version, 8*. Peer Reviewed Online Journal. 1-15. [www.swp.uni-linz.ac.at/content/psr/psrindex.htm](http://www.swp.uni-linz.ac.at/content/psr/psrindex.htm)
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France. París.
- Beaud, J.P (2003). A amostragem. En Gauthier, B. *Investigação social. Da problemática à colheita de dados*. Edições Técnicas e Científicas, Lda. Portugal.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G., K. (2009). *BDI-II Inventario de Depresión de Beck*. 2ª Ed. Manual. Paidós, Argentina.
- Berger, P., Luckmann, T. (1991). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Besche-Richard, C., Bungener, C. (1996). *Psicopatologias, emoções e neurociências*. Climepsi Editores. 1ª Ed., Lisboa.

- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida. Vol. 2: la separación*. 2ª Editorial Paidós. Barcelona.
- Canguilhem, G. (1986). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI. México.
- Cibois, P. (1990). *L'analyse des données en sociologie*. 2ª Ed. París: PUF.
- Cibois, P. (2007). *Que sais-je? Les méthodes d'analyse d'enquêtes*. 1ª Ed. PUF. Paris.
- Corrêa, H., Barrero, S. P. (2006). *Suicídio: uma morte evitável*. São Paulo: Atheneu.
- Coutinho, M.P.L. (2003). *Depressão infantil: uma abordagem psicossocial*. João Pessoa: Editora Universitária / UFPB
- Coutinho, M.P.L., Saldanha, A.A.W. (2005). *Representações sociais e práticas de pesquisa*. João Pessoa: Editora Universitária / UFPB
- Damasio, A. (2003). *O erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*. 23ª Edición. Publicações Europa-América Lda. Portugal.
- Damasio, A. (2009). *En busca de Spinoza: Neurobiología de la emoción y de los sentimientos*. 1ª Ed., Crítica. Barcelona.
- Derogatis, L.R., Wise, T. N., (1996) *Trastornos depresivos y de ansiedad en asistencia primaria*. Barcelona, Ed. Martínez Roca
- Di Giacomo, J. P. (1981). Aspects méthodologiques de l'analyse de représentations sociales. *Cahiers de Psychologie Cognitive*, 1, 397-422.
- Dirección de Desarrollo Comunitario de la Municipalidad de San Joaquín y División de Seguridad Ciudadana del Ministerio del Interior de Chile (2006). *Diagnóstico comunitario para la población La Legua Emergencia*. Documento de trabajo. Santiago.

- ECO, Educación y Comunicaciones y Monitores de La Legua. (2003). *Propuesta comunitaria de prevención para La Legua. Documento de trabajo*. Santiago.
- Ehrenberg, A. (1998) *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris: Odile Jacob Editions.
- Elejabarrieta, F. (1991). *Las representaciones sociales*. En Echevarria, A. *Psicología social socio cognitiva*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Erikson, Erik (2000). *El ciclo vital completado*. Ediciones Paidós. Barcelona.
- Fernández, A. (2008). *Visiones de los pacientes, familiares y profesionales acerca del tratamiento de la depresión. Barreras y Soluciones*. Tesis de Máster. Universitat Autònoma de Barcelona. España.
- Flament, C. (1986). L' analyse de similitude: une technique pour les recherches sur les représentations sociales. En Doise, W. & Palmonari, A. (org). *L' étude des représentations sociales*. Nauchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Fonseca, A. A., Coutinho, M., P., L. & Azevedo, R., L., W. (2008) Representações Sociais da Depressão em jovens universitários com e sem sintomas para desenvolver a depressão. *UFP, João Pessoa*, Brasil
- Galende, E. 1997. *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Ganter, R. (2007). Territorios de la furia. *ARQ n° 065 Pontificia Universidad Católica de Chile*. ISSN (Versión en línea): 0717-6996.
- Goleman, D. (2001). *La Inteligencia emocional*. Editorial Kairós. Barcelona
- Hipócrates (1923-1931). *Works of Hippocrates* (Vols. 1-4, W.H.S. Jones & E.T. Withington, Eds. & Trans.). Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Horwitz, A.V. & Wakefield, J.C. (2007). *The loss of sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*. New York: Oxford University Press
- Ibáñez, T. (1988). *Ideologías de la vida cotidiana*. Sendal. Barcelona.
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En Moscovici, S. *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Ediciones Paidós. Barcelona.
- Jodelet, D. (2001). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ
- Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1996) *Diccionario de psicoanálisis*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Lopes Pires, C.M. (2002). *A Depressão não é uma doença. Saiba por que a depressão não é uma doença nem existem antidepressivos*. Editorial Diferença. Portugal.
- MacIntyre, A. (2001). *Animales racionales y dependientes: por qué los seres humanos necesitamos las virtudes*. 1ª Ed. Ediciones Paidós Ibérica. España.
- Marková, I. (2000). Amédée or how to get rid of it: social representations form a dialogical perspective. *Culture and Psychology. Vol 6 (4)*, pp. 416-460. Sage Publications. Londres
- Matos, A.C. (2002). *O Desespero*. 1a Edición. Climepsi Editores. Lisboa.
- Minoletti, A., Zaccaria, A. (2005) Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Pública. 18*: 346-58
- MINSAL. (2003). *Primera Encuesta Nacional de Salud. Chile*.
- MINSAL. (2010). *Segunda Encuesta Nacional de Salud. Chile*.

- Moreira, V. (2007). Significados Posibles de la Depresión en el Mundo Contemporáneo: *Una Lectura Fenomenológica Mundana. PSYKHE 2007, Vol.16, N° 2, 129-137.*  
Ver fecha de extracción.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público.* Buenos Aires, Argentina: Huemul S.A.
- Moscovici, S. (1989). Des représentations collectives aux représentations sociales: elements pour une histoire. En D. Jodelet (ed). *Les Représentations Sociales.* París. Francia: PUF.
- Murray, C.J.L., Lopez, A.D., eds. *The global burden of disease and injury series, volume 1: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020.* Cambridge, MA: Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Harvard University Press, 1996.  
<http://www.nimh.nih.gov/publicat/burden.cfm>.
- Nóbrega, S.M., Coutinho, M.P.L. (2003). O teste de associação livre de palavras. En Coutinho et al., *Representações sociais: abordagem interdisciplinar.* João Pessoa: Editora Universitária/UFPB.
- Oliveira, D.C., Marques, S.C., Gomes, A.M.T., Teixeira, M.C.T. (2005). Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. En Moreira, A.S.P. *Perspectivas Teórico-metodológicas em representações sociais.* Editora Universitária/UFPB.
- Paiva M. S., Amâncio L. (2004). *Implicações das representações sociais na vulnerabilidade de gênero para sida/aids entre jovens universitarios: estudo comparativo Brasil Portugal.* VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais A questão social no novo milênio. Coimbra, Portugal.
- Papalia, D.E., Wendkos, S.O. (2000). *Desenvolvimento Humano.* 7ª Edição. Editora Artes Médicas Sul Ltda. Porto Alegre, Brasil.

- Parker, I. (1989). *The crisis in modern social psychology*. Routledge. Londres.
- Pereira, F.J.C. (1997). A análise de dados nas representações sociais. *Análise Psicológica* 1 (XV): 49-62
- Polaino-Lorente, A. (1985). *La depresión*. Ed. Martínez Roca. Barcelona, España.
- Porter, R. (2002). *Breve historia de la locura*. Turner Publicaciones, S.L. Madrid, España
- Potter, J., Edwards, D. (1999). Social representations and discursive psychology. From cognition to action. *Culture and Psychology*. Vol 5 (4), pp. 447-458. Sage Publications. Londres
- Quivy, R., Campenhoundt, L. V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Gradiva. 2ª ed., Lisboa.
- Radden, J. (2000). *The nature of melancholy: from Aristotle to Kristeva*. New York: Oxford University Press.
- Rodríguez, T. (2003). El debate de las representaciones sociales en la psicología social. *Revista Relaciones Colegio de Michoacán*. Vol. 24, número 93, Zamora, México.
- Ruiz, C. (2008). *El enfoque multimétodo en la investigación social y educativa: Una mirada desde el paradigma de la complejidad*. Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Instituto Pedagógico Luis Beltrán Prieto Figueroa.
- Sá, C. P. (1998). *A construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais*. Rio de Janeiro. Brasil: UERJ
- Sá, C. P. (2003). A estrutura das representações sociais e a memória colectiva. En Coutinho, M.P.; et al. *Representações sociais: abordagem interdisciplinar*. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB.

Shorter, E. (2007). The doctrine of the two depressions in historical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, (433), 5-13.

Vala J., Monteiro M.B. (2000). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. En Vala J. & Monteiro M.B. (Orgs.) *Psicologia social*. 4ª Edición. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

Vergès, P. (1992). L'évocation de l'argente: une méthode pour la définition du noyau central de la représentation. *Bulletin de Psychologie*, 45(405), 203-209.

Vicente, B. P., Rioseco, P.S., Saldivia, S.B., Kohn, R. & Torres, S.P. (2002). Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica. *Rev. méd. Chile* v. 130 n. 5 Santiago mayo 2002. doi: 10.4067/S0034-98872002000500007.

Vieira, K. F. L. & Coutinho, M. P. L. (2008). Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de Psicologia. Universidade Federal de Paraíba. *Psicologia, ciência e profissão*, 2008, 28 (4), 714-727. Brasil.

Winnicott, D. (1954). *La posición depresiva en el desarrollo emocional normal*. Brit. J. Med. Psychol., vol. XXVIII.

Winnicott, D. (2002). *Realidad y juego*. 1ª Edición, Gedisa. Barcelona.

### **Sitios web de referencia básica**

Asociación Médica Mundial (2009). *Manual de ética médica*. ISBN 92-990028-3-5. Reino Unido. <http://www.wma.net/es/10home/index.html>

Colegio de Psicólogos de Chile A.G. (1999). *Código de Ética Profesional*. Disponible en [www.colegiopsicologos.cl](http://www.colegiopsicologos.cl)

MINSAL. [www.minsal.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_nuevo\\_home/nuevo\\_home.html](http://www.minsal.cl/portal/url/page/minsalcl/g_nuevo_home/nuevo_home.html)

WHO. (2001). The World Health Report 2001. *Mental Health: New Understanding, New Hope*

WHO. (2005). Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2005.