

**IKASKETA FEMINISTAK ETA GENEROKOAK MASTERRA
MASTER EN ESTUDIOS FEMINISTAS Y DE GÉNERO**

Curso académico 2013-2014 Ikasturtea

Ikerketa lana / Trabajo de investigación

**DEPRESIÓN Y PROCESOS DE RECUPERACIÓN: AGENCIA,
GÉNERO Y PRÁCTICAS CORPORALES**

Egilea / Autora:

María Zapata Hidalgo

Tutorea / Tutora:

Mari Luz Esteban Galarza

Septiembre 2014 / 2014ko Iraila

Índice de contenidos

<u>AGRADECIMIENTOS.....</u>	<u>4</u>
<u>1. INTRODUCCIÓN.....</u>	<u>5</u>
<u>2. JUSTIFICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.....</u>	<u>8</u>
<u>3. ALGUNOS DATOS ESTADÍSTICOS.....</u>	<u>10</u>
<u>Información sobre salud mental en general.....</u>	<u>10</u>
<u>Información sobre el diagnóstico de depresión y ansiedad.....</u>	<u>11</u>
<u>4. MARCO TEÓRICO.....</u>	<u>14</u>
<u>El continuo salud-enfermedad mental.....</u>	<u>14</u>
<u>Las depresiones: un malestar de nuestro tiempo.....</u>	<u>16</u>
<u>Definiciones: síntomas y fenomenología.....</u>	<u>16</u>
<u>Factores depresógenos: una visión holística de la salud y la enfermedad.....</u>	<u>18</u>
<u>Las emociones: ampliando el horizonte de la salud mental.....</u>	<u>20</u>
<u>¿Por qué sentimos dolor emocional?, ¿de qué nos está avisando?.....</u>	<u>21</u>
<u>Relaciones entre identidad, género y cuerpo.....</u>	<u>23</u>
<u>La identidad: construcción social y subjetiva.....</u>	<u>23</u>
<u>El cuerpo negado y la identidad fragmentada.....</u>	<u>25</u>
<u>La curación: necesidad de cambios y agencia.....</u>	<u>27</u>
<u>Etapas del proceso de curación.....</u>	<u>27</u>
<u>Teoría de la práctica: el concepto de Agencia.....</u>	<u>28</u>
<u>5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....</u>	<u>32</u>
<u>6. METODOLOGÍA: TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.....</u>	<u>34</u>
<u>Recogida de información.....</u>	<u>34</u>
<u>Análisis de la información.....</u>	<u>38</u>
<u>7. ACERCAMIENTO ETNOGRÁFICO: LOS RELATOS DE LAS PERSONAS Y SUS DEPRESIONES.....</u>	<u>41</u>
<u>IRYNA: LA VUELTA AL CUERPO PERDIDO.....</u>	<u>42</u>
<u>1. El signo más doloroso y el día del diagnóstico.....</u>	<u>42</u>
<u>2. La sobrecarga de los cuidados.....</u>	<u>43</u>
<u>3. La rabia contenida.....</u>	<u>44</u>
<u>4. Cambios para un proceso de recuperación.....</u>	<u>45</u>
<u>5. Relación con la enfermedad.....</u>	<u>50</u>
<u>ROCIO: LA MADRE SOBREPOTECTORA.....</u>	<u>51</u>

1. Cómo empezó todo.....	52
2. Fenomenología de la depresión.....	53
3. El encuentro con los profesionales de la salud.....	54
4. Sistema público de salud: su propio ambiente laboral.....	55
5. Síntomas de su depresión y algunos activadores para el cambio.....	56
6. Relación con el modelo de feminidad.....	57
7. Algo más de fenomenología y algunas explicaciones de la misma.....	58
8. La influencia del sexo-género.....	58
ANDREA: EL SACRIFICIO SIN ÉXITO O EL ÉXITO SIN DISFRUTE.....	60
1. Desde la infancia a la actualidad; una depresión sostenida en el tiempo.....	60
2. Experiencia con los equipos y recursos de atención sanitaria.....	63
3. Medicación: limitaciones de la farmacología y proceso de automedicación.....	65
4. Depresión y su fenomenología.....	66
5. El efecto de la precariedad sobre la salud.....	67
6. Vivir sin ocio ni disfrute.....	68
7. Relación con el modelo de masculinidad y la heteronormatividad.....	69
8. Gordofobia: el rechazo del propio cuerpo.....	70
9. Ganarle tiempo a la muerte: la recuperación sin esperanza.....	70
INMACULADA: EL CANSANCIO DE LOS DUELOS POR MUERTE Y ENFERMEDAD.....	70
1. El comienzo: cuidado de los demás y la pena por el sufrimiento ajeno.....	71
2. La caída y la recaída.....	72
3. Relación con los servicios de salud y sus recursos.....	73
4. El ámbito de lo corporal: lo que no se dice.....	74
5. El trabajo: ideología de clase proletaria.....	75
6. Fortalezas y debilidades para el cambio.....	75
PATRICIA: LA FUERZA DE LA INTENCIONALIDAD.....	77
1. Primera crisis: el miedo y la culpa de la agredida.....	77
2. Primer viaje al extranjero: Glasgow.....	78
3. Vuelta a la casa familiar.....	79
4. Segundo viaje al extranjero: EE.UU.....	79
5. Vuelta a su propia casa: un viaje al interior.....	81
6. El Tango: fundirse en un abrazo.....	84
7. Asimilación de todo lo aprendido o el proceso de cambio.....	85
8. REFLEXIONES EN TORNO A LAS NARRATIVAS.....	88

<u>Limitaciones metodológicas.....</u>	<u>88</u>
<u>Sobre la fenomenología de las depresiones.....</u>	<u>89</u>
<u>Factores depresógenos: cuando lo estructural se convierte en personal.....</u>	<u>91</u>
<u>Crisis vital y transformación personal.....</u>	<u>94</u>
<u>La salud-enfermedad emocional.....</u>	<u>95</u>
<u>Identidad, cuerpo y género.....</u>	<u>97</u>
<u>Transformaciones de la identidad: imperativos y resistencias.....</u>	<u>97</u>
<u>El cuerpo como espacio de batalla identitaria.....</u>	<u>99</u>
<u>Las recuperaciones: lentas, costosas y diversas.....</u>	<u>103</u>
<u>Reflexividad e Intencionalidad: los pilares de la agencia.....</u>	<u>103</u>
<u>Articulación de los diferentes recursos: pluralismo médico y autoatención.....</u>	<u>105</u>
<u>Importancia de las prácticas corporales.....</u>	<u>107</u>
<u>In-conclusiones.....</u>	<u>109</u>
<u>9. BIBLIOGRAFÍA.....</u>	<u>111</u>
<u>FUENTES DE INFORMACIÓN EN WEB.....</u>	<u>117</u>
<u>ANEXO I: Guión de las entrevistas.....</u>	<u>118</u>

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin las aportaciones y el apoyo de muchas personas. Quería transmitir mi más sincero agradecimiento:

A la compañía de teatro Brots, a la asociación Imagina Teatro, a las residencias-recursos de vida independiente de la Fundación ACIDH y al colectivo Radio Nikosia, porque el trabajo que presento a continuación tiene mucho que ver con mi experiencia tras varios años de contacto con las personas que forman estos colectivos. Ellas me confiaron parte de sus vivencias sobre sus procesos de salud-enfermedad y me enseñaron la existencia de enormes diferencias en las mismas, así como la presencia de un sufrimiento y la posibilidad de la recuperación, propiciando muchas de las reflexiones y cuestionamientos que se vuelcan en las siguientes páginas.

A Mari Luz Esteban por sus minuciosas correcciones del texto, sus recomendaciones teóricas y una dedicación continua en su labor como tutora de este trabajo.

A Pablo Romero, Martín Correa, Lina Casadó, Lidia Montesinos y Esteban Zamora que dedicaron un tiempo a charlar sobre el tema, resolviendo dudas teóricas que me surgían y señalando bibliografía de interés. También a Jony que corrigió con esmero la ortografía y la gramática de todo el texto, y a Luca por prestarme su ayuda en las tareas de ofimática.

A mi familia que siempre ha alentado mi inquietud por la investigación.

Y en especial a Iryna, Rocío, Andrea, Inma y Patricia. Gracias a ellas y a las personas que facilitaron el contacto por haber hecho posible esta etnografía.

1. INTRODUCCIÓN

En este estudio voy a describir y analizar procesos de curación de personas que viven en el País Vasco y Cataluña, que fueron diagnosticadas de depresión y que actualmente ya la han superado o al menos no presentan ya síntomas severos. Se entenderá el desarrollo de la enfermedad y la restauración posterior del bienestar de un modo complejo, dinámico y holístico, donde influyen tanto las características individuales y familiares, como las relativas a los contextos sociales, culturales y políticos en los que cada persona está inmersa.

Asimismo, las depresiones serán interpretadas en esta investigación como momentos de crisis en los que se producen cuestionamientos y elaboraciones personales sobre aspectos y conflictos vitales, sociales e individuales, y que por tanto, pueden desencadenar también transformaciones significativas en relación a dichos aspectos.

En el amplio abanico de estrategias y tácticas¹ activadas para la recuperación, prestaré especial atención a las relativas al género, la edad o el grupo socio-económico de pertenencia, esperando encontrar diferencias significativas en la reconfiguración de la subjetividad para cada caso específico, que influyan y/o definan a su vez las estrategias de restablecimiento del bienestar.

La utilización de la perspectiva de género en este caso es fundamental por varios motivos. El primero son las diferencias de diagnóstico, siendo las mujeres diagnosticadas el doble de veces que los hombres² según las encuestas de salud³. La segunda razón, y desde una mirada feminista, es el cuestionamiento sobre la normalización que se promueve desde la medicina, la psicología y la psiquiatría de modelos dualistas y complementaristas de subjetividad de género (femenina y masculina) y que podrían estar ocultando la variedad de experiencias reales y/o siendo factores para la prolongación del sufrimiento. Y en tercer lugar, porque las representaciones sociales y culturales sobre la depresión, por influencia de las opiniones de expertos/as, también sostienen -o al menos no

¹ Según el esquema de Michel De Certeau (1988) sobre prácticas de resistencia antidisciplinaria, las *estrategias* serían actos donde hay una voluntad previa de la persona, mientras la *tácticas* son activaciones menos planificadas y más fragmentarias (citado en Francisco Ferrándiz, 2004:24-25).

² Al nombrar las categorías binómicas mujer-hombre, nos estamos refiriendo a los dos polos de un continuo de sexo-género, encontrándose en el medio multitud de posibilidades. Sin embargo, en este texto tendremos la categorización binómica como punto de partida, porque la concepción heterosexista puede ser un elemento clave para entender el objeto de estudio y los patrones culturales asociados.

³ Dado que mi trabajo se ubica en el País Vasco y Cataluña, he tenido en cuenta datos estadísticos de ambas Comunidades Autónomas; en concreto, he consultado la información recogida en la *Encuesta de Salud del País Vasco 2013* y en la *Encuesta de Salud de Catalunya 2006 y 2012*. (Las fuentes de información en web están indicadas al final del apartado de Bibliografía. Véase p. 118).

cuestionan- una feminización de las depresiones. Es decir, que la brecha de género se asume como esencial a la condición socio-cultural del género mujer, naturalizando esta situación y obviando la influencia de las estructuras heteropatriarcales. Estos tres motivos podrían estar relacionados tanto con la aparición de la enfermedad, como con el desarrollo o las posibilidades de curación de la misma.

Además, se pondrá un énfasis especial en el estudio de las prácticas corporales y emocionales puesta en marcha por las personas investigadas porque gran parte de la sintomatología de la depresión tiene una expresión muy específica en estos ámbitos, y porque además son hoy día, dentro de la antropología social, espacios privilegiados de análisis en los que se articula, por un lado, la información relativa a la estructura social, y por el otro, todo lo concerniente a la acción social e individual; lo que nos permitirá entender los procesos de curación de una forma más compleja y tener en cuenta factores determinantes para la reflexividad e intencionalidad de cambio (cuestiones imprescindibles para la activación inicial de dicho proceso) por parte de los sujetos.

Así, aunque la amplia oferta de recursos ofrecidos desde los servicios de salud pública y/o privada (tratamiento farmacológico, terapias psicológicas, centros de día, recursos específicos para prevención de suicidios, etc.) puedan ser imprescindibles para los procesos de curación, esperamos corroborar la importancia que tiene en los procesos de recuperación la activación de recursos propios de las personas y de sus entornos cercanos. Abordar y analizar estos últimos, y las interrelaciones que puedan darse con los primeros, puede permitir un conocimiento más profundo y complejo de los procesos de curación, lo que a su vez puede redundar en una mejor atención desde los servicios sanitarios.

Este trabajo cuenta con ocho apartados más uno final con la bibliografía citada y un anexo en el que se incluye el guión de las entrevistas.

El primero de los apartados es esta introducción, y el segundo incluye las razones por las que se estima pertinente y necesario abordar el tema de investigación, si se atiende a las contribuciones que puede suponer en el ámbito académico y en la sociedad en general.

En el tercer apartado, que he titulado “Algunos datos estadísticos”, se expondrán brevemente algunas evidencias estadísticas sobre la prevalencia del diagnóstico en la población total, las brechas de género y la cronicidad de las mismas, tanto en la totalidad del Estado español como en las dos comunidades autónomas donde las personas entrevistadas residen, y que servirá como

mapeo de la situación actual del diagnóstico clínico.

Después, en el apartado relativo al Marco Teórico, se hará un repaso de distintos estudios e investigaciones relacionadas/os con el tema. Se pondrá especial énfasis en la explicación de cómo la salud y la enfermedad se sitúan en un continuo con límites no siempre claros, debido, entre otras cosas, a su carácter cultural. Se pasará luego a mostrar diferentes definiciones sobre la depresión y lo que suelen denominarse factores depresógenos, que servirán de marco para explicar a qué nos referimos cuando hablamos de depresiones, intentando extraer lo común de las experiencias pero sin olvidar la diversidad de las mismas. Otro de los ámbitos revisados será el de las emociones, porque permite una visión más completa de la totalidad de la experiencia afectada en las depresiones. Después, se tendrán en cuenta parte de la literatura sobre la construcción de la identidad, poniendo especial atención sobre la identidad de género y las relaciones con el ámbito de lo corporal. Y para finalizar, se abordarán conceptos e ideas sobre los procesos de salud-enfermedad que ofrece la antropología médica, y nociones de la denominada teoría de la práctica, recogiendo así nuevas herramientas para el análisis de estos procesos.

En el quinto apartado se señalarán los objetivos e hipótesis de partida del presente proyecto de investigación. De los primeros se espera que guíen el trabajo de análisis. Las segundas se plantean como unas primeras intuiciones que deberán ser corroboradas, corregidas y/o modificadas tras analizar los relatos en primera persona que se obtengan en las entrevistas.

En la siguiente parte, la dedicada a la metodología, se exponen cuáles serán los procedimientos metodológicos y otras informaciones secundarias necesarias para su contextualización, así como una breve justificación teórica de la validez de las herramientas etnográficas utilizadas.

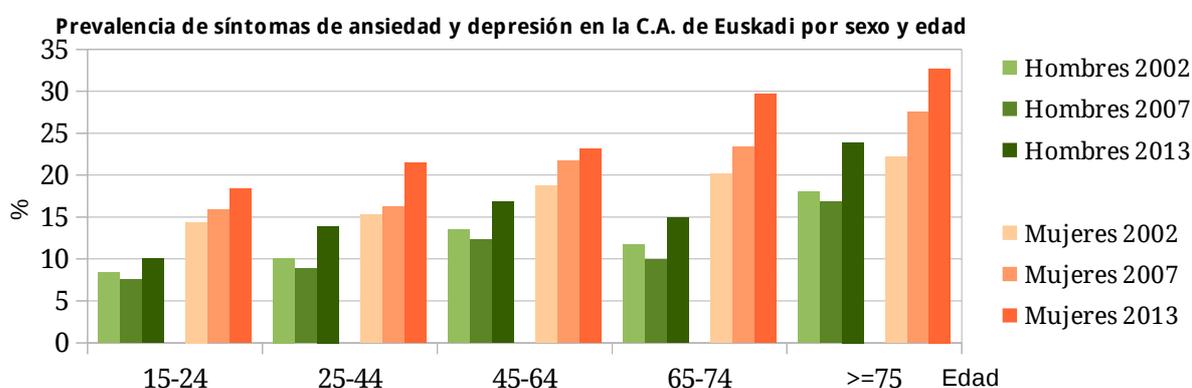
Posteriormente, se presenta el acercamiento etnográfico con un resumen de los cinco relatos obtenidos tras las entrevistas, manteniendo la línea narrativa de las mismas con el objetivo de darle la palabra a las protagonistas, intentando no realizar interpretaciones sino exposición de discursos propios.

Por último, se realizarán algunas reflexiones finales al hilo de las entrevistas y que sirven como recapitulación de las ideas principales y de ciertos matices o problematización de ideas y conceptos claves que se vieron necesarios tras el análisis de las transcripciones.

2. JUSTIFICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

La necesidad de llevar a cabo esta investigación responde a varios motivos:

1. La importancia de entender por qué la etiqueta diagnóstica de Depresión y Ansiedad tiene una incidencia creciente e importante en los últimos diez años, alcanzando en el caso concreto de las CC.AA. del País Vasco y Cataluña, casi al 25% o más de la población total en algunos rangos de edad. Pero sobre todo, por qué existe una afectación diferencial por género, siendo las mujeres más diagnosticadas que los hombres, casi un 10% más, sobre el total de la población en todos los rangos de edad. Cuadro 1: Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en la C. A. del País Vasco por sexo y edad⁴.



2. Alcanzar el objetivo de señalar cuáles son las desigualdades estructurales del sistema sexo-género que inciden en esta etiqueta diagnóstica, lo que sólo es posible desde el análisis de la interrelación de las depresiones y su recuperación con el análisis de las desigualdades y la conformación de la identidad de género y las otras variables propuestas. De esta manera, se ayudaría en la prevención de la brecha de género y de la prevalencia en general de esta categoría diagnóstica.

3. Mostrar la importancia de tener en cuenta la agencia de las personas afectadas protagonizan, es decir, las acciones que las personas ponen en marcha para superar este período de sufrimiento, un aspecto muy poco estudiado hasta ahora. Lo que puede favorecer conocer no solo las tácticas y estrategias puestas en marcha por ellas sino el sentido que les dan y las articulaciones entre los

⁴ Fuente:

http://www.eustat.es/elementos/ele0000500/ti_Prevalencia_bruta_y_estandarizada_de_sintomas_de_ansiedad_y_de_presion_en_la_CA_de_Euskadi_porsexo_y_grupo_socioeconomico__2002-2013/tbl0000536_c.html#axzz2o0zrBqbl

recursos propios y los ofrecidos por los servicios públicos (y/o privados) de salud. Conocer esto puede facilitar la labor de los profesionales en el transcurso de la intervención, ayudando a identificar los momentos y claves para el cambio.

4. Promover la multi e interdisciplinariedad con la aportación de nuevos estudios que permiten la articulación de saberes entre las Ciencias Sociales y las Ciencias de la Salud, cuestión que puede favorecer al total de la comunidad académica y a la sociedad en general porque permite un conocimiento más complejo de cualquier fenómeno, y en concreto de la depresión.

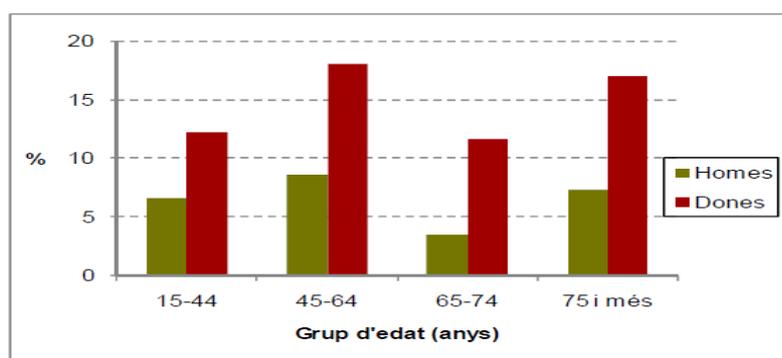
3. ALGUNOS DATOS ESTADÍSTICOS

Información sobre salud mental en general

En 2010, según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad⁵, en el Estado español un 19,26% de mujeres y un 8,20% de los hombres fueron atendidos por servicios públicos de salud mental. El índice de riesgo de mala salud mental⁶ en la población adulta fue en este año del 21,31% en total, pero la brecha entre hombres y mujeres es de 11,29% a favor de las últimas. Así, se puede afirmar que las mujeres padecen más del doble de problemas de salud mental que los hombres, o al menos son atendidas el doble de veces por este motivo.

En 2011, en la C. A. del País Vasco, según el “Estudio longitudinal sobre el perfil de usuario-a del sistema de salud mental de la red pública vasca-osakidetza” (Urbano, Arostegi y Abeijón 2012), del total de población atendida por los Servicios Sanitarios de Salud Mental de Osakidetza, el 46,6% eran hombres y el 53,4% mujeres. También se aprecian tendencias constantes según el género. Las mujeres son más diagnosticadas que los hombres en trastornos afectivos, del humor, de adaptación, de ansiedad, de los asociados a disfunciones fisiológicas y por factores somáticos y de conductas alimentarias. Los hombres destacan en los trastornos obsesivos, disfunciones sexuales, personalidad narcisista y respecto a los hábitos y control de impulsos.

En la C.A. de Cataluña, según la *Encuesta de Salud de Catalunya 2012* la población mayor de 15 años con probabilidad de sufrir un trastorno mental era el 10,7% de la población total: 14,4% para mujeres, 6,9% para hombres; aunque esta brecha cambia dependiendo del corte de edad. Cuadro 2: Probabilidad de sufrir un trastorno mental en la población de la C. A. de Cataluña⁷.



* Goldberg.

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2012. Departament de Salut.

⁵ Datos extraídos de:

http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/iclasns_docs/InformeC_INCLASNS.pdf

⁶ Probabilidad de sufrir algún trastorno mental a lo largo de la vida.

⁷ Fuente: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir489/index.html>

Esta diferencia entre sexos que vemos en Cataluña va ampliándose con el paso de los años, ya que en 2010, 2011 y 2012 las brechas de género aumentan en perjuicio de las mujeres. Mientras, la cifra disminuye bastante en el caso de los hombres (del 11,7% en 2010 y 9,8% en 2011), en el caso de las mujeres apenas hay diferencias (16,5% en 2010, 15,7% en 2011 y 14,4% en 2012).⁸

Información sobre el diagnóstico de depresión y ansiedad

“Las depresiones, según datos de la ONU, son la cuarta causa de mortalidad y discapacidad a escala mundial, y en 2020, ocupará el segundo lugar después de las cardiopatías.”

Bayo Borràs 2010: 8.

Si comparamos datos de Europa y del Estado español, y según datos aportados por Emilce Dio Bleichmar (2001), el número de casos en mujeres dobla al de hombres, siendo notorio el aumento de la diferencia en la edad adulta avanzada, a partir de los 55-60 años de edad, y también en los casos de jóvenes y adolescentes (ibidem:46). En la C.A. del País Vasco, los datos arrojados por la *Encuesta de Salud del País Vasco 2013* indican un aumento de los diagnósticos por depresión de un 5% por año, tanto en hombres como en mujeres en los últimos diez años.

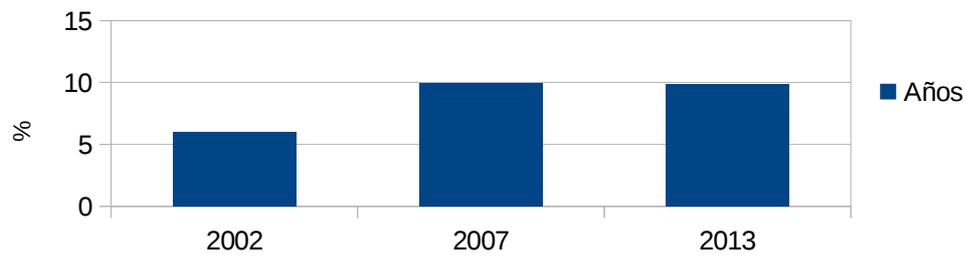
En cuanto a la brecha de género, existe casi el 10% de diferencia (sobre la población total) en perjuicio de las mujeres, siendo el rango de 65 a 74 años el que mayor brecha presenta (14,8% de brecha entre mujeres y hombres)⁹. No obstante, en 2013 esta tendencia se ha paralizado, pues ha aumentado considerablemente el número de hombres diagnosticados en contraste con el aumento del diagnóstico en el caso de las mujeres. Este cambio en la tendencia general abre una reflexión sobre las consecuencias diferenciales de las actuales crisis económicas sobre la salud de los hombres y mujeres de la C. A. de País Vasco. Cuadro 3: Aumento de la brecha de género en los diagnósticos por depresión en la C. A. del País Vasco¹⁰.

⁸ *Evolució anual dels principals indicadors de l'ESCA, per sexe. Catalunya, 2010, 2011 i 2012.* Generalitat de Catalunya.

⁹ http://www.eustat.es/elementos/ele0000500/ti_Prevalencia_de_sintomas_de_ansiedad_y_depresion_en_la_CA_de_Euskadi_por_sexo_y_edad__2002-2013/tbl0000535_c.html#axzz2rRmzlXnd

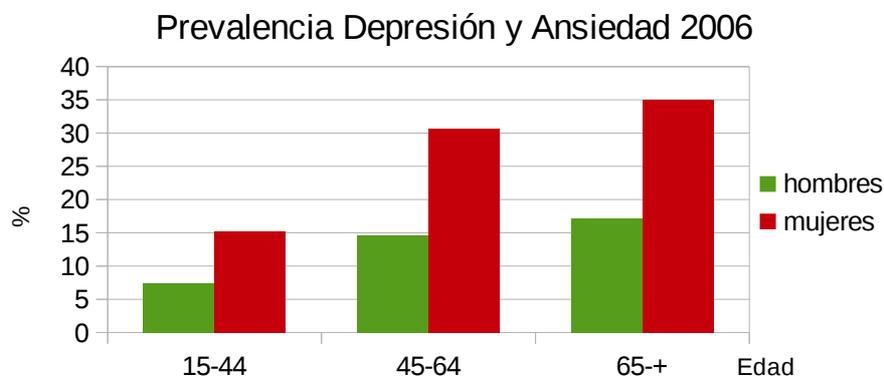
¹⁰ *Ibidem.*

Aumento de la Brecha de género en Depresión y Ansiedad



Las estadísticas de esta misma encuesta indican también una influencia de la categoría grupo socio-económico¹¹, siendo las/los profesionales de menor categoría laboral los que presentan con mayor frecuencia el padecimiento de una depresión, en todos los rangos de edad y manifestando a su vez la brecha de género.

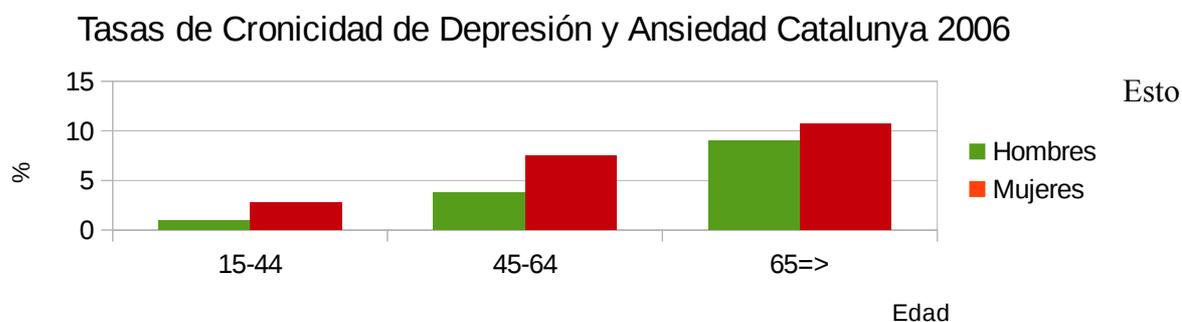
En Cataluña, los datos de la *Enquesta de Salut 2006* muestran una situación parecida sobre el aumento de los diagnósticos. Cuadro 4: Prevalencia del diagnóstico de depresión y ansiedad en 2006 en la C. A. de Cataluña¹².



¹¹ http://www.eustat.es/elementos/ele0000500/ti_Prevalencia_bruta_y_estandarizada_de_sintomas_de_ansiedad_y_de_presion_en_la_CA_de_Euskadi_porsexo_y_grupo_socioeconomico__2002-2013/tbl0000536_c.html#axzz2o0zrBqbl

¹² Fuente: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=c9bdbb6046b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=c9bdbb6046b06310VgnVCM200009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

En cuanto a la cronicidad¹³ de las depresiones, la misma encuesta establecía un aumento de la probabilidad de padecer Depresión y Ansiedad de forma constante, que va en aumento según asciende el rango de edad. Cuadro 5: Tasa de cronicidad de depresión y ansiedad en la C. A. de Cataluña durante el 2006¹⁴.



supone un alta tasa de cronicidad si además lo comparamos con las tasas del resto de trastornos crónicos aparecidos que, por lo general, oscilan entre tasas de 0,1-0,4%.

¹³ Se pueden definir las enfermedades crónicas como aquellas “de larga duración y generalmente de progresión lenta, además de que conllevan una limitación en la calidad de vida de las personas afectadas y de las personas cuidadoras, son causa de mortalidad prematura y ocasionan efectos económicos importantes en las familias, las comunidades y la sociedad” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012:9)

¹⁴ Fuente: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=c9bdbb6046b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=c9bdbb6046b06310VgnVCM200009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

4. MARCO TEÓRICO

El continuo salud-enfermedad mental

Hablar de un continuo entre salud y enfermedad mental supone asumir que entre un extremo y el otro hay infinitas posiciones, donde las personas se sitúan dependiendo de su momento vital.

En uno de los extremos del continuo se encuentra una disminución severa de la independencia y la autonomía de la persona, es decir, cuando ésta ya no es capaz de ejercer aquellas actividades o roles que hasta el momento venía desempeñando. Mientras, en el otro extremo estaría el bienestar completo, definido por la OMS como aquel “en que el individuo es capaz de desarrollar plenamente sus capacidades, superar las tensiones de la vida, trabajar de manera productiva y provechosa y contribuir con sus aportaciones a la comunidad”¹⁵. Por tanto, la salud mental sería (según esta misma organización) “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹⁶. Este enunciado nos lleva a pensar la enfermedad -o la salud- como un *hecho social total* (Mauss, 2012) donde el sufrimiento -o el bienestar- invade todos los ámbitos de la vida (personal, laboral, comunitario, etc.).

Enrique Pichón Rivière (1983)¹⁷ define la salud mental como la capacidad integradora de las personas frente a un mundo que es conflictivo, porque no todas las personas queremos lo mismo y los choques de fuerza requieren de una elaboración saludable, donde las partes enfrentadas reconozcan la autonomía de los/las otros/as. No reconocer los conflictos como necesarios y resolverlos de forma opresiva -una parte imponiéndose sobre la otra-, puede llevar a la persona hacia estados no saludables.

Al nombrar estos procesos de conflicto como psicopatologías, se están problematizando y posibilitando su medicalización y tratamiento psicológico, sacándolos así de lo privado a la arena pública y por tanto politizándolos. Como ejemplo de esta politización, Mabel Burín, Esther Moncarz y Susana Velázquez (1990:89-90) describen cómo las depresiones han sido relacionadas con el rol de madre, lo que supone la naturalización de la asignación de tareas y la emocionalidad en función del género, cuestiones culturales que no todas las mujeres comparten.

Franco Basaglia y F. Basaglia Ongaro (1973)¹⁸ han denunciado la ideología que subyace a toda

¹⁵ Extraído de la web de la Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ Citado en Burín, 1987:42.

¹⁸ Citado en Burín, 1987:31.

noción cultural de salud o enfermedad mental, impregnada por la ideología de la clase dominante que se convierte en otro mecanismo más de marginación social.

Es necesario, en este punto, hacer un inciso sobre la historia de la psiquiatrización de las mujeres, puesto que son ellas las que más diagnósticos de salud mental reciben. Carmen Sáez y colaboradoras (1979) relacionan la minusvalorización de la posición social de la mujer respecto al hombre a lo largo de la historia con la asignación social -desde el cristianismo a la ciencia- de una debilidad natural, sexualidad innata y emocionalidad excesiva: “Ya antes de Hipócrates y hasta nuestros días, ha prevalecido la idea, de que la mujer es algo así, como un hombre mal acabado, defectuoso, débil e incompleto” (1979:10).

Han sido diversos pero sucesivos los mecanismos de control social sobre los cuerpos de las mujeres: acusaciones de brujería, de histerismo, desplazarlas sólo y exclusivamente al espacio doméstico, negarles derechos (salvo el de maternidad) o confinarlas a casas de rectitud moral como las Casas de Corrección o de la Misericordia donde se las penaba, no tanto por el delito, sino por su flaqueza moral, innata pero corregible si asumían su culpa y eran obedientes ante Dios y la Ciencia (Almeda, 2005).

Este panorama histórico nos acerca a una concepción de la salud mental que evoca o que quiere asemejarse al ideal masculino. Primero, porque la noción de enfermedad, como señala Ángel Martínez (2008) refiriéndose a las aportaciones de enfoques como el Émile Durkheim (2012) o Talcott Parsons (1958), supone una desviación de la norma, “no excesivamente problemática en términos de estructura” (Martínez, 2008:132). O como Erving Goffman (1969:362)¹⁹ indica, la enfermedad mental sería una desviación moral de las obligaciones socialmente establecidas. Así, en un mundo androcéntrico, construido por y para los hombres blancos, de clase media y heterosexuales, todo aquello que no se adhiere a las expectativas sociopolíticas y económicas del “buen hacer” o del “buen ser”, pasará a ser minusvalorado, enfermizo y anormal.

Sin embargo, qué significa ser normal o anormal es algo que cambia con el tiempo, así como el concepto de salud-enfermedad mental, que es siempre dinámico, porque como hemos visto, es un proceso que responde a fuerzas históricas y sociopolíticas, a relaciones interpersonales y a las características de cada persona.

¹⁹ Citado en Martínez, 2008:136.

Las depresiones: un malestar de nuestro tiempo

Definiciones: síntomas y fenomenología

Definir qué es una depresión es una tarea compleja. En textos de la Grecia Clásica ya se hablaba de un estado de ánimo triste y crónico, que era denominado melancolía, cuyos signos y síntomas descritos eran muy similares a los de la depresión actual. Desde entonces, este estado de ánimo ha sido nombrado por la literatura, tanto médica como narrativa, con este apelativo de melancolía, hasta que en 1725, el británico Richard Blackmore acuñó el término vigente de depresión (Jackson, 1989).

Además de una larga historia de conceptualizaciones, otro factor que dificulta una descripción unitaria de la depresión es la gran variedad de experiencias que presenta dependiendo de la persona concreta, lo que hace pensar en gradaciones de la misma, en posiciones individuales dentro de un continuo de afectación; porque de algún modo, todas/os hemos estado deprimidas/os alguna vez.

Por una parte, a lo largo de los siglos XIX y XX la práctica médica y psiquiátrica estuvo marcada por el modelo de la ciencia positivista y surgió la necesidad de crear manuales que establecieran *categorías nosológicas* universales y por tanto, la aparición de cuadros sintomatológicos tipo, es decir, modelos ideales para poder contrastar las experiencias individuales y determinar así su pertinencia o no a la categoría. Esto es justificado por una fisiología y psicología única del ser humano que obvia las diferencias culturales, contextuales y personales.

La preponderancia actual del modelo biomédico nos obliga a la revisión de lo que este modelo categoriza como depresión a partir de la generación de manuales diagnósticos en los que se basa la práctica profesional actual como: el ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) publicado por la OMS, o el DSM-I (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) editado desde 1946 por la APA (*American Psychiatric Association*). En estos manuales la presencia de un *episodio depresivo mayor* es el fenómeno imprescindible para poder asignar una de las dos subcategorías diagnósticas depresivas puras (no mixtas) del eje de Trastornos del estado de ánimo: trastorno depresivo mayor de episodio único y trastorno depresivo mayor recidivante (DSM IV-TR, 2002:157).

Se considera que el *episodio depresivo mayor* está conformado por los siguientes síntomas: estado de ánimo depresivo (tristeza, llanto, etc.), disminución de la capacidad para el placer, aumento o pérdida de peso (más de 5%), insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor,

fatiga o pérdida de energía, sentimientos de culpa excesivos, disminución de la capacidad para pensar y concentrarse, y pensamientos recurrentes de muerte o tentativas de suicidio (ibídem:157).

No obstante, por otro lado, y como reacción a esta corriente positivista, surgieron alternativas como la psicología humanista con autoras/es como Carl Rogers (1997) o Abraham Maslow (1982) que pretendían describir el síntoma basándose en la experiencia única de cada persona, reprochando un excesivo universalismo a la psicología y la psiquiatría clínicas. Este modelo humanista, y tras las aportaciones de la filosofía fenomenológica de Edmund Husserl (1993), se escindió en varias escuelas o paradigmas. Una de ellas fue la psicología humanista-fenomenológica representada, entre otras/os, por Maurice Merleau-Ponty, que criticaba al humanismo una actitud demasiado antropocéntrica (Kaulino y Stecher (ed.), 2008:172). Así, Merleau-Ponty (1945) propuso otra forma de entender el fenómeno de la percepción, situándola en el lugar de lo relacional y creando así la “fenomenología antropológica”. Es decir, las sensaciones que individualmente podemos percibir, son significativas -existen- en cuanto que pueden ser objeto de representación y por tanto, contienen en sí mismas la cualidad de la intersubjetividad.

Por otro lado, este autor también señaló cómo una fenomenología concreta está siempre unida a un tiempo y espacio determinados. Explica esta idea por la naturaleza corporal de toda fenomenología perceptiva, dado que es el cuerpo lo que nos permite a las personas “ser en el mundo”; somos cuerpo entre otros cuerpos que sirven de referencia para la propia existencia y experiencia.

Con este breve inciso sobre el concepto de fenomenología, se pretende hacer hincapié en la dificultad de una definición unánime de depresión, puesto que el sentido mismo que se otorga a los signos físicos y mentales de esta enfermedad es una cuestión ampliamente debatida. Dado el marco antropológico de esta investigación, parece pertinente atender a la concepción dada por Merleau-Ponty, puesto que además también es sostenida por parte de la antropología médica actual con autoras/es como Arthur Kleiman (1988). Es este sentido, se utilizará a partir de ahora el término de fenomenología para hacer referencia a los síntomas y signos que las personas deprimidas dicen padecer²⁰, atendiendo a su propia experiencia y relato de lo vivido, poniendo más atención en lo significativo que es para la persona y menos en su similitud o diferencia con el *episodio depresivo mayor*.

Volviendo a la descripción de la depresión, a parte de las aportaciones desde la psicología y psiquiatría clínica, y más cercana a la psicología humanista, están la práctica psicoanalítica y

²⁰ O se hablará de síntoma percibido, incluyendo así la matización argumentada.

psiquiátrica feminista. Autoras como Burín (1987) o Dio Bleichmar (1999) asocian a la depresión una fenomenología tal que recuerda a las características del modelo hegemónico de subjetividad femenina: pasividad, dependencia, indolencia, astenia, apatía, baja o pérdida de capacidad imaginativa y fantasiosa, disminución de cuidados corporales y de la afectividad, percepción de un tiempo dilatado, y la vivencia de un cuerpo negado, privado de erotismo y sexualidad.

También Burín, Moncarz y Velázquez (1990) describen los signos depresivos-melancólicos como una ruptura con las relaciones hasta entonces establecidas y como un lenguaje deshabitado que ya no sirve como vehículo de comunicación; la depresión sería así un “dolor sin palabras” (ibídem 1990:96). En esta misma línea, Franco Berardi (2007) describe las depresiones como una falta de sentido en las acciones, en la comunicación o en la vida: “El sentido no es lo que encontramos en el mundo, sino lo que somos capaces de crear. Es lo que, circulando en la esfera de la amistad, del amor, de la solidaridad social, nos permite encontrar sentido. (...) la incapacidad de encontrar sentido, es sin embargo y ante todo, incapacidad de crear sentido” (*Espai en Blanc*, 2007:183).

La última mirada que vamos a considerar es la del origen etimológico de la palabra *deprimir*. Es importante conocer cómo se nombran las cosas, ya sea porque así otorgamos cualidades a la realidad que comunicamos, ya sea porque las palabras quieren enunciar aquello que significan, que representan y que se comparten. El verbo “deprimir” proviene del verbo latín *primere* (“presionar”, de la familia *premō* “apretar”, “oprimir”, formada por la raíz indoeuropea *pre-* que significa golpear, pegar). El prefijo *de-* indica una presión hacia abajo, en contraste con otros verbos de la misma familia como “imprimir” (presión hacia dentro) u “oprimir” (presionar de frente). Por lo tanto, este análisis podría dirigirnos a una búsqueda de las causas o entidades que ejerce esa fuerza “hacia abajo”.

Factores depresógenos: una visión holística de la salud y la enfermedad

Contestar a la pregunta ¿qué nos hace más vulnerables para sufrir una depresión? es otro lugar de divergencias teóricas y prácticas. Uno de los discursos actuales más extendidos dentro del modelo biomédico es la relación de determinadas hormonas (como los estrógenos) y períodos vitales de las mujeres como la menarquía o la menopausia en el desarrollo de una depresión. Sin embargo, es una explicación intensamente criticada porque “no hay pruebas empíricas convincentes de una relación entre las variaciones hormonales y las del humor” (Burín, Moncarz y Velázquez, 1990:107). Y porque como el psiquiatra Carlos Castilla del Pino (1978:19-20) afirmaba, “la enfermedad es un acontecimiento resultante de determinados modos de relación de la persona con el medio”, razón

por la que son necesarios “modelos dialécticos”, para entender la relación de la persona con todo su contexto, desde lo más macro a lo micro estructural, posibilitando así puntos de encuentro entre las diferentes disciplinas científico-académicas.

Así, que las mujeres sean diagnosticadas el doble de veces que los hombres apunta a una influencia de factores socioculturales que estarían exponiéndolas a ellas a un número mayor de fuerzas depresógenas, y que estarían influyendo en el tipo de elaboraciones personales y colectivas que se hacen de estas diferencias por género. Quedarse en una concepción de la salud o la enfermedad basada únicamente en el determinismo bio-fisiológico parece insuficiente, puesto que desde lo socio-cultural deviene la construcción social de la enfermedad que marcará los límites entre normalidad y anormalidad, los hábitos o comportamientos sociales asociados a esa enfermedad y los constreñimientos posibles de las estructuras socio-culturales que tienen impactos sobre la salud de las personas (pobreza, género, calidad ambiental, etc.) (Martínez, 2008: 68-67).

Por otro lado, Antonio Gramsci (1975)²¹ presenta el continuo salud-enfermedad como producto de una dialéctica entre fuerzas sociales antagónicas, un proceso socio-político que siempre ha de ser contextualizado históricamente para poder entender cuáles son los comportamientos entendidos como “funcionalmente” normales o saludables. No obstante, el mismo autor ya advertía que la cultura es un “pensamiento en acción (...) relacionando conocimiento y “praxis” en los procesos de transformación de la cultura y de la sociedad” (Pizza, 2005:18), es decir, que se trata de “un proceso dialéctico del conocimiento, la producción y la transformación del yo dentro de un campo de fuerzas históricas” (ibídem:18).

Por su parte, Arthur Kleinman, Veena Das y Margaret Lock (1997) desarrollan el concepto de *Social Suffering* para dar cuenta de todo aquello que nos hace más vulnerables ante la depresión (o el sufrimiento en general). El “sufrimiento social” tendría que ver con factores opresores (o depresógenos) de las estructuras socio-económicas en las que vivimos y con las maneras en que se elabora el padecimiento dentro de éstas; puesto que sólo con niveles fisicoquímicos de sustancias corporales no somos capaces de dar cuenta de la variabilidad de género, clase social o nacionalidad.

Al haber formas específicas de opresión, también los malestares serán específicos. Por eso, desde la práctica psiquiátrica feminista, Burín, Moncarz y Velázquez (1990) se refieren a las depresiones como *psicopatologías del género*, añadiendo además que no son estáticas, sino dinámicas. Es decir,

²¹ Citado en Giovanni Pizza, 2005:20.

qué varían con el tiempo y están directamente relacionadas con el concepto hegemónico de salud.

Por tanto, serán aquellos procesos que impiden el desarrollo de la salud los causantes de la enfermedad. Siendo la categoría social de género una de las primeras al nacer, cabe esperar -y así lo advierten Burín, Moncarz y Velázquez (1990) y Bleichmar (1999)- que los modelos hegemónicos de feminidad y masculinidad estén implicados en la etiología de las depresiones, dada la enorme desventaja social, política y económica que afecta los cuerpos nombrados como mujeres. Por un lado, la subjetividad femenina ha sido definida alrededor de los roles de maternidad y trabajo en el hogar y esto se ve reforzado por muchos de los modelos explicativos de las depresiones que se aferran a argumentaciones esencialistas. A su vez, se estaría robusteciendo el moderno sistema sexo-género que otorga una orientación personal hacia los otros en el modelo femenino, en contraste con una orientación hacia proyectos propios en el modelo masculino (Chodorow, 1979)²². Por otro lado, el aislamiento que supone el trabajo doméstico mengua las posibilidades de apoyo mutuo y refuerza el sentimiento de soledad y desolación.

Otra vía argumentativa -que no sería excluyente respecto a las anteriores sino que aporta complejidad- es la desarrollada por algunas/os teóricas/os y/o filosóficas/os de pensamiento radical, como el grupo de estudios colectivos *Espai en Blanc* (2007); asociación y fundación creada en 2002 para el desarrollo de una línea de pensamiento colectiva que se autodefine como filosófica y política, a medias entre el activismo y la academia. En una de sus publicaciones intentan explicar la expansión del fenómeno de las depresiones de los últimos treinta años con la implantación de los programas neoliberales a partir de los años 80; programas que nos empujan a la *precariedad existencial* (estar sola/o ante la realidad) por una ideología empresarial y competitiva que se extiende a todas las esferas de la vida. En los años 90, esta precariedad existencial se verá reforzada por la efervescencia de la nueva moda farmacológica, y a principios del siglo XXI por las sucesivas crisis económicas y políticas que caracterizan todavía nuestro presente (ibídem:184-185).

Las emociones: ampliando el horizonte de la salud mental

Hablar de emoción resulta pertinente si observamos la fenomenología de las depresiones; todas ellas están imbuidas de una afectación del estado de ánimo y de una alteración en las formas de un *sentir normal*, en su sentido más amplio. El atributo de “mental”, dado a estos procesos enfermantes, parece insuficiente para entender su complejidad y quizás convendría hablar de “salud emocional”.

²² Citada en Sherry Ortner, 1979:123-124.

Desde la antropología se entienden las emociones no solo en el sentido biológico y psicológico, sino también como elaboraciones cognitivas y activación de la moralidad y la ideología cultural, todo ello inmerso en las relaciones con las/lo otras/os y el mundo en general (Sheper-Hughes, 1997; Esteban, 2007; Medina Doménech, 2011). Serían, por tanto, consecuencia de la in-corporación de los procesos socio-políticos y económicos ocurridos en contextos históricos determinados. Como Robert Solomon explica (1977)²³ la emoción es un sistema de valoración respecto al mundo. Pero a la vez, esta interrelación es bidireccional, es decir, las emociones son disposiciones para actuar sobre el mundo y así es como las personas también interfieren en las estructuras. En conclusión, las emociones serían el punto de encuentro entre las personas -sus identidades, acciones e interacciones- y las estructuras socio-culturales.

Este enfoque más complejo relativiza la dicotomía individuo-colectivo pero también la de mente-cuerpo. Así, la misma noción de salud-enfermedad *mental* queda problematizada porque no incluye toda la afectación corporal inherente a la emocionalidad. La razón de que esta dimensión corporal esté invisibilizada puede responder a la preponderancia de la razón y lo mental como medida de todas las cosas. Las emociones son menospreciadas en la jerga y práctica profesional y el cuerpo está negado salvo en el eje nosológico de trastornos somatomorfos (DSM-IV-TR 2002:217). Así, volvemos a ver una jerarquización social entre lo asignado al mundo de lo femenino -las emociones y el cuerpo- y lo que se califica como masculino -la razón y lo mental-.

En nuestra sociedad, occidental y moderna, podemos afirmar que en términos generales existe una doble moralidad respecto a las emociones con asignaciones espaciales propias. En el ámbito de lo doméstico, “lugar de lo femenino” desde la Revolución Industrial, predominaría la afectuosidad, la generosidad, el altruismo y la entrega afectiva (Burín, Moncarz y Velázquez 1990:85). En el espacio público definido como lugar de lo masculino, se espera que haya egoísmo, competencia, envidia y falta de afecto, condiciones necesarias para un sujeto productivo en términos del capital.

¿Por qué sentimos dolor emocional?, ¿de qué nos está avisando?

Como las emociones responden a ideologías sociales que están atravesadas por categorías como el género o la clase social (Hochschild, 2008), las desigualdades sufridas en estos ámbitos provocarán emociones dolidas o negativas. Las depresiones, como un estado sostenido de tristeza y *anomia* del sentir (Durkheim, 2012), pueden ser vistas como in-corporaciones de esas desigualdades (Gramsci,

²³ Citado en Mari Luz Esteban, 2007:76.

1975)²⁴.

Para David Le Breton (1999:63-64) el dolor “comunica información, no sólo acerca del estado físico o moral, sino también del estado de sus relaciones con los demás y sobre todo con los otros interiorizados (...) una función antropológica de conservación de la identidad”. De esta forma, el dolor aparta al individuo del mundo, que se percibe a sí mismo como incapaz de controlar todo aquello que le afecta. Normalmente, la consecuencia será un distanciamiento del propio cuerpo (foco del dolor) fraccionando la identidad, desligándola de lo material que tanto sufrimiento provoca.

Por otro lado, parece necesario abordar la idea de *crisis de la presencia* desarrollada por el antropólogo italiano Ernesto Di Martino, para trasladarla al momento y tema actual²⁵. Esta expresión se refiere a un fenómeno que Di Martino encuentra ya en textos de la Edad Media, relacionado con:

“El momento en que la capacidad del sujeto para actuar sobre el mundo con voluntad propia, es decir la capacidad de agencia del sujeto sobre el objeto (el mundo, la naturaleza, las cosas), se ve dramáticamente mermada (...) el mundo es menos una realidad a disposición de la acción del sujeto. Es así como en momentos de crisis vital (que suele coincidir con momentos del ciclo vital como la menarquía en las niñas o la menopausia en las mujeres, el matrimonio y el traslado de residencia de la mujer a la casa de la familia del marido; o en casos de enfermedad, de desamor, etc.), y en general ante eventualidades que tienen que ver con la inseguridad de la vida cotidiana, la persona ve disminuida su capacidad de actuar sobre el mundo y en cambio es ella que es actuada por el mundo (*essere-agito-da*) (De Martino, 2003; De Martino 2004)” (Romero, 2013:97).

Di Martino estudió el *tarantismo* a mitad del siglo XX, un fenómeno religioso-popular que se daba y se da en personas que vivían en regiones rurales del sur de Italia, mayoritariamente mujeres de clase socio-económica baja. El efecto descrito por las/os *atarantadas/os* era de abismo, de angustia ante un mundo que consideraban ajeno e incontrolable, fuera de sus posibilidades de voluntad y acción. La cura venía por rituales colectivos dónde la persona era exorcizada por medio de técnicas corporales activadas por ritmos musicales constantes y repetitivos. Las comunidades que estudió Di

²⁴ Citado en Pizza, 2005:27.

²⁵ Agradezco al antropólogo Pablo Romero haberme llamado la atención sobre esta cuestión y la conversación que mantuvimos sobre el tema.

Martino aceptaban este fenómeno como algo relativamente común que cualquiera podía sufrir y que no conllevaba un aislamiento social, todo lo contrario, era resuelto de forma colectiva (Di Martino, 1999).

En este sentido, este dolor estaría, por una parte, recordando la fragilidad del ser humano, la condición finita de su materialidad (Le Bretón, 1999:14). Pero en una segunda mirada, vemos que las personas afectadas provienen en su mayoría de grupos sociales subordinados, relegados a lugares secundarios o marginados del centro social, político y económico. Por lo tanto, parece que la condición de fragilidad humana ya no es sólo existencial sino también responsabilidad de estructuras sociales desiguales y pensadas como inamovibles, que junto a una elaboración personal no integradora, acaban provocando el dolor. Así, considero que las personas que sufren depresión estarían afectadas también por una crisis de la presencia provocada por la percepción de indefensión ante el poder de las estructuras socioculturales que determinan las condiciones de la propia existencia.

Relaciones entre identidad, género y cuerpo

La identidad: construcción social y subjetiva

La identidad es fruto de un proceso de construcción constante que abarca toda la vida de la persona y que se va consolidando por repeticiones actuadas, es decir, no es una propiedad que venga dada por naturaleza, sino que se va desarrollando con las acciones que las personas realizan en su día a día. En este apartado, se desarrollarán algunas ideas en torno a este tema y se señalarán brevemente algunas de las herramientas o mecanismos que favorecen esta generación de la identidad como algo mutable, cambiante y en continuo tránsito. Así, se mencionarán conceptos o ideas como el efecto de *interpelación* e identificación, la noción de *habitus* y de *biopoder*, la de *performatividad*, y la importancia del ámbito del género y de lo corporal en todo proceso identitario.

La forma más común de interiorizar significados compartidos es a través del efecto de *interpelación* (Althusser, 2005) que alerta de cómo lo que se espera de nosotras/os también es lo que esperamos de nosotras/os mismas/os, es decir, con lo que nos identificamos. Este principio de actuación colectiva se vio amplificado con los aparatos de propaganda de masas (impresión, radio, televisión, digital, etc.). En este sentido, Ignasi Terradas (2004:63-64) habla de la existencia de una doble identidad: la vivida y la cultural, que se van creando con las experiencias vividas y socializadas por las personas. Sin embargo, también están influidas por los procesos de identificación política y

jurídica que fijan y producen categorías encerrando esta diversidad de experiencias en procesos de indentificación con significados fijos y externos, como puede ser la asignación de diagnósticos y las implicaciones políticas y jurídicas que acarrear. Así, ya no hablaríamos de un proceso identitario, sino de identificación que aliena y constriñe al primero obviando la diferencia infinita de cada persona, situación y momento.

Por su parte, Pierre Bourdieu (2010) describe este proceso de interiorización e incorporación de las normas a través del concepto del *habitus*, descrito como "estructuras estructurantes y estructuradas". Estos esquemas de obrar, pensar y sentir asociados a la posición social suponen la memoria hecha cuerpo. Bourdieu aporta una mirada dinámica, donde el sujeto está siendo influido por el rol o lugar social que ocupa, pero a su vez es reafirmado por las propias acciones que desarrolla. En este sentido, aunque haya estructuras que están oprimiendo y condicionando ciertas formas de pensar, sentir o actuar, las personas interactúan con ellas y dado que existe la heterogeneidad sabemos que las personas tienen cierta capacidad de agencia sobre su propia vida.

Simultáneamente, Michel Foucault (1976) analiza cómo las ideologías producen la vida a través de su concepto de *biopoder*, definido como la capacidad de las fuerzas opresoras de dictaminar nuestros deseos y creencias, que más tarde, vehiculadas por las emociones generadas al ponerlos en práctica -fallida o logradamente-, estarían conformando la totalidad de la identidad. En este sentido, el poder ya no es coercitivo sino productivo, porque administra y reproduce la vida; es, un poder que no se basa en la falta, sino en la virtud.

Más tarde, Judith Butler (1997) amplió esta línea de pensamiento al ámbito del género:

“Sería erróneo pensar que primero debe analizarse la “identidad” y después la identidad de género por la sencilla razón de que las personas sólo se vuelven inteligibles cuando poseen un género que se ajusta a normas reconocibles de inteligibilidad de género.” (ibídem:70).

Además, Butler (ibídem) recupera el concepto de *performatividad*, desarrollado y definido primero por John Langshaw Austin (1982) como aquellos actos repetitivos que van definiendo quienes somos pero que no son ejercicios plenamente libres o únicos, sino que son acciones reconocidas por la tradición o por convención social, y que irán conformando nuestra identidad. Sin este significado compartido, las acciones o las palabras no tendrían capacidad de transformar. Butler, extiende esta definición al ámbito del género para entenderlo como un desarrollo de prácticas y discursos dirigidos por expectativas sociales. Es decir, es un acto colectivo que si se cambia puede

transformar ideas y vidas que estaba sosteniendo y que supone la base primera de toda identidad desde que en la época moderna se instaló el actual sistema de sexo-género. La característica principal de este modelo es la categorización binómica y complementaria de la sociedad atendiendo a determinados atributos corporales como los genitales. Por lo tanto, se crean dos identidades, la femenina y la masculina, y a cada una se asocian atributos biológicos, sociales y psicológicos diferentes. Son, además, categorías cerradas, jerarquizadas y otorgadas incluso antes de nacer, que determinarán nuestra propia subjetividad.

A este respecto Esteban (2004) apunta:

“La identidad de género se entiende como algo que se va configurando no sólo a partir de unos actos, discursos y representaciones simbólicas, sino que tiene una base reflexivo-corporal, material, física, performativa, aunque en interacción estrecha con el nivel ideológico de la experiencia.” (ibídem:57).

Así, el cuerpo donde esa identidad se encarna también es parte de la misma; en esencia, el cuerpo es identidad. Las características que presentan los cuerpos son marcas de la identidad y con el paso del tiempo, también ellos son afectados por la ideología, los símbolos y las interacciones, dado que son la materialidad de la subjetividad: “Pertener al colectivo masculino o femenino no está relacionado con lo que se es, sino con lo que se hace” (ibídem:157).

El cuerpo negado y la identidad fragmentada

La respuesta de la persona ante una *crisis de la presencia* es un intenso dolor emocional y éste, a su vez, supone un alejamiento de su cuerpo. “El dolor es la pérdida de la identidad” advierte Le Breton (1999:181). La persona, en este momento de crisis vital, no puede habitar durante más tiempo aquello que vehicula su relación con el mundo y con las/los otras/os y adopta la estrategia de la *huida* reconocida por Foucault (1961)²⁶ cuando describía las enfermedades psiquiátricas en términos de alienación, esto es, la psicopatología como alejamiento de una/o misma/o: “Como vivir separado de lo que se es siendo otro distinto” (Pastor y Ovejero, 2006:2)

Burín, Moncarz y Velázquez (1990) describen las depresiones como un *cuerpo negado*, frustrado y privado de placeres y erotismo (1990:93), pero también como una “fragmentación de la vida o de la identidad psicológica” (1990:96) porque la persona no tiene acceso a ella misma, a su cuerpo. Kleinman por su parte, describe también la experiencia de la enfermedad como *condición*

²⁶ Citado Juan Pastor y Anastasio Ovejero, 2006:2.

sociosomática porque las “actividades y procesos sociales son transformados en experiencias corporales” (1988:58).

Este hecho podría relacionarse con la *fase liminal* descrita por Victor Turner (1999) y por Arnold Van Gennep (1986)²⁷, donde la persona se deshacía a sí misma y comienza una inmersión en un lugar y un tiempo no compartido, donde las normas sociales no tienen significado y las jerarquías socio-estructurales pueden invertirse. El aislamiento social y espacial al que muchas personas diagnosticadas de depresión se ven confinadas remarcaría aún más esta noción.

El dolor aparta a las personas del mundo, las aleja de las otras. En este sentido, y puesto que necesitamos del reconocimiento de la/del otra/o para crear nuestra propia identidad, un episodio de sufrimiento paraliza nuestros procesos de identificación porque perdemos la confianza en una/o misma/o (Le Breton, 1999: 32) y dejamos de interactuar con las/los otras/os y lo que nos rodea.

Así, como indica Martínez (2008:115), el paradigma del *embodiment* (la in-corporación o la encarnación) presente en antropología a partir de los años 80 del siglo XX, sería de gran ayuda para entender mejor los procesos de enfermedad porque permite salir de la hermenéutica del lenguaje que no deja captar la complejidad de un fenómeno que es también corporal.

La terapeuta Susie Orbach (2009:15-38), refiriéndose a las llamadas sociedades occidentales, describe el panorama actual como aquel en el que la relación con nuestro cuerpo es la forma más habitual de sufrimiento. Una de las causas es que el capitalismo ha supuesto el alejamiento de muchos siglos de prácticas corporales: “El cuerpo está dejando de ser un medio de producción para convertirse en la producción en sí misma” (ibídem:21). El constante bombardeo de mensajes que nos llevan al culto de un cuerpo perfecto responsabilizan además a las personas de esta consecución, que por otro parte es irreal, provocando una frustración continuada. Así, la no aceptación del cuerpo y un distanciamiento del mismo por la constante objetivación a la que se ve sometido es un fenómeno que se da en todas las sociedades donde el capitalismo neoliberal ha llegado.

Sin embargo, tal y como Orbach señala (ibídem:45) cuando determinadas características corporales nos sitúan en un grupo desfavorecido, éstas generarán estigma y desprecio, lo que puede llevarnos a negarlas, negando nuestro propio cuerpo.

²⁷ Agradezco al antropólogo Martín Correa haberme llamado la atención sobre esta relación de ideas y la conversación que mantuvimos sobre el tema.

En una línea similar, Esteban (2001), en su investigación sobre procesos de enfermedad en mujeres vascas, escribe:

“Para muchas mujeres sentirse enfermas supone volverse hacia dentro, “recogerse” hacia su interior, definiéndose un mundo complejo, con un “dentro” y un “fuera”, que ellas van combinando o seleccionando según va discurriendo su vida. De las narraciones se percibe la concepción de un cuerpo como barrera que separa claramente la doble realidad.” (ibídem:92-93).

Por otra parte, en su investigación sobre itinerarios corporales apunta: “En las mujeres, la regulación física y social funciona a través de una idea que yo denomino “el miedo al descontrol”, ligado a miedo al placer” (Esteban, 2004:103), cuestión que contrasta con las experiencias narradas por hombres, cuya atención al cuerpo no está tan ligada con el control, aunque harían falta más estudios en esta línea de investigación.

La curación: necesidad de cambios y agencia

“La historia hace a la gente, pero la gente hace la historia.”²⁸

(Ortner, 2006:2)

Etapas del proceso de curación

Aunque las depresiones muestren altas tasas de cronicidad -como hemos visto en el cuadro 5- hay personas que consiguen curarse. El proceso de recuperación del bienestar es un largo camino de cambios en el que los conflictos sociales, colectivos y personales que habían sostenido la depresión aparecen como dinámicos y transformables. Por esto he señalado previamente que las depresiones son un momento de crisis vital, que avisa de la necesidad de transformación de diferentes aspectos de la vida.

Martínez (2008:140) describe tres etapas o fases en todo proceso de enfermedad: la de pre-paciente, la de paciente y la de ex-paciente. La primera es un fenómeno consensuado entre la persona enferma, su entorno más cercano (familia y/o redes de apoyo) y el personal médico. Es un momento de expropiación de derechos y de identidad, porque la cualidad de enferma/o otorgada desde el modelo biomédico incapacita en la totalidad de la vida.

La segunda etapa supone una resignificación de esta identidad que necesita de una exculpación (por

²⁸ Traducción propia.

la desviación de la norma) y la conformación del autorespeto. Es decir, requiere de lo que podríamos denominar un empoderamiento sobre el propio proceso personal. Esta cuestión hace pensar en la necesidad de desligarse del rol de enferma/o asignado para poder autoperibirse como capaz de ejercer cambios que devuelvan a una situación vital menos enfermante (2008:140).

Correa (2010) habla de la necesidad de una reflexividad sobre el propio proceso y para esto sería imprescindible acudir a la *geografía de la des-enfermedad*. Con esta noción, intenta analizar el proceso de curación, donde la persona habita y actúa en nuevos espacios fuera del ambiente médico. Esta idea no quiere restarle valor a la práctica biomédica, pero sí enfatizar que los procesos que genera son muchas veces encapsulantes, es decir, generan una condición de enferma/o que incapacita en todos los aspectos de la vida, y provoca que las personas no tengan espacios donde desarrollar su propia voluntad. De ahí la necesidad de *espacios des-enfermantes* (ibídem:106-115).

La tercera etapa es la vuelta a la salud. La persona ya está curada pero deberá permanecer atenta siempre a las desigualdades que la dañaron. En este sentido, pareciera más que el estado de enfermedad no es un paréntesis en la vida, sino una cuestión latente que siempre hay que mantener “bajo control”. En conversaciones que he mantenido con personas del Colectivo Radio Nikosia²⁹- asociación conformada por personas que han sido psiquiatrizadas y que realiza un programa de radio que les otorga voz propia y posibilidades de autodefinición-, es recurrente la percepción de lo que Eugenia, participante de este colectivo, describe como “algo que dura para toda la vida y lo que hay que hacer es estar atenta a los avisos para poder hacer algo antes de que vuelva”.

Teoría de la práctica: el concepto de Agencia

Como señala Ortner (2006:5), la teoría de la práctica surgió como reacción ante la insuficiencia de otros modelos teóricos como el materialista, el simbólico o el estructuralista, y ha intentado romper con la idea de un poder todopoderoso, inmóvil y ejercido únicamente de arriba a abajo. En este sentido, nos interesa revisar esta perspectiva brevemente y conocer las aportaciones de esta autora (ibídem) sobre el concepto de *Agencia*, porque otorgan un marco teórico donde poder ubicar procesos de curación de una crisis vital causada -en gran parte, y como se ha señalado- por el sistema capitalista y heteropatriarcal.

²⁹ El Colectivo Radio Nikosia, ubicado en la emisora Contrabanda FM de Barcelona “*Es una de las primeras emisoras realizadas por personas que han sido diagnosticadas de problemas de salud mental. Es una experiencia que intenta una mirada lateral sobre la locura y busca vías alternativas -y alterativas- en el área para deconstruir el estigma*”. Extraído de <http://radionikosia.org/>

Primero, comentaré brevemente las nociones de Foucault sobre cómo el poder es producto de contextos históricos que interaccionan con las relaciones interpersonales y las prácticas personales concretas. En estos tres ámbitos se materializan y desarrollan las relaciones de dominación/subordinación; es decir, el poder hegemónico se despliega desde lo macro a lo micro, pero también, y sobre todo, a la inversa. Foucault (1978) desarrolló el concepto de *microfísica del poder* para advertir de la relativa autonomía de los procesos de dominación relacionales de la escala micro, encontrando que las formas de aplicación y contestación son muy variadas y no siempre imitan a las macro. Sin embargo, sí que cumplirían una función extensiva que viene determinada por la historia y los cambios en las formas de poder.

Además, como antes advertíamos, la disciplina punitiva sobre los cuerpos que comenzó siendo pública, escénica y demostrativa a lo largo de la Edad Media, pasó a ser una administración difusa del control en la sociedad actual, ejerciendo cada persona hacia sí misma el poder de lo hegemónico por un proceso de interiorización de la norma donde la administración del *panóptico* se privatiza y se hace cuerpo, creando deseos y pasiones específicas, produciéndose así el *biopoder* (Foucault, 1976).

Sin embargo, y como advierten, entre otras/os, la misma Ortner (2006:7), las producciones sociales no son nunca totales, siempre son vulnerables a la presión y susceptibles de cambio por el choque de fuerzas que conforman los sistemas de desigualdad. Y Marshall Shalins (1981)³⁰ comenta, hay varias cuestiones que podrían hacernos pensar que no hay totalidad: suelen cohabitar varios significados sociales para un mismo proceso, determinadas prácticas incongruentes (propias o ajenas) pueden hacernos recelar de lo consensuado, y las dinámicas locales o translocales ejercen también su influencia.

En otras palabras, las personas también tenemos algo que decir y hacer en todo esto, no somos marionetas, ni objetos pasivos o meras receptoras, sino que tenemos capacidad de actuar en las estructuras en las que vivimos. En términos de Ortner (2006:129), las personas estaríamos implicadas en un “*Serious Games*” (juegos serios), donde la cultura produce normas a las que ceñimos pero donde el rol activo de cada persona-jugador/a es primordial para involucrarnos en el juego y a su vez somos las responsables últimas de su ejecución y desarrollo. Pero habría que diferenciar estos juegos de los juegos que ella denomina formales porque están incluyendo la relatividad de las normas (puesto que son culturales) y una noción de actrices/actores

³⁰ Citado en Ortner, 2006:9.

subjetivamente complejos, cuyas actuaciones no se basarán sólo en la racionalización o el egoísmo (como defienden las teorías de la elección).

La *Agencia* sería así la capacidad de las personas de interactuar con sus contextos históricos y situaciones concretas a partir de actuaciones intencionales y dirigidas hacia una meta de transformación sociocultural. Esta capacidad también puede ser colectiva, como Willian H. Sewell (1992)³¹ afirma: “La agencia entraña la habilidad para coordinar algunas acciones con otras/os y contra otras/os, para formar proyectos colectivos, para persuadir, para coaccionar...”³².

En este sentido, el concepto de agencia se apoya sobre dos ideas claves: que las acciones están dirigidas a conseguir proyectos propios o colectivos, y que todas las relaciones de poder son inestables y necesitan ser reproducidas para mantenerse (por igual razón, son potencialmente cambiables). Por otro lado, qué sean o no conscientes es algo irrelevante, según Ortner (2006:132)³³.

Además, los sujetos agentes no son agregados de individualidades, sino que hay puntos de anclaje social (*social embeddedness*) que son comunes a todos. Por un lado, son personas que siempre están inmersas en redes de solidaridad (familia y parientes, amigas/os, conocidos, vecindad, etc.). Pero por otra parte, también están influidas por las relaciones de competencia y dominación/sumisión de los sistemas socioculturales desigualitarios en los que viven (Ortner, 2006:130-131). Es decir, las formas de la agencia también están limitadas por ciertas condiciones de posibilidad y son además tan variadas como las personas mismas.

A nivel analítico, Ortner distingue dos tipos de agencia:

“La distinción entre agencia dirigida al poder y agencia dirigida (la búsqueda de) a proyectos propios es que la primera se organiza alrededor del eje de dominación y resistencia, y por lo tanto definidas en gran medida por las condiciones de la parte dominante, mientras la segunda es definida por lógicas locales de lo bueno y lo deseable, y cómo se llevan a cabo.”³⁴ (ibídem:145).

Sin embargo, en la práctica no son dos formas de actuar separadas, aunque puedan estarlo

³¹ Citado en Ortner, 2006:136.

³² Traducción propia.

³³ Otras autoras/es como Esteban (2004) también restan importancia a la intencionalidad de las actuaciones, e intentan identificar dimensiones de la acción que no sean intencionales, lo que habitualmente se llama no conscientes.

³⁴ Traducción propia.

analíticamente. Primero, porque las relaciones de dominación/opresión también están influyendo en los deseos o intenciones culturales que promueven la *agency-in-the-sense-of-projects* (agencia dirigida a proyectos). Segundo, porque cuando se combate o resiste al poder (*agency-in-the-sense-of-power* (agencia dirigida al poder)) lo que subyace es un deseo por ejercer los propios deseos. Tercero, las mismas lógicas del poder están encaminadas a un proyecto, igual que la resistencia, porque el poder en sí mismo -o la resistencia de forma aislada- no es nada por sí sólo (ibídem:151). Así, ambos tipos de agencia serían las dos caras de una misma moneda.

Por otro lado, Ortner advierte también, a partir del análisis de los cuentos de los hermanos Grimm, cómo la agencia se distribuye socialmente de forma diferente atendiendo al género. Es decir, a las mujeres se las está socializando para minimizar su agencia ofreciendo referentes que no la ejercen, o son castigadas cuando sí lo hacen. Mientras, y por complementariedad, a los hombres se les socializa en una agencia poderosa y muy ligada a la protección de las “indefensas” mujeres (ibídem:141-142).

Por último, es necesario rescatar la importancia del cuerpo en este proceso de Agencia, puesto que las prácticas sociales son, ante todo, corporales. Esto es así desde la idea de que el cuerpo no es sólo texto, símbolo o contenedor de ideologías o sensaciones, sino que es un “*cuerpo agente*” (Esteban, 2004:62-63) por “la dimensión corporal irreductible en la experiencia y la práctica” (ibídem:62) y porque “las prácticas corporales no son individuales o internas, sino interactivas y reflexivas” (ibídem:62). En este sentido, los procesos de agencia se activan a partir de prácticas corporales en interacción con las/los otras/os y con el mundo que nos rodea.

5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Los objetivos de esta investigación son:

- Describir y analizar los procesos de recuperación en casos de depresión, atendiendo a las características de los contextos culturales y sociales compartidos, a la variabilidad de las situaciones y características personales y a la interacción entre ambas esferas.
- Analizar cómo influyen los modelos de feminidad y masculinidad, hegemónicos o alternativos, tanto en la fase de inicio y desarrollo de la depresión, como en la fase de recuperación.
- Estudiar la interacción de los condicionantes de género con otras variables como la edad o el grupo socio-económico, para comprender la gran variabilidad de experiencias y discursos sobre los diferentes procesos de recuperación.
- Analizar con especial atención la dimensión encarnada de la experiencia, porque supone un campo de estudio privilegiado para comprender mejor la reconfiguración de las identidades de género y la comprensión de otros signos propios de la depresión que señalan conflictos donde la dimensión emocional es fundamental.
- Distinguir y estudiar aquellos recursos sociales y personales que son diferentes de los ofrecidos por los servicios públicos (y/o privados) de salud pero que sin embargo interactuarán con los mismos. Así, se pretende aportar información sobre las características de los entornos sociales de proximidad y las estrategias individuales y colectivas que facilitan o dificultan la consecución de una recuperación.

Las hipótesis de partida de la investigación son:

HIPÓTESIS 1: En un proceso de curación de una depresión las personas ponen en marcha recursos diferentes a los ofrecidos por los servicios de salud, pública y privada. Para tener una visión completa y compleja de dichos procesos es fundamental analizar y conocer las prácticas individuales y colectivas activadas dentro y fuera de los espacios institucionales médico-psiquiátricos; es decir, observar también cómo actúan las personas más allá del rol de enferma/o.

HIPÓTESIS 2: Esta distancia con el rol de enferma/o es imprescindible para activar la capacidad de actuación (agencia) de la persona sobre su entorno y su propia vida, es decir, para el empoderamiento y la curación de sí misma.

HIPÓTESIS 3: Las experiencias y discursos en torno a los procesos de curación son muy variados. La diversidad de experiencias proviene de la articulación de la variable género con otras como la edad o el grupo socio-económico de pertenencia. Conocer cómo influyen todas estas variables en dichos procesos será determinante en la comprensión de la curación.

HIPÓTESIS 4: Las depresiones están directamente relacionadas con crisis vitales que generalmente están vinculadas con los modelos de feminidad y masculinidad hegemónicos, por eso, será imprescindible para la recuperación del bienestar la reconfiguración de la identidad de género y la configuración de modelos más flexibles.

HIPÓTESIS 5: En estos procesos es importante la activación de nuevas prácticas corporales y emocionales en relación a los contextos individuales y colectivos a los que se pertenece. Estas nuevas prácticas son imprescindibles para recobrar la “conexión perdida” con el cuerpo y la experiencia emocional, que son signos característicos de la fase más conflictiva de un proceso de depresión.

6. METODOLOGÍA: TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Recogida de información

Para llevar a cabo la investigación propuesta y conseguir los objetivos señalados se ha usado una metodología cualitativa, basada en entrevistas extensas (o en profundidad) que han permitido explorar los relatos de cada persona y hacer un análisis comparativo que sintetiza una visión de conjunto. Para el estudio y análisis de las entrevistas e historias de vida se ha recurrido a la revisión de fuentes bibliográficas y fuentes secundarias, a los datos cuantitativos y a las observaciones y anotaciones que se han generando durante las entrevistas.

En este proceso ha sido también clave mi propia experiencia como dinamizadora sociocultural de proyectos del ámbito de la salud mental. Esta convivencia anterior con colectivos de personas que han sido o están siendo psiquiatrizadas, me ha permitido conocer algunas de las vivencias y de los contextos socioculturales dónde se desarrollan, así como anécdotas o situaciones paradójicas de las mismas. Este hecho ha sido un elemento de inspiración para gran parte de las inquietudes y desafíos teóricos que he querido abordar en la presente investigación, y además ha proporcionado un lugar de contrastación para el análisis de la información.

Revisión de fuentes bibliográficas y secundarias:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de autoras/es que han aportado conocimiento sobre el tema objeto de estudio, lo que ha permitido conocer en mayor profundidad los supuestos y objetivos planteados. Este trabajo de revisión de fuentes bibliográficas ha sido un constante durante todo el proceso de investigación, porque las voces de las/los protagonistas permitieron descubrir nuevas claves y puntos de interés teórico que requirieron incluir nuevos conceptos e ideas, o la contrastación de los contenidos expuestos anteriormente.

Revisión de datos cuantitativos:

Se han realizado análisis de los datos arrojados por varias encuestas e informes sobre el estado de salud mental de la población, tanto de Europa y el Estado español, como de la C. A. de País Vasco y Cataluña. Las encuestas e informes son³⁵:

- Centre for European Social and Economic Policy: Terry Ward y Stefanos Grammenos

³⁵ Al final de la Bibliografía hay un espacio dedicado a las fuentes de información en web, donde aparecen los links en los que se consultó estas estadísticas e informes.

- (Coord.) (2007): *Men and women with disabilities in the EU: statistical analysis of the lfs ad hoc module and the eu-silc*. Ed. DG Employment, Social affairs and equal opportunities.
- INCLASNS³⁶(2010): *Indicadores claves del Sistema Nacional de Salud: versión 2010*.
 - Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad (2012): *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*.
 - Gobierno del País Vasco: *Encuestas de Salud del País Vasco 2002, 2007 y 2013*.
 - Generalitat de Catalunya: *Enquesta de salut de catalunya 2006 (adults)*.
 - Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2013): *Evolució anual dels principals indicadors de l'ESCA, per sexe. Catalunya, 2010, 2011 i 2012*.
 - Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2013): *Enquesta de salut de Catalunya 2012. Informe dels principals resultats*.

La razón por la que se ha centrado el estudio en Europa y el Estado español en general, y en particular en las CC.AA. del País Vasco y Cataluña responde a la necesidad de conocer el contexto en el que viven las personas entrevistadas, así como la situación general de los diagnósticos de depresión (prevalencia, cronicidad, distribución por sexo, edad y grupo socioeconómico). La elección de estas dos comunidades como territorio geográfico de estudio estuvo motivada por dos razones. La primera se debe a que son territorios con características socio-económicas parecidas y por tanto, no son tan necesario procesos de etnografía comparativa. La segunda es porque como investigadora, al haber vivido y trabajado en ámbitos relacionados con la salud mental dentro de estas dos comunidades, poseía un conocimiento previo tanto sobre las características socioculturales de las mismas como sobre la red asistencial en salud mental, lo que podría facilitar el análisis de los procesos y contextos de las personas entrevistadas.

Entrevistas en profundidad y observación participante

En esta fase de la investigación, y para el Trabajo Fin de Máster, se han realizado cinco entrevistas en total: cuatro a mujeres y una a un hombre, y una segunda entrevista a una de estas personas sobre una temática concreta en la que se quiso profundizar tras el primer análisis de relatos. Todas ellas

³⁶ Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.

son personas residentes en la C.A. del País Vasco o de Cataluña. Se ha atendido a los rangos de edad y a los grupos socio-económicos para la variación de la muestra. Podría influir en la representatividad de los grupos de mayor edad (65-74 y 75 ó más) la menor tasa de recuperación. En general, se han clasificado los casos en el rango de edad que corresponda al período de padecimiento pasado y no el presente de recuperación.

Todas las personas entrevistadas habían tenido en el pasado un diagnóstico médico-psiquiátrico de depresión mayor, con tratamiento farmacológico prescrito y en las que ya estaba restablecido su bienestar. Como el tamaño del grupo de entrevistadas era reducido, acudí a redes de conocidas/os para encontrarlas; con este recurso fue suficiente para contactar con todas las personas informantes.

Que sean más mujeres que hombres responde a la incidencia en las cifras, pero también que se quiere prestar atención a la posible relación entre el modelo de feminidad y las depresiones. Sin embargo, no se han descartado los relatos de hombres porque la contrastación podría aportar información de interés y también sus experiencias son necesarias para un mayor conocimiento del tema. En la presente investigación cuatro de las personas entrevistadas son mujeres; Iryna, Rocío, Inma y Patricia, y una es un hombre; Andrea.

Las entrevistas (primeras y realizadas a todas) han sido semi-estructuradas, dejando hablar a la persona e intentando crear un clima de confianza y libre expresión. Se han realizado preguntas a partir de un guión preparado previamente que ayudaron a recorrer el pasado, el durante y el después de la depresión, incidiendo en los temas que abordan las variables más adelante descritas. Este tipo de técnica de recogida de información permite conocer la cotidianidad del colectivo social mediante la escucha activa y el análisis posterior (Ferrándiz, 2011:112-113).

Por otro lado, permitir a las personas que narren sus propias experiencias puede resultar pertinente si atendemos a la necesidad de reflexividad en todo proceso de curación y a la importancia de escuchar las experiencias en primera persona, pues aportan más información que la ofrecida por las/los expertas/os.

La segunda entrevista que se realizó a una de las personas fue sobre un tema concreto y por tanto, más dirigida a tratar elementos claves para la investigación. Además, esta persona es profesional de psicología, así que podríamos decir que en este segundo encuentro su papel o rol estuvo a medio camino entre el informante y el informante experto.

Se respetó y respetará siempre el anonimato y confidencialidad de las personas -razón por la que todos los nombres propios de las transcripciones son ficticios-, y se las informó desde el principio del motivo y condiciones de la entrevista.

El guión de las entrevistas está vertebrado sobre varios ejes³⁷:

- Explicación libre y cronológica del proceso vivido.
- Experiencia clínica: relación con profesionales, pauta farmacológica, altas y bajas, etc.
- Red social y familiar: extensión y cualidad de las mismas, apoyo ofrecido, etc.
- Situación laboral y económica: momento actual e influencia en el proceso.
- Identidad de género: cómo se definen, cambios acerca de, etc.
- Sexualidad: capacidad para el placer, relaciones sexo-afectivas, etc.
- Cuerpo: emociones, sensaciones físicas, cambios percibidos, etc.
- Nuevas actividades: comenzadas después del diagnóstico y que hayan sido importantes para activar cambios.

Todas las entrevistas han sido grabadas en audio, y posteriormente transcritas y analizadas. Además, durante las mismas, la entrevistadora dispuso de un cuaderno de notas donde apuntó observaciones o aspectos de interés no registrados por el audio y que fueron de utilidad para el posterior análisis de las mismas.

Otros recursos metodológicos

A las/los informantes se les pidió además que mostrasen fotografías representativas de las etapas de su proceso de depresión e incluso que aportasen escritos u objetos que hubiesen producido durante el proceso depresivo o de curación y que narrasen en primera persona esos momentos o el cambio vivido. Algunas de las personas entrevistadas accedieron a esta petición o a parte de la misma, aunque por lo general la aceptación no fue muy positiva.

También, se quería asistir y se realizar observaciones en contextos o actividades de las que

³⁷ Guión completo en Anexo I.

participaban las personas entrevistadas, para descubrir posibles contradicciones entre el discurso ofrecido y la realidad actuada. Pero la escasez de tiempo no permitió este deseo, y quedaría como tarea pendiente para una posible extensión de esta investigación.

Por último, otro material importante en este estudio ha sido el obtenido de consultas y conversaciones mantenidas con investigadores del ámbito de la antropología, que han aportado nueva información desde su experiencia académica y vital: Pablo Romero -que ha revisado la obra de Ernesto Di Martino-³⁸, Martín Correa -que defendió su tesis doctoral sobre la experiencia del Colectivo Radio Nikosia (Barcelona)-³⁹, y Lina Casadó -que también defendió una tesis doctoral pero sobre acciones autolesivas en jóvenes de Cataluña-⁴⁰. En el futuro, si se considera necesario, se volverá a consultar con los mismos o con otras/os de características similares o diferentes, dependiendo de las posibles necesidades.

Análisis de la información

La interpretación de las entrevistas es el objetivo último de esta investigación. Las fuentes orales articularán el conocimiento en torno a la cuestión planteada, y permitieron contrastar las narraciones y experiencias recogidas con las cuestiones teóricas estudiadas.

El análisis de la información obtenida -atendiendo a los objetivos- se vertebrará sobre dos variables primarias: edad y grupo socio-económico. En segundo lugar se tendrán en cuenta la implicación de otra serie de variables secundarias como:

- Las redes sociales de proximidad (familia, amigas/os, vecinos/as, etc.) de las personas.
- El tipo de estrategias o tácticas puestas en práctica por las personas en dicho periodo -de modo intencional o no-.
- Las ideologías subyacentes sobre el significado del proceso de salud y enfermedad.
- Otras que puedan surgir tras el análisis de las entrevistas.

La variable de género será el eje transversal en todo el análisis por las posibles interrelaciones con

³⁸ ROMERO NOGUERA, Pablo (2013): “Tiqun en el sur de Italia: magia, “crisis de la presencia” y crítica del sujeto clásico.”, *Estudios*, n. 3-3, pp. 94-106.

³⁹ CORREA URQUIZA, Martín (2010): *La rebelión de los saberes profanos (otras prácticas, otros territorios para la locura)*. Tesis Doctoral defendida en Universitat Rovira i Virgili.

⁴⁰ CASADÓ MARÍN, Lina Cristina (2011): *Los discursos del cuerpo y la experiencia del padecimiento. acciones autolesivas corporales en jóvenes*. Tesis Doctoral defendida en Universitat Rovira i Virgili.

el resto de variables descritas.

En cualquier caso, esta categorización es una herramienta teórica que ayuda a ordenar las infinitas diferencias de cada relato, pero no pretende asignar etiquetas cerradas a priori, ni mucho menos inamovibles. Dado que es un estudio cualitativo, no se trata de conseguir resultados matemáticos o esquemáticos, sino que serán los relatos personales los que otorguen las claves singulares y significativas de los procesos de curación.

GÉNERO	<p><i>Mujer/hombre</i>. Teniendo siempre en cuenta la autodefinición que las personas realicen de sí mismas.⁴¹</p> <p>En la muestra final han sido cuatro mujeres y un hombre.</p>
EDAD	<p><i>Joven (hasta 30 años), adulta joven (31-45), adulta madura (46-65), tercera edad (65 ó más)</i>. Clasificación que atenderá especialmente a las etapas vitales y a la influencia del valor simbólico de la vejez.</p> <p>En la muestra final han sido: dos mujeres jóvenes, un hombre adulto joven y dos mujeres adultas maduras.</p>
GRUPO SOCIOECONÓMICO	<p>Atendiendo a la <i>condición de clase: baja, media, alta</i>, en función del nivel de estudios, nivel económico y condiciones de vida. Y a la <i>cualificación y situación laboral</i>, incluyendo el sector formal e informal, remunerado o no.</p> <p>En la muestra final había dos personas con una condición de clase baja, dedicadas mayormente al sector informal o semi-informal de empleo. Y tres personas con condición de clase media, y una situación laboral favorable o disfrutando de la jubilación.</p>
SITUACIÓN SOCIAL Y FAMILIAR	<p>Se tendrá en cuenta para la elaboración del perfil personal, si tiene o no pareja(s), si tienen personas dependientes a su cargo, y la intensidad y amplitud de las redes de amistad, vecindad y la familia extensa.</p>

⁴¹ Ninguna de las personas entrevistadas se han descrito a sí mismas fuera de estas categorías.

**ESTRATEGIAS/TÁCTICAS
ACCIONADAS POR LAS
PROTAGONISTAS**

Atendiendo al campo de expresión (*corporal, (des)generizada, laboral, familiar, sexoafectiva, etc.*), y a su importancia otorgada para el cambio.

7. ACERCAMIENTO ETNOGRÁFICO: LOS RELATOS DE LAS PERSONAS Y SUS DEPRESIONES

A continuación, se ofrece un resumen de las transcripciones de las entrevistas realizadas a las cinco personas que identificamos con los nombres de: Iryna, Rocío, Andrea, Inmaculada y Patricia.

Con la selección de fragmentos se ha querido primar la propia voz de las personas entrevistadas, razón por la que se ha mantenido el orden narrativo de cada relato, conservando las características discursivas propias de cada entrevistada. Como Castilla del Pino (1974:20) advertía, es necesario conocer la biografía de las personas, para entender su medio y el sentido que ella le otorga a todo el entramado, siendo pertinente hablar, ya no de enfermedades sino de “personas-enfermedad”. Por esta razón, lo que viene a continuación, es la descripción en primera persona de los diferentes procesos de salud-enfermedad, donde habrá anotaciones que puedan servir como aclaración o aportación de información imprescindible para seguir el hilo argumentativo de cada entrevistada.

Por otro lado, el acercamiento etnográfico -como indica el título de este apartado- es a los relatos, aunque las fronteras con la narración no son claras, al menos desde mi lugar como investigadora. Las diferencias entre ambos procesos son señaladas por M. Elsa Bettendorff y Raquel Prestigiacomo (2002) de la siguiente forma:

“La **narración** es, en realidad, la instancia que permite establecer la relación entre una historia y su relato (...) Narrar equivale, entonces, a enunciar, es decir, a producir un enunciado o discurso para alguien, en determinado momento y en determinado lugar. (...) ¿Y qué es un **relato**? Ni más ni menos que un conjunto de elementos cuyo significado es una historia. El relato es el producto de la narración (...) resultado de la intención comunicativa de un enunciator-narrador”.⁴²

En este sentido, aunque cada transcripción de las entrevistas puedan entenderse como narración -dado que son fruto de una situación comunicativa concreta-, para poder realizar un análisis discursivo me pareció más oportuno desligarme de la influencia del contexto mismo de la entrevista y encontrar lugares comunes entre las experiencias contadas. Sin embargo, la forma de presentar las transcripciones pretende mantener explícito el componente narrativo que acompaña a los relatos: primero con una breve biografía de cada persona que ayuda a situarla, y segundo manteniendo el orden narrativo. En cualquier caso, la frontera entre relato y narración aparece como difusa, y

⁴² Marcado en negrita propio.

profundizar en un futuro en ella podría ser de interés para definir o utilizar de forma más precisa las entrevistas semi-estructuradas o entrevistas abiertas como herramientas etnográficas.

IRYNA: LA VUELTA AL CUERPO PERDIDO.

Iryna tiene 31 años, es de Barcelona y proviene de un barrio y familia de clase trabajadora. Lleva desde sus veintiséis años padeciendo una depresión de la que todavía no se ha recuperado. Realizamos la entrevista en su casa, en compañía de sus dos perros. Es una mujer alta, delgada, de pelo largo y moreno, y unos ojos grandes y muy expresivos. Lleva la línea del ojo pintada, pantalones vaqueros y camiseta de tirantes. Su situación económica actual es precaria; realizando trabajos temporales, tanto del sector forma como informal de empleo que no le satisfacen y que no son estables, ni están bien pagados. Combina su vida laboral con el comienzo de una formación en quiromasaje, el cuidado de sus dos perros, alguna salida con amigas/os a conciertos y/o la participación en actividades militantes de corriente libertaria. Durante la entrevista me pareció una persona nerviosa -aunque creo que se fue relajando a medida que narraba su relato-, mostró un sentido del humor muy irónico y alternaba carcajadas con llantos contenidos.

1. El signo más doloroso y el día del diagnóstico

Cuando le pedí que comenzase a contar su propio proceso, empezó con el tema de las emociones, cuestión que irá apareciendo a lo largo de la entrevista:

“De un tiempo a esta parte yo descubrí que tenía un problema para...para designar las emociones que yo sentía. Ahora mismo estoy yendo a terapia, no es psicóloga y tal, es terapia de la Gestalt, pero... bueno, bebe un poco del psicoanálisis. Y fui porque bueno, llegaba un momento en que se me...que sobre todo uno de mis problemas grandes era que no sabía qué sentía en cada momento. Entonces ahora (...) por eso estoy haciendo el ejercicio de discernir qué siento o qué sentí en determinados momentos, e intentar pues saber como te tomas las cosas porque siempre lo sé a posteriori, cuando pasan las cosas, cuando pasa un tiempo desde X, '¡ah no!, pues es que yo me sentía así'. Tengo ese pequeño problema.”

El siguiente tema que surgió es el momento en que fue asignado su diagnóstico. Como se verá, es en una situación muy particular, ya que ella trabajaba en ese momento como educadora de un centro psiquiátrico, dando lugar a un cambio radical del rol que sostenía: de trabajadora en un equipo de salud a paciente para este mismo equipo. Finalmente, decide buscar otro trabajo.

“Porque yo estuve trabajando en un psiquiátrico y me diagnosticaron depresión grave, bueno, media grave para la edad que tenía y tal, me querían alargar la baja, porque claro estaba de baja y me hicieron un test, un test psiquiátrico...mmm...un test en un tribunal psiquiátrico y salió que tenía depresión media grave. Me querían alargar la baja y dar antidepresivos y tal, y dije que no, que no pasaba yo por tomar antidepresivo [medio jocosa] porque me iba a hundir más saber que estaba tomando antidepresivos que no... que no enfrentándome yo sola, ¿no? Y decidí pues ponerme a trabajar en una cafetería.”

2. La sobrecarga de los cuidados

Iryna ha vivido situaciones familiares que han supuesto para ella una gran carga de cuidados, hasta llegar a agotarla y descuidar su propia vida. Lo siguiente, son algunos fragmentos de su relato que explican esta idea:

“Yo siempre he tenido que cuidar de mi familia, ¿no?. A los seis años mi madre, a mi madre le diagnosticaron un cáncer. Hace ya de esto casi quince años. Era cáncer de pecho y claro, en aquella época, cáncer aunque fuera de pecho era como buff, no es como ahora, sabes, entonces era igual a muerte... mmm... la cuestión es que se le complicó la cosa y tuvo un virus posoperatorio y se pasó un mes en el hospital. A todo esto yo tuve que cuidar de mi hermano, de mi madre y de mi padre que estaba ausente, porque no tengo nada en contra de mi padre pero estaba todo el día trabajando, entonces los días que podía ir a ver a mi madre pues se iba a jugar al fútbol o lo que sea, da igual. La cuestión es que me cargué yo toda la responsabilidad porque tiendo a eso, tiendo a cargarme toda esta puta responsabilidad, ¿no? (...) Bueno luego así, a nivel familiar, a los veintidós, a mis veintidós, mi padre se puso enfermo y tuvo una embolia y entonces se le ha quedado paralizada media parte, la parte izquierda, pero también tiene afectada la parte cognitiva. Y estuve desde los veintidós a los veinticinco viviendo con mis padre y cargándome...o sea yo lo que quería hacer era de alguna manera protegerlos, ¿no? Pero protegiéndolos a ellos me estaba desprotegiendo a mí. Quería proteger a mi hermano que es una persona muy complicada, muy complicada. Quería proteger a mi madre para que no lo pasara mal porque creo que lavar el culo a tu marido deber ser muy duro y decidí hacerlo yo. Pero de alguna manera no me estaba dando cuenta de lo que yo me estaba desprotegiendo porque era un ritmo...”

“Pues mi padre estaba en la UCI aún y yo me cogí un curro porque mi padre era autónomo, y yo no quería dejar sin un duro a mi familia, y me cogí un curro. Con lo cual no hice nada, de proceso de duelo, cero, o sea cero [ríe sarcásticamente]. Y bueno, lo derivaron a otros hospitales y mi día era:

estar a la 8:30 en el trabajo, a las 14:30 salía, a las 15:15 estaba en el hospital, comía con mi madre, a las 15:45 estaba con mi padre y a las 21:30-22 cuando se acababan las visitas me iba. Esto de lunes a viernes. Los sábados iba de 10 a 22 todo el día en el hospital.”

Y luego explica como piensa que todo esto le afectó a ella, qué sentía, cómo quiso tomárselo y una reflexión desde el presente.

“Entonces a los 25 no podía más, estaba cansada, ¿no? Realmente no sé que sentía en aquel momento (...) realmente no lo sé, estaba demasiado cansada, demasiado agotada. Con rabia también, pero no por lo de mi padre, sino porque llevaba también tute, ¿no? Que no dejan de ser golpes, sin querer yo victimizarme porque me jode. No quiero victimizarme pero son golpes muy duros y cómo, cómo tú te los puedes tomar. También podría haber hecho yo 'bueno mi madre está aquí y yo le ayudo a ella'. Eso no lo aguantaba y decidí cargármelo yo, y realmente no sé si fue cargarme la enfermedad de mi padre o cargarme la culpa de la enfermedad de mi padre, porque él tenía un negocio y al final le iba muy de culo y decidí meterme yo a ayudarlo, pero fue tarde, y se puso enfermo. Y bueno, siempre me ha quedado esa pregunta: '¿tú te sientes culpable porque tu padre está enfermo?' y no sé, yo soy su hija pero tengo, bueno, ahora tengo treinta pero en aquel momento yo tenía veintiuno, veintidós, pero bueno, las mujeres es lo que tienen, ¿no? por eso no me considero mujer del todo, porque no quiero volver a cargar con la culpabilidad de nadie, no quiero volver a cuidar de nadie. O no de esa manera...”

3. La rabia contenida

Otro de los detonantes de su malestar para Iryna fue un abuso sexual que ocurrió hace años y que la protagonista no supo como enfrentar o no pudo en ese momento. Sin embargo, se ha mantenido latente en su interior durante este tiempo apareciendo en forma de signos como una intensa emoción de rabia o la incapacidad de comunicar con los demás.

“Claro, entre medias me ha pasado muchas cosas más. Yo por ejemplo a los diecisiete, dieciocho años salía con un chico y me enamoré de mi compañera de clase. Y claro, lo que me causaba mi revuelo no era que me gustara una chica sino que yo tenía pareja, eso era... y me violó como venganza. Es que claro, me han pasado tantas cosas tía que... ¿cómo te lo cuento, sabes?...Yo creo que mi recuperación empezó, o sea empezó a coger camino cuando yo fui consciente de que tenía un problema, un problema de comunicación. Cuando vivía con Lluisa prácticamente no hablaba, estuve prácticamente un año sin hablar. O sea, lo mínimo, ¿no? Bueno, y también era muy típico

que salía a tomarme una cerveza y acababa pegándome con un tío. Los dejaba en el suelo, te lo digo. Porque la rabia era tal... (...) A mí lo que me ha dicho la terapeuta, que la verdad es que estoy contenta de ir porque no es tampoco una psicóloga, bueno, así como conductista, ¿no? Pero que hay veces que cuando sufres un trauma muy grande tu... o sea tu cuerpo lo tiene que asimilar, pero si tu cuerpo y tu mente no lo pueden asimilar, lo olvidas y lo vuelves a recordar cuando estás preparado. Entonces yo esto lo había olvidado...”

“Bueno, pues estábamos en un pub y un tío me tocó el culo. Realmente yo no estoy contenta de esto eh... [mientras sonrío] y le pregunté, le dije '¿me has tocado el culo?' y me dice 'No' y fue tan cobarde que... y dije 'claro que ha sido tú!', ¿quién coño ha sido sino?'. Lo estampé contra la pared, y bueno, lo cogí del cuello, le dije que me suplicara perdón, le puse de rodillas, bueno...un follón, que la Marta se quedó flipando, flipando, flipando. Y empecé a apretarle el cuello. Y yo en todo esto, no sabía, no sabía que es lo que sentía, porque hacía todo esto. A mí se me va la castaña y podía acabar con el que tenía delante y me daba igual. Y un poco aún lo tengo, pero bueno, me voy controlando. Pero claro, ese día fue descomunal porque a ese chico podía haberlo dejado inconsciente porque claro, le apretaba el cuello y hasta que no se le cambió la mirada y ya me dijo que no podía respirar, y fue todo un follón... hasta eso no lo solté. Y lo saqué de la discoteca por el cuello. Y al día siguiente se lo conté a mi compañera de piso y me dijo 'tienes un problema' y ahí me dijo 'o vas tú al psicólogo o te llevo yo' y se me apareció la imagen. Una imagen que fue la de los dieciocho años, y eso me jodió, me jodió viva...”

4. Cambios para un proceso de recuperación

Iryna está ahora en pleno proceso de recuperación y por eso habla de las transformaciones con mucha cercanía. Los próximos fragmentos del relato van refiriéndose a la diferente fenomenología que ella ha sufrido y los cambios que se están dando en la misma, lo que apunta a una recuperación paulatina de su bienestar. El primero de ellos es la toma de conciencia de la situación personal en la que está:

“El proceso de recuperación, yo creo lo estoy viviendo ahora, y lo importante es que soy consciente de que tengo mis altos y mis bajos pero soy consciente...una forma de recuperarse de algo o de salir adelante de alguna manera porque...al final te haces la pregunta 'Iryna, si sigues así coges y te tiras por la ventana, pero así no vale la pena'. Porque prácticamente sin hablar, prácticamente sin salir... no me quería mover de la cama, es que no hacía nada ¡era una planta tía!, 'Así tú puedes vivir ochenta años, ¿tú quieres estar hasta los ochenta así? porque si estás hasta los ochenta así coges y

ahora mismo acabamos, apagamos las luces y ya estás. Tú te tiras y' ... y realmente lo pensé de verdad, de decir realmente no vale la pena vivir así, ¿no?. Y yo creo que es esa pregunta muchas veces donde empieza la recuperación, llamémoslo así, en ese nivel de conciencia que tú puedes tener y que cada vez va siendo más y tal.”

Ella siempre remarca que su mayor problema era lo que ella denomina la desconexión con su cuerpo; no sentirlo y no saberlo propio, y ella misma consigue encontrar soluciones que le funcionan.

“Se me hace muy difícil hablar de la emoción, cada vez menos pero es una cosa que la tengo ahí como muy amarrado [risas] también por eso que, también lo hablo con la terapeuta ésta que yo después de... '¿por qué me cuentas una historia cruda y te pones a reír?' todo el cinismo que al final acabas llevando. Pero bueno, yo siempre he pensado que soy una persona cuerda, porque una persona cuerda no significa que esté feliz, ¿no? Porque a veces las emociones o los sentimientos también se expresan de manera diferente y depende también mucho de lo que has vivido supongo. Entonces en el proceso más de recuperación lo que he decidido ha sido conectar con el cuerpo, volver a conectar con el cuerpo y entonces he comenzado a hacer quiromasaje, y a cambio de recibirlos... Lo que te he dicho, tengo todo un tema con el cuerpo. Por eso decidí hacer un curso de quiromasaje (...) pero para poder darlos tienes que recibir. Por eso, si tú te apuntas a un curso, tienes clases y una vez a la semana recibo un masaje y me costaba mucho, pero eso, me obligué a recuperar el cuerpo.”

“Porque llega un momento que me... que no me sentía el cuerpo. Cuando yo empecé a recordar lo de Abel que me pasó a los dieciocho, te... cuando... te estoy hablando de mis veintiocho, yo estuve un tiempo que no, no, que no sé, no sé, que llegó un momento en que me costaba mucho sentir el cuerpo. Entonces, llegó un momento en que me fui ese verano con un colega a hacer *vivac*⁴³ y me hice unas heridas en la espalda. Llevaba una cartera, bueno una mochila con la comida de los perros, la ropa, todo, y yo con tirantes y me hice tres heridas en la espalda, y no tenía ni puta idea. Hasta que él me lo dijo, '¿tú has visto la espalda como la tienes?' unas heridas así [gesto con las manos] y dije 'no puede ser', no puede llegar un momento en que tú te hagas daño y no lo sepas. 'Tienes un puto problema Iryna' entonces, como te había dicho fui a [risas] a recibir clases de quiromasajes y es ahí donde empieza el proceso de recuperación, en la conciencia de que yo no quiero vivir así 'me he hecho heridas y no tengo ni zorra de que me las he hecho, ¡pues coño haz

⁴³ Dormir al raso o la intemperie sin techo alguno.

algo!'. (...) si, si, fue por eso. Y que luego resulta que quiero hacerlo como mi profesión. Pero al principio fue por eso, porque me hice las heridas, me asusté y dije 'vale, vamos a cortar el rollo'. No sé, no sé qué es un proceso de recuperación. ¿Sabes?, porque cuando mi padre se puso enfermo por ejemplo, yo me inventé un personaje que se llama Iryna, por eso firmo como Iryna. Me inventé un personaje como una heroína que la tenía visualizada y todo. Era un tía buena [risas], una heroína super grande y siempre me la imaginaba como que estaba encima mío, como más alta que yo de alguna manera. Y cuando me faltaban a mi las fuerzas, físicas o emocionales y tal, me imaginaba que me sacaba del apuro y me daba energía, y eso como que me hacía seguir. Pero no deja de ser una desconexión con el presente. Pero eso es un proceso de recuperación porque me sirvió en un momento dado pero luego no, la recuperación real no la hice en ese momento, ¿sabes?."

Y destaca la importancia de rescatar la capacidad de decidir sobre la propia vida, de no dejarse arrastrar por la desidia e intentar saber qué queremos y cómo alcanzarlo.

"Por ejemplo el hecho de querer levantarme de la cama, empezando por ese ya es un cambio importante, y el no hacer caso a mi cansancio. Porque yo siempre, no sé por qué, pero siempre estoy cansada, no sé muy bien porqué pero siempre... Entonces eso, el no hacer caso a mi cansancio que me va rodeando todo el día, 'y venga va, pa'lante, venga pa'lante a hacer cosas'. Y con la sensación de que de algún modo, controlas lo que quieres hacer o como mínimo saber qué quieres hacer."

Otro de los síntomas depresivos de Iryna era la invención de una vida paralela, el desdoblamiento de su cuerpo (al menos en su imaginación) que le permitía huir de lo que estaba viviendo.

"Claro, entonces... yo creo que también cuando las personas que han tenido depresión o trauma, aunque todos hemos tenido traumas en algún momento de nuestra vida, yo cree esta estrategia de supervivencia que era inventarme una historia. Entonces yo me iba a la cama, me tapaba y tenía una cotidianeidad en la cabeza donde me levantaba, me tal, conocía tal, interactuaba con gente (...) pero ya venía de antes. Me acuerdo cuando mi padre se puso enfermo yo pensaba que no podría acabar la carrera porque claro, veía como mi vida se iba a la mierda, se venía abajo. Claro, y pasé de hacer cinco asignaturas a hacer una. Pero... pero claro, era como que mi vida se hundía, se hundía, como '¡ostia, la enfermedad de mi padre me está condicionando mi vida, también!' entonces aprendí a como hacer trabajos de mierda, aprendí a mientras que yo estaba trabajando me inventaba un trabajo que a mi me gustaba en la cabeza y entonces bueno, yo hacía lo que tenía que hacer, pero mi mente estaba en otro lugar. Y yo creo que empezó por ahí la cosa de alejarse. Yo soy una persona

que ha vivido muy alejada del cuerpo y de lo que se toca [golpes en la mesa] de lo que se toca y se vive día a día también, y si no hace caso a eso pues al final puedes acabar así, necesitando como protegerte de alguna manera, como inventándote otra historia. Y mi proceso de recuperación también lo veo bastante ahí, de que no vamos a intentar inventarte otra historia, de que siempre me invento cosas [risas] en la cabeza, cosas que pienso de otra manera.”

También ha habido cambios en su actitud frente al mundo.

“La negatividad por ejemplo, yo era una persona super negativa, super autodestructiva hasta que el año pasado...eso el año pasado y este año no ha sido así. Por ejemplo a nivel laboral busco un trabajo que me pueda permitir estudiar, acabar quiromasaje, intento también darme valor a mí misma (...) no aceptaba que las cosas las hiciera bien. No... esto hace dos o tres años. No, muy negativa, todo muy negativo, ver siempre la parte negativa a todo y en ese sentido si que he cambiado.”

Por otro lado están los cambios en cuanto a la concesión de tiempo para sí misma.

“Yo ahora no paro, pero la diferencia que le veo es que antes si no trabajaba estaba durmiendo o así, que no sabía muy bien qué hacer. O cuando trabajaba de camarera que trabajaba doce horas al día, estaba todo el día trabajando y haciendo cosas para los demás, y el cambio radical de que yo ahora hago cosas para mí. El curro es para mí, porque yo lo empecé haciendo por un proceso de recuperación precisamente. Si quedo con alguien quiero ver a esa personas pero también quedo por mí. Bueno intento hacer, cada vez hago cosas más para mí.”

Y siguen apareciendo síntomas corporales, esta vez relacionados con la imagen corporal y las sensopercepciones.

“Yo nunca he estado contenta con mi cuerpo, pero no... es como si no estuviera contenta de... de alguna manera de ser mujer pero tampoco es por ahí porque... no sé yo creo que no sería *trans*⁴⁴ porque conozco el *trans* y no va por ahí. Pero es como, escondiendo mi cuerpo siempre, de alguna manera. He tenido esa manera... y me he vestido con faldas también, pero todo lo que es lucir el cuerpo me resulta más incómodo. Pero sí que hubo una época que tenía una distorsión importante del cuerpo y de todo. Una distorsión de como yo me veía a nivel interno, por ejemplo. No hacía grandes, no pensaba nada a nivel interno. Y a nivel de cuerpo tampoco estaba prestándole atención. O sea que llegaba un momento en que podía estar en una postura que luego resulta que me dolía un

⁴⁴ Transexualidad.

montón las piernas y no me daba cuenta de que me estaba doliendo y cosas así. Entonces estaba bastante distanciada del cuerpo. Pero no sólo, a nivel de que también yo no me miraba al espejo, no.... no sé (...) pero es que no sé tía, que te enseñe un colega una foto en la que estáis los dos juntos y le preguntes '¿esta chica quién es? ¿qué, una colega tuya desde hace poco?' y que se quede '¡pero si eres tú!'".

Su “ser mujer” es para Iryna una parte importante del proceso de recuperación.

“No tengo muy claro qué es ser mujer. pero a nivel social, yo ahí sí que le doy una connotación al ser social, a eso, pues la histérica, la cuidadora, la culpable, ¿no?, la emocional. No quiere decir que no sea nada de esto, pero intento no caer en estas cosas... porque... además no... no es que no creo que no vaya conmigo porque además yo si que he sentido culpabilidad y he sido cuidadora, soy un persona emocional, también estoy segura, aunque intente poner la cabeza siempre delante pero...porque de alguna manera es para proteger, ¿no?. Pero no quiero que vaya por ahí, no quiero que vaya por ahí lo que a partir de ahora yo quiero ser. No sé como decirlo, no lo que yo quiero ser, sino... como yo me siento.”

Así, transformar los modelos de feminidad aprendidos para desarrollar otros más favorables aparece en su relato como una tarea imprescindible si quiere lograr el bienestar, debido a su propia historia de sobrecarga en los cuidados y las emociones que esto conllevó.

Otro de los lugares de cambio para Iryna ha sido la vivencia de su sexualidad.

“Entonces yo he estado con tíos luego, yo he salido con chicos y de más mayor también, si, pero siempre me han gustado, y siempre lo he dejado porque siempre me ha gustado una chica y ahora el cambio que he visto es que, es que primero si me liara con algún chico yo le digo que me gustan las tías y tal... es como más segura la sexualidad ahora, es como que sé lo que me apetece y lo que no me apetece, porque antes a lo mejor salía con un chico, o con una chica, da igual no importa eso, pero me veía que acababa haciendo cosas que no me apetezían, ¿sabes? y descubría que no me apetezían a posteriori siempre eso. Pues ahora es como más, más que sé lo que me apetece hacer en ese momento.”

El último ámbito donde hubo signos depresivos, y ahora cambios a mejor, es el de las relaciones interpersonales. Iryna se queja de que había vivido muchas relaciones de desigualdad, donde siempre era ella la que escuchaba, condescendiendo o dejándose llevar por deseos ajenos, y que

tampoco ella lograba comunicar sus deseos y necesidades. Ahora está aprendiendo otras formas.

“Explicar qué es lo que me pasa, decir algo, no ser siempre la que escucha, por cierto otro rol de mujer. Más abierta, más cercana, más de tocar, más cariñosa quizás, y más simpática (...) Han cambiado las relaciones en el sentido de más cercanas. Más reales también para mí, que está muy bien que la gente te cuente lo que les pasa, está de puta madre, pero hay algo que no es real si siempre es la otra persona la que cuenta lo que le pasa. No creo que no sea real sino que ¿dónde te sitúas tú también, ¿no?”

5. Relación con la enfermedad

Iryna muestra una animadversión frente a la medicación antidepresiva, justificada desde su propia experiencia como trabajadora en el centro psiquiátrico, y por los efectos que provocaba en su padre cuando se la administraron tras la embolia.

“Me empezaron a decir que tenía que tomar antidepresivos '¿y si yo no quiero tomar antidepresivos?', 'pues ya verás' ¡además cómo si fuera gilipollas!. Fue brutal, igual que los educadores sociales, o monitores, o psiquiátricos, o psicólogos que hablaban a la peña que estaba ingresada en el centro donde yo curraba, así me estaba hablando ella. Es cómo... fue muy bestia, fue muy bestia, fue muy bestia. 'No porque ya verás, te los podrás tomar, no engancha mucho, los irás dejando poco a poco, te irán muy bien' dije 'no, no, deja que me lo piense' [risas]. Y al cabo de tres días estaba currando... ¡vete a tomar por culo! me vas a crear a mí otra realidad tía (...) En el fondo lo que le estaba creando el antidepresivo era una realidad determinada, donde él cogía fuerzas para decir 'no, me voy a poner bien', no, era mentira no te vas a poner bien en la vida, no te vas a poner bien en la vida, ya está, tienes una cicatriz en el cerebro, medio cerebro tuyo y parte de la otra mitad han quedado inválidas. No le des un antidepresivo porque realmente es una mierda. Y eso es lo que querían hacer conmigo. Para mí el antidepresivo es eso.”

Para ella, una de los factores más importantes es no quedarse en el rol de enferma/o.

“En el fondo no me lo quise tomar como -¡tengo una enfermedad y tal!- no, paso, paso. Y yo creo que está más en estados emocionales más que nada, sobre todo con la depresión y la ansiedad son estados emocionales que van y vienen, igual que te vienen se van (...) tienes que poner de tu parte pero yo creo que es super importante no creerse el cuento, no creerse que tú tienes depresión, no victimizarse, no entrar en el juego de -dice una pava que tengo depresión-.”

“A lo mejor por eso explico las cosas como si fueran un cuento, ¿no?, para no entrar en la tristeza y el victimismo de qué pobre soy, qué desgraciada que soy, todo esto es horrible y no, no, no, no eres ni más ni menos desgraciada que otras personas. A cada uno le pasa lo que le pasa y lo vive como lo vive y punto. ¿Ahora qué pasa? ¿qué no te puedes levantar de la cama?, ¿te das cuenta de que no puedes levantarte de la cama?, ¿te has dado cuenta de que no puedes ni sonreír?, ¿te has dado cuenta [va dando golpes] que no te puedes comunicar?, ¿tú quieres esto? no, porque sino no te hubieras dado cuenta. Pues entonces cámbialo, con el movimiento, con el levantarse de la cama, con el intentar hablar...”

Como vemos, salirse de este rol de enferma le ha permitido activar su capacidad de agencia.

Y por último, enfatiza la necesidad de una reflexividad sobre el propio proceso que permite un mayor conocimiento sobre una/os misma/o, y de aprender a reconocer debilidades y fortalezas frente al proceso de recuperación y la vida en general.

“Es super importante reconocerse que uno puede estar mal porque entonces ahí te sitúas y reconoces tu vulnerabilidad y te pones un límite porque si no vas por la vida abarcándolo todo y eso es imposible... que la debilidad te hace más fuerte luego, que partir la cara a la peña no es ser fuerte. La fuerza se presenta en otros sitios, yo creo. Te haces más fuerte internamente pero es como que te conoces más, estás como más seguro, no sé. Pero yo estoy contenta. En el fondo a todos, de alguna manera, nos pueden dar por un sitio o por otro.”

ROCIO: LA MADRE SOBREPOTECTORA.

Rocío es una mujer de 58 años que ha vivido siempre en una ciudad pequeña de la provincia de Gipuzkoa. Está casada con Gorka con quien tiene un hijo, Josu de 19 años que ha sido diagnosticado de hiperactividad. Rocío trabaja como médica de familia en un centro público de salud. Es de estatura media, pelo corto y teñido de rubio, y acude a la entrevista con ropas claras, maquillada y con anillos, pendientes, pulseras y collar. Pertenece a una clase media, dado su estatus profesional y retribución económica recibida. Alterna su tiempo de trabajo con cursos de formación, lectura de novelas y nuevas publicaciones sobre su ámbito profesional, y salidas con su marido y amigas/os a bares y restaurantes. Fuma mucho y parece una persona bastante nerviosa; habla rápido y sin cortes, mueve las manos constantemente y también su pierna derecha.

1. Cómo empezó todo

El relato de Rocío comienza con lo que ella considera que han sido dos razones importantes para acabar deprimida: la responsabilidad del cuidado de su madre y de su hijo hiperactivo.

“Yo tengo un hijo... bueno, se remonta todo mucho. Mi padre se murió siendo yo muy joven, tenía veintidós añitos. Mi madre era la típica mujer casera, como que parecía que iba a depender mucho de nosotros, a mí mi padre cuando se murió pues 'cuida de tu madre' que lo tuve grabado durante toda mi vida. Mi madre la verdad es que no dio nada de guerra la pobre mujer, pero bueno, yo tenía ese sentimiento de tener que cuidar de ella. Yo luego me fui a vivir con Gorka, con mi pareja, y tuvimos un niño. Mi hijo es hiperactivo, es hiperactivo con impulsividad y falta de atención. Se hizo el estudio y la que es hiperactiva también soy yo. Eso yo lo viví fatal, con sentimiento de culpabilidad, de que por mí mi hijo era, blablabla.”

“En el colegio hemos tenido un apoyo cero no, negativo, negativo, ha sido constantemente llamadas, 'porque no tiene límites, porque la culpable eres tú, porque tú quieres un san Josu, y el niño es perfecto y no tiene ningún problema' bueno pues con diez años, creo que fue, por mucho que nos dijo el centro de que no había ningún problema lo llevamos a un psicólogo. Era de libro, la primera sesión le diagnosticaron a Josu y ya pasamos a psiquiatría, y con la medicación una gozada. Lo que pasa es que Josu ha estado estigmatizado en el colegio y bueno, llegó el viaje de fin de estudios y es ahí dónde yo entro en la depresión. Y bueno, llegó el viaje de fin de estudios, nosotros le hemos intentado inculcar a Josu que en esta vida para ganarte las cosas te las tienes que currar, y bueno ellos sacaban pelas vendiendo tortillas, blablabla. Y éste era él que estaba metido a tope, llevando toda la contabilidad que podían llevar ellos, yo era la que llevaba el dinero a la caja, o sea muy implicados todos en el colegio. Y me comunican en febrero que mi hijo no va al viaje de fin de estudios y entonces es ahí que yo entro en picado porque no entendía, creía que Josu no se lo merecía, le empiezan a putear: aprobado con interrogantes, recuperación aprobado, aprobado con interrogantes... y yo '¿esto qué es?' esto fue 4º de la E.S.O., claro. Y entonces bueno, yo ahí caigo en picado y no me apetecía hacer nada, no me apetecía que mi crío me viera mal por él.”

“Esto pasó en un febrero, yo vi que me estaba encontrando mal, me fui a mi médico de cabecera porque no quería empezar yo a medicarme yo sola, quería que hubiera un control. Estuve yendo al psicólogo con el cual estuvimos apoyando... una parte iba Josu solo, y por otra parte íbamos a nivel familiar para ayudarnos todos entre sí. Empecé a ir yo sola también a parte de que Josu seguía yendo solo. Y bueno, salió toda la angustia que yo llevaba años dentro, del miedo a que me llamara el centro, de que yo esperaba en la ventana a ver cómo venía Josu porque dependiendo de como

llegara yo sabía si había habido una movida o no había habido una movida... (...) y bueno, el curso fue horroroso, cuando Josu salió ya, lo sacamos del centro para el bachiller, fue a otro centro (...) yo en el momento que cambia de centro mantuve un año más la medicación porque me daba pánico volver a caer. Y poco a poco con la ayuda del psicólogo muchísimo, que te remueve todo, y el por qué, no es un fracaso tuyo el que Josu... mi miedo era todo el rollo de la hiperactividad: que acabara en drogadicción, que se metiera en peleas, que empezara a salir e hiciera cualquier gilipollez. A mi ese era el miedo con el crío y así he vivido como catorce años. Se encauzó que yo no era la responsable, que yo no tenía la culpa, que teníamos un hijo que valía mucho, que siempre nos había intentado agradar, que precisamente lo pasaba muy mal cuando pasaba algo de que había empujado a alguien, o de que había pegado a alguien...”

El siguiente fragmento de su relato muestra el miedo a las recaídas, la importancia del apoyo en los peores momentos, y la idea de la identidad como performativa y transitable.

“Y desde que el crío salió muy bien. Bueno, tengo momentos. Yo siempre lo digo, recuperarme al 100% no me he recuperado en la vida, y no tengo ni medio motivo. Yo con mi pareja tengo una relación maravillosa, tengo tres, cuatro amigos que estuvieron allí al pie del cañón cuando estuve mal y tengo un hijo que vamos, que estuvo al pie del cañón conmigo con sus trece añitos... pero sí te queda, yo siempre digo a Gorka 'a mí se me ha quedado el miedo a poder volver', al pozo negro que es horrible, que te da lo mismo levantarte que no levantarte, maquillarte que no maquillarte. Yo no salía de casa y era Gorka el que me obligaba a salir y yo tuve movidas con él precisamente por eso (...) y forzada a salir. Que yo ahora le agradezco un montón pero que en aquel momento yo decía -déjame empezar que yo ya sé lo que quiero- o con mis amigas. Pero ese miedo pues el típico día que todo el mundo tememos, hayas pasado una depre o no, de bajón, porque te levantas con los bioritmos más bajos, bufff, se me encienden todas las alarmas... ¿esto no será el comienzo? (...) ahora, ahora me encuentro bien, que te queda un... que nunca vuelves a ser la misma, yo creo que también. Nunca vuelves a ser la misma.”

2. Fenomenología de la depresión⁴⁵

“Estar metida, yo siempre decía lo mismo, estar metida en un pozo oscuro, del cuál no podía salir, que no podía trepar hacia fuera. Estar metida en un agujero oscuro, negro, alto y yo no podía trepar para salir, con una pesadez aquí horrible [señala pecho] y a nivel cerebral como que las sinapsis no

⁴⁵ En este apartado parece necesario hablar de fenomenología por la gran carga significativa que Rocío le otorga, y por las metáforas representacionales que también usa. Es decir, no sólo habla de cuestiones que podrían ser objetivables sino que son fenómenos cargados de significados personales y colectivos, imbricados en la propia experiencia de la persona. Así, no parece pertinente hablar aquí de síntomas.

me iban bien, se me olvidaban las cosas, no era capaz de... del crío recordaba todo ¿eh? escribía a Josu y recordaba todo, todos los exámenes, todo. Pero como vivir en una nebulosa negra, pero negra, negra como el azabache. Horrible.“

Ella sigue sintiéndose culpable por su actitudes sobreprotectoras en la maternidad, como demuestra el final de los siguientes párrafos:

“Porque yo le preguntaba mucho -¿dónde has estado?, ¿y qué has hecho?- pues por mis miedos, entonces yo no era consciente y Gorka me decía -déjale al chaval, le preguntas mucho, déjale-, -pero si yo no le pregunto nada- pues aquel día lo soltó en el psicólogo (...) y dije, -esto tiene que cambiar- y entonces ahí intentas, aunque te salga no voverlo a hacer, porque meteduras de pata muchas, tanto mi marido como yo, claro. Eso, y eso pues te marca.”

“Mi madre, bueno, ella falleció. Entonces yo tampoco, yo tenía mucho miedo con mi madre, yo tampoco quise que Josu me viera mal porque tenía ocho añitos. Gorka siempre me decía -has llorado poco la muerte de tu madre para que el crío no vea, para que el crío no sufra.- Entonces no sólo ha sido uno el detonante, yo creo que son muchos detonantes.”

3. El encuentro con los profesionales de la salud

Rocío acude desde el principio a la consulta del psicólogo que también ha tratado a su hijo, y que ha hecho un seguimiento de la situación familiar. Su valoración del mismo es muy positiva y comenta ciertas herramientas que este recurso le facilitó:

“Él me ayudó muchísimo a dejar de tener la bola... ¿cómo lo decía él?... esa bola siniestra que yo veía en Josu, o sea haciéndote plantarte y decir -bueno vale, tu hijo es hiperactivo y tu hijo tiene muchísimo control (...) tiene muchísimos boletos para salir adelante (...) tienes que destruir la bola siniestra de que todo lo ves de Josu, lo ves esposado o... yo todo lo veía así (...) me ayudó a saber, primero a poder hablar con el crío sin interrogarle que yo creo que eso fue un gran avance a nivel de mejoría de las relaciones entre Josu y yo (...) a ver porque mi hijo suspendiera que no pasaba nada, que no era un fracaso mío. De esto aún tengo coletilla, esa coletilla la tengo. O sea ver las cosas de manera diferente, con técnicas de relajación a parte, me enseñó muchísima técnica de relajación. Que cuando me diera, porque yo fue una depresión pero con un síndrome ansioso depresivo bestial, con unas ansiedades horribles (...) Y a llegar a un equilibrio entre Gorka y yo, que yo era todo negro, negro, negro y Gorka era de los que 'Rocío, tenemos un diagnóstico, sabemos como tenemos que hacerlo'. A mi sobre todo con la bola siniestra, yo creo que consiguió medio rompémela.”

“A mí me enseñó mucho relajación física porque por ejemplo yo la relajación esta de... yo no tengo paciencia yo soy hiperactiva (...) el yoga por ejemplo, yo me pongo a hacer yoga y me pongo muy nerviosa, yo no tengo capacidad de estar así, ni tengo la capacidad de poner la mente en blanco, entonces mucho de contracción fuerte que yo notara y luego relajación brusca. Técnicas no más agresivas sino más de sentirlas, ¿no? como muscularmente (...) partes por partes del cuerpo y te quedas así, te concentras en las manos y vas apretando casi hasta hacerte un poco de daño y soltabas. A mí eso me soltaba mucha adrenalina (...) a mí esto de estar sentada así se me va la cabeza, se me va a lo que se me va siempre y mal, pero con estas técnicas bien y de vez en cuando todavía las práctico cuando me veo más nerviosa o con ansiedad así, las práctico.”

Y sobre estas prácticas más corporales sigue diciendo:

“Yo creo que ahí estoy fallando, que me tengo que meter en algo. Y yo creo que este año si que voy a entrar a hacer pilates ya en septiembre, porque yo encima he sido de hacer gimnasia hasta nacer el crío, yo embarazada hacía aeróbic. O sea, yo he sido muy de hacer pero estoy como muy empotrada en casa, o tomándome un café con mis amigas o con Gorka y no es un rollo que me gusta, a parte, porque no soy así. Ahora si creo que Josu está más encauzado, está en la uni, y que empezaré a hacer, pero yo he dejado todo de hacerlo por Josu, sobre todo cuando veía que era un niño que tenía algo.”

4. Sistema público de salud: su propio ambiente laboral

La profesión de Rocío como médica le permite autodiagnosticarse y casi automedicarse, aunque ella misma como profesional sea reacia al tratamiento farmacológico.

“Yo con Aitziber a parte de compañeras somos amigas y con Laura la enfermera, ellas veían que iba mal, que estaba mucho más triste, '¿qué te pasa?' y mi hijo era monotema (...) y yo me acuerdo que trabajábamos un lunes y llamé a Aitziber y le dije 'me cojo la baja' lo que pasa que yo no podía ni hablar en aquellos momentos. Yo lloraba, y lloraba, era incapaz de hablar [se emociona]. Se puso Gorka y le dijo 'está Rocío mala, vamos al médico de cabecera, ella quiere antidepresivos', '¿Rocío antidepresivos?' porque ellas saben que yo no soy de antidepresivos para nada (...) yo no tengo ni medio problema en hacerme una receta y empezarlos, pero sí quería que fuera no subjetivo, no según mi valoración sino la valoración de otra persona. Y se lo pasaron ellas muy mal. Y yo cuando volví, volví con muchísimo miedo porque yo notaba que se me olvidaban muchísimo las cosas: palabras ...”

Y habla de la importancia de su trabajo en su proceso.

“Yo estuve de baja del 29 de enero hasta el 1 de julio, o algo así. El de cabecera me decía que era pronto y con medicación, que era pronto (...) pero yo me quería probar, 'bueno, yo pruebo' porque yo ya estaba también un poco 'joder con la depre, yo tengo que volver a mi normalidad, a mi vida normal. Bueno, pues pruebo, que veo que no puedo trabajar pues me vuelvo a coger la baja' (...) volver a la vida normal del todo me ayudó porque rompes con la sensación que tienes de enferma, con la sensación más que de enferma de discapacitada para hacer cosas, para tomar decisiones, entonces vas y como donde trabajamos entras a saco como que no te da mucho tiempo de decir... y encima muchos rollos de tu cabeza desaparecen en tu trabajo, la pones en movimiento con tu trabajo y quedan relegadas a un segundo plano, las preocupaciones que puedes llevar desde tu casa. A mí me vino super bien, primero me fui de vacaciones y luego me incorporé a trabajar (...) y me vino muy bien, pero porque tenía gente muy buena al lado (...) escuchándome todo el coñazo repetitivo que echaba, porque no hablaba de otra cosa, porque Josu, porque Josu... (...) muy de escucharme.”

Relata como el trabajo la ayudó a no sentirse incapacitada o a comenzar una vida con normalidad. Pero esto no podría haber sido sin el apoyo de sus compañeras que la ayudaron a sentirse segura y a desarrollar con normalidad su profesión.

Y sigue explicando sobre su relación con la medicación:

“Lloraba durante dos meses, luego me subieron la medicación tres veces, pues durante mes y medio o dos meses sólo era capaz de llorar, salvo con el crío ¿eh?, con el crío intentaba controlarme y no lloraba.”

“Me cogí el alta yo, para incorporarme a trabajar. Los antidepresivos estaba demostrado, antes se hablaba de seis meses, luego ya empezamos a hablar de un año. Y entonces yo para asegurarme un poco tomé año y medio, dieciocho meses y en el momento que Josu acabó, si aquello empezó en enero, en el momento que Josu acabó primero de bachiller, ese junio yo estaba de cine. Me fui de vacaciones bajando la medicación, poco a poco, y me la retiré yo, ¿eh? retirármela ya me la retiré yo.”

5. Síntomas⁴⁶ de su depresión y algunos activadores para el cambio

“Taquicardias, dolor precordial, falta de aire, temblores... (...) la ansiedad disminuyó mucho, la falta de aire se me quedó bastante más tiempo, palpitaciones a veces todavía tenía, engordé una pasada con lo que yo soy con los kilos, pero bueno, nadie dijo nada. Engordé once kilos cuando peor

⁴⁶ Aquí, sin embargo, pareció más pertinente hablar de síntomas por la descripción biomédica que ella utiliza.

estaba que la gente decía 'nada, tranquila, son los antidepresivos' y yo decía todo el rato 'si si, los antidepresivos y lo que estoy comiendo'. Comía raro, yo soy de cuidarme muchísimo porque engordé con una mosca que vuela. Me pilló la menopausia también, claro fue un poco de todo. También la depre me coincidió con plena menopausia, con todo el bajón hormonal (...) y cambio físico muchísimo. Las fotos son de una tristeza en los ojos horribles. A la hora de vestirme más abandonada, a ver, limpia pero más tirada 'me pongo un chandal y salgo, y ya está' cuando yo no tenía ni chandal casi porque no me gustan. En eso yo noté mucho cambio (...) ahora vuelvo a ser la que era, del aspecto físico, vuelvo a ser la que era hace tres años.”

“El peor momento fue cuando yo me vi que necesitaba realmente ayuda, que no salía, que ya estaba metida... me sigo emocionando... lo vivía tan mal, es que para mí fue el peor momento. Luego el ver que empecé con medicación y yo no notaba mejoría, me esperé las dos, tres semanas y tal, pero pasaban tres semanas y no, pasaban tres semanas y no. Cuando llegó el viaje de fin de estudios de Josu me lo pasé de pena, porque el crío lloraba y consideraba que mi hijo no tenía que pasar por donde estaba pasando. Y cuando acabó el curso que ahí me resarcí y dije todo lo que jamás había dicho en el centro por respeto a los profesores (...) muy educadamente les dije todo lo que pensaba, todo. La tía se quedó cortadísima, la tutora, y me despedí diciendo 'espero que el sufrimiento de mi hijo sirva para que ningún otro niño sufra lo que ha sufrido Josu' (...) entonces yo ahí cuando me desahugué todo eso, me quité como un peso de encima.”

El fragmento anterior y el que sigue nos hacen pensar en la importancia del liberar la rabia contenida y provocada ante el sufrimiento de una situación de injusticia y vejación.

“Entonces ese abrazo de mi hijo y decir todo aquello me hizo buff [hace gesto de algo que se desliza], me hizo decir 'hemos acabado con esta etapa, empezamos otra y yo creo que va a ir bien en la otra' y así fue y yo ya me relajé.”

6. Relación con el modelo de feminidad

“A ver, yo creo que ha influido por los factores que te he comentado antes. Primero soy mujer y mi padre recae en mí el 'cuida de tu madre, nunca la abandones, blablabla-' Ha recaído porque como bien dice Gorka cuando él me conoció a mí, lo feminista que yo soy, fue nacer Josu y en dos meses parecía que ni le permitía, no que no le permitiera acercarse porque él le ha cuidado un montón, pero que Josu era mío y yo creo que ahí el rol de la maternidad no lo tienen metido tan hasta el cerebro, hasta el tálamo, que te sientes que eres tú la que tienes que tirar. Luego, y aunque suene bestia, yo instinto maternal he tenido poco, parece que socialmente no se puede decir, pero instinto

maternal he tenido poco, yo lo de gozar con la teta y todo eso, yo no he gozado nada, como algo que era muy dependiente de mí. Y todo eso te va marcando. Más luego, cuando ya Josu vemos que empieza a haber problemas y tal, Gorka se involucró como yo o más en muchos aspectos, pero en otros yo veía que Gorka no daba importancia a aspectos que yo sí daba, pero por el mero hecho de ser mujer y la menopausia creo. El desarreglo hormonal que tienes ayuda a todo. Yo "plof" [gesto de caer hacia abajo], a mi se me provocó la menopausia porque tenía un mioma, entonces ya con cuarenta y ocho años o cuarenta y siete empecé con la menopausia y yo sí que el declive, la degradación hormonal rápida sí, yo creo que todo esto que va implícito en el hecho de ser mujer sí creo que ayuda (...) ahora más madura, más estable, otra etapa de mi vida porque ya tengo un hijo que va a hacer diecinueve años y ya no me necesita, no tengo madre con lo cual tampoco esa carga entre comillas la tengo.”

El fragmento anterior constata la asimilación de Rocío del modelo biomédico, dado que no hay evidencias empíricas de la relación entre depresión y menopausia, como se verá más adelante.

Otro de los cambios que relata, en cuanto a su relación con los demás, y que podría estar relacionado con el modelo de feminidad es el siguiente:

“Más fría con algunas personas sí (...) Aitziber siempre me decía '¿tú por qué te tienes que adelantar a que te pidan las cosas? deja que te las pidan Rocío, estás adelantándote' (...) en ese aspecto sí que me costó cambiar, pero lo hice, principalmente con mi cuñada en este momento.”

7. Algo más de fenomenología y algunas explicaciones de la misma

“No tenía nada de placer sexual, ni soportaba que me tocaran, en ese momento no. Y luego el placer sexual está costando todavía, lo que pasa que Gorka tiene más paciencia que el santo Job, pero está costando, está costando.”

“Una cosa curiosa es que yo que soy lectora empedernida era incapaz de leerme un libro. era incapaz porque me cogía un libro y me di cuenta un día que llevaba como una hora en la misma página, leía pero no comprendía lo que estaba leyendo (...) la medicación no ayuda para eso, pero yo creo que era sobre todo el proceso depresivo, el rollo mental que tienes en la cabeza, que te deja como metida en un pozo (...) va todo muy rápido y no puedes hacer las sinapsis y no puedes llegar a formar una frase o una acción ordenada, yo creo que la medicación ayuda pero luego yo seguí con medicación y fui capaz de hacerlo. Para mí, más es el proceso neurológico que estás pasando...”

8. La influencia del sexo-género

Surgió el tema de la brecha de género en las depresiones, y esta es su opinión:

“Hombres son menos los que van, porque socialmente bueno, que la mujer esté depre, pues somos más histéricas, pero el hombre el es muy macho él. Entonces, ¡va ir el a un psicólogo o un psiquiatra, ni hartos de *grifra*⁴⁷!. Yo creo que ese es el problema porque haber tiene que haber, yo no creo que haya tanta influencia por el sexo a nivel de incidencia. Que el rollo hormonal puede favorecer en la mujer, sobretodo en la menopausia porque hay un declive importante y serio hormonal y los estrógenos mantienen el control vital, pero los hombres también tienen la *pitopausia*⁴⁸ y en cambio raro es que un hombre pida ayuda.”

Entonces, y para finalizar, le pregunto por qué cree que a ella le ha afectado tanto la menopausia, o qué relación ve con su depresión:

“Los estrógenos mantienen mucho el nivel vital, la euforia, igual que en el parto. En el parto cuando se dice la mujer está depre (...) hay una de-privación de repente de estrógenos bestial y el cuerpo a nivel de corazón, de ánimos... se segregan muchas menos endorfinas y eso hace que te aplaques. Y en una menopausia lo que te está pasando es que “plof” de repente tienes un bajón y todo eso ayuda a una mayor labilidad emocional, no que entres en una depre pero a mayor labilidad, hay cambios corporales y si tú le has dado cierta importancia a estar delgada, pues pierdes la cintura, tienes más culo, las tetas las tienes como las tienes, tienes más arrugas y todo eso ayuda a sentirte mal y ese sentirte mal a largo plazo si no sabes gestionarlo puede llevarte a una depre o a un bajón. Yo sí creo que es muy importante el tema hormonal, sobre todo en la menopausia por todo lo que acarrea (..) a nivel hormonal hay cambios y provocan cambios físicos porque engordas, luego los hijos se están yendo de casa, con tu marido llevas años ya con lo cual hay más hastío en momentos (...) junto, barajado, dices 'es potente, puede ser un momento de tu vida muy potente', pero que al hombre le pasa exactamente igual, tiene la bajada de estrógenos, empiezan a tener más estómago, los hijos se van aunque muchos no lo vivirán porque los hijos para ellos como les han sobrado. Lo que pasa que el hombre a esa edad, se supone que si le ha ido bien en el mundo laboral está ascendiendo todavía y par ellos es muy importante e igual eso les saca de que no entren. Pero yo creo que la incidencia, que es 2:1, pero yo creo que mucho es infradiagnóstico de hombres porque no va (...) yo creo que ahí interfiere mucho el rollo social, el rollo educacional y por mucho que estemos intentado cambiarlo... (...) creo que estamos criando a una juventud más egoísta y más machista que la nuestra...”

⁴⁷ Hachís, cannabis.

⁴⁸ Analogía entre el síndrome de la menopausia y lo sucedido en los cuerpos masculinos en el mismo período vital.

ANDREA: EL SACRIFICIO SIN ÉXITO O EL ÉXITO SIN DISFRUTE

Andrea es un hombre que tiene 40 años y orígenes argentinos, aunque residen en Barcelona desde hace quince años. Es psicólogo social de profesión, pero vive una situación económica muy precaria, con trabajos intermitentes tanto formales como informales, que apenas le dan para cubrir sus necesidades. Además, su situación de desarraigo no favorece o facilita redes sólidas de apoyo mutuo. Fuera de la entrevista parece una persona observadora; mira mucho y escucha bastante antes de hablar, y siempre está sonriendo. Nos encontramos en el despacho de Activament⁴⁹, una pequeña habitación de 4x3 metros de un edificio de entidades sociales. A la entrevista llega con vaqueros, polo de rayas azules, verdes y blancas, pelo largo recogido en una coleta baja, barba de varios días y un Redbull⁵⁰ en la mano. Pasamos al despacho, nos sentamos, me comenta cuestiones de la fundación y funcionamiento de Activament -puesto que él ha sido fundador y es participante muy activo-, y de las fotos que ha seleccionado para mí, todas de su perfil de Facebook. Así comenzamos la entrevista.

1. Desde la infancia a la actualidad; una depresión sostenida en el tiempo

Como al resto, le pido que comience de manera libre su relato, y esto es lo que surge:

“Yo pasé en mi infancia una *distimia*⁵¹ y es extrañísimo que no me lo hubiesen identificado ni diagnosticado. La familia nunca me llevó a lugares de salud mental pero sí pasé por neurólogos y una cosa de groseramente obvia, solamente por cuestiones afectivas o de comportamientos, yo era un niño que se autolesionaba, no sólo por accidente sino intencionalmente. Que una cosa así no te llame la atención como salud mental ahora mismo mirando para atrás, se me hace un poco raro. Verdad que soy de un pueblo. Me ayudó en su momento a salir de eso hacerme más grande, grupos de iguales, deportes de equipo, estar poco en mi casa. Primera vez que intenté irme de mi casa tenía diez años, primera vez que tengo conciencia de ideas autolíticas. Segundo intento fue a los catorce y hacerlo firmemente, pero me llevaron de vuelta. A los dieciséis me escapé de la casa, me llevan de vuelta con la policía. A los diecisiete me volví a ir y no volví.”

Andrea estudió la licenciatura en Psicología con la esperanza de poder encontrar un trabajo que

⁴⁹ Activament es una asociación sin ánimo de lucro que se define a sí misma como: “un grupo de personas que pasamos o hemos pasado la experiencia del trastorno mental y que nos organizamos para participar como agente activo en el ámbito de la salud mental de Cataluña.” Extraído de <http://www.activament.org/es/qui-som/>

⁵⁰ Bebida energética.

⁵¹ Trastorno afectivo de carácter depresivo crónico categorizado por el DSM IV-TR (2002:166) y caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, pero que no cumple con todos los patrones diagnósticos de la depresión.

le agradase, y también para poder entenderse mejor a sí mismo. Él relata así la experiencia:

“Hacia los veintidós, veintitrés, cuando estaba acabando la carrera que me costó mucho hacerla, me tocó vivir en chabolas, pero tenía un sentido para mí en ese momento, y encontrarte una situación como es la actual de España, en aquel momento en Argentina se registraban el triple del índice de paro, y si tenías un título universitario peor que si no lo tenías, exactamente del revés de lo que te dicen cuando eres pequeño, y por otros contextos más... de alguna manera la sensación es la de haber sacrificado en vano la época de juventud para tener un proyecto de vida que era una ilusión falsa. Pasé otra época también un poco chungueta y eso también acabó con una relación de pareja que yo tenía (...) Y empecé a rodar un poco más, primero pasé por Bolivia un año, luego estuve en el sur de España, me volví para allí, volví a venir, hace de esto catorce, quince años.”

Prosigue describiendo el contexto en que surge el primer período de depresión que sufrió.

“Y estuve casado, un buen tiempo, no funcionó nunca, ni en el comienzo. Me casé para que pudiera venir; es de allí y yo tengo pasaporte italiano. Cuando se quedó embarazada, sacar adelante una familia aquí es bastante difícil, me pasé cuatro años trabajando entre ochenta y cien horas a la semana, y con una relación doméstica bastante jodida y cada vez peor, peor, peor. El proceso de volver a tener una crisis grande es un poco complejo, viendo que no podía tirar adelante la situación en la que estaba. Estuve un año en Suecia, me fui sólo sin la familia, sin conocer el idioma y sin conocer a nadie, en pocos meses me pude llevar a la familia. Estuvo ocho días y se volvió diciendo que aquello le parecía la Unión Soviética y yo me encontré sólo en un país que no conocía a nadie, sin amistades, sin un contexto de nada y a 12.000 km de Argentina. No hice crisis en ese momento, ese momento era en que punto de la vida me extravié. Y entonces intenté rehacer mi vida como antes de casarme. Volví al mismo sitio, intenté buscarme un trabajo, un contexto y me salió bien, en menos de un año, más o menos tenía la vida encauzada. Estaba trabajando en algo que me gustaba, me estaban publicando en revistas de psicología social, había empezado más o menos una relación de pareja con alguien que era más chica que yo, más o menos la edad que yo tenía para que me fuera bien. Y entonces lo explico como un golpe que tomas conciencia, pero es un día que tienes la sensación de que me estaba pudriendo, de que nada tenía sentido y además sensación física de que me estaba pudriendo, y empecé a tener muchas vivencias de extrañamiento.”

Este contexto resultó en un intenso período de sufrimiento, un diagnóstico, un breve ingreso y un largo período de recuperación.

“Abrí el ordenador y encontrar que alguien había estado escribiendo, tenía claves para entrar y ¿quién lo estaba haciendo?, y vas a comprar un libro y vuelves y encuentras el mismo libro en tu casa y tiene anotaciones con tu letra y sabes que se te está yendo. Eh...y al tener conciencia de que no me podía sostener, de que no me valía nada, no le encontraba sentido al esfuerzo. Tuve un intento de suicidio, un ingreso. Se me vino bastante abajo la vida que estaba montando en ese momento, incluyendo una nueva relación, grupo de amistades (...) tuve mucha suerte porque tuve un grupo de amistades cercanas que me ayudaron mucho, algunos de los cuales fueron mis jefes en alguno de los trabajos. Tuve suerte de que buena parte de los trabajos como el de la UOC⁵² se hace desde casa. Tardé una semana, me dieron el alta en seguida diciendo que mi contexto era un contexto sano. Y pasé a estar vinculado no a un CESMA, Centro de Salud Mental, sino al programa de prevención de suicidios de la Dreta de l'Eixample⁵³. Y salí muy fastidiado, cuando salí dormía quince horas al día cuando nadie me veía. En uno de los trabajos dejé de hacerlo hasta que me encontré bien y pude volver. La UOC iba haciendo como podía, pero iba haciendo y no la perdí y me pasé casi dos años, casi sin salir de un piso (...) Los dos primeros meses no salía prácticamente de la habitación, ni para ir a cagar, no podía salir, no podía ver gente, ni a nadie le abría la puerta nunca.”

A continuación, cuenta algunos factores claves que le ayudaron a superar la primera crisis:

“¿Cómo te sales adelante? es un proceso muy gradual y difícil de decir. Me ayudó mucho que la gente, la gente cercana no me abandonó. Yo recuerdo no haber ido a pedir ayuda a pesar de que era evidente lo que me estaba pasando, de que ya empezaba a tener conciencia de que se te iba o por miedo de consecuencias que me podría reportar, sobre todo laboralmente, el recibir un diagnóstico. Entonces evitaba pedir ayuda, y eso va a más, eso uno lo aprende, cuando te encuentras un poco chungo vas y pides ayuda. En su momento lo acepté todo, medicación incluyendo la sobre medicación, el grupo de amistad me ayudó para empezar a pagar la psicoterapia porque no me daba con lo que me estaba llegando pagando una pensión⁵⁴. Y como yo trabajaba en una consultora que habíamos estado haciendo un proyecto de investigación a una asociación de usuarios de salud mental, cuando me dieron el alta me vinieron a buscar como miembro de la asociación y así empecé

⁵² Universidad Oberta de Catalunya

⁵³ “Equipo de profesionales de la salud mental seleccionados por el Hospital Santa Creu i Sant Pau y el Centre Psicoteràpia Barcelona-Serveis Salut Mental para el estudio, asistencia y prevención de las conductas autodestructivas y suicidas.(...) En este programa colaboran de forma coordinada diferentes equipamientos y recursos asistenciales del sector, tales como asistencia primaria, 061, servicios sociales, entidades cívicas, etc.” Extraído de la web del programa: <http://www.suicidioprevencion.com/quienes.php?lang=es>

⁵⁴ Andrea tiene una hija de ocho años que actualmente vive en Argentina. Para su manutención le pasa una pensión a su ex-esposa.

también el activismo (...) En esa entidad en la que participaba empecé unos grupos de ayuda mutua, no había grupos y montamos uno de ayuda mutua.”

Parte de la fenomenología de su depresión aún sigue apareciendo, pero ha encontrado algo que le permite dar sentido a su cotidianidad, aunque pueda ser visto como algo igualmente dañino para su salud:

“¿Y por el camino, qué? por el camino es difícil decirlo porque hay muchas cosas que me siguen sucediendo, yo sigo teniendo muchísimos problemas de ansiedad, trastornos del sueño, sigo teniendo ideación autolítica, me cuesta mucho cuidarme... pero por lo menos he encontrado cómo definirme o cómo... algo que le da sentido a tirar para adelante. Soy *workaholic*⁵⁵, lo asumo, tengo una ansiedad de trabajar, si no trabajo me siento fatal (...) Yo trabajo de lunes a lunes, muchas horas, no hago vacaciones, para tener la cabeza ocupada en algo que me hace sentir útil, válido, me ayuda a sacarla de mí. Y eso lo sigo teniendo.”

2. Experiencia con los equipos y recursos de atención sanitaria

Relato de lo que para él fueron los primeros efectos negativos de la medicación farmacológica prescrita desde los servicios públicos de salud:

“Y en dos años o así me engordé veintitrés kilos en dos años, y ahí me quedé. Me pasé dos años anorgásmico y afecta bastante para la vida no disfrutar. En las épocas en que te encuentras peor es difícil saber qué es síntoma y qué es medicación, pero pierdes la capacidad de sentir y lo primero que pierdes es la capacidad de sentir placer. Y no solamente sexual, no disfrutas nada, ni de la comida ni de nada y llegó un punto en que no sientes. Un día me digo '¡uy! ¿pero esta sangre de dónde ha salido?' y te has cortado con un vidrio y no sientes o te quemas y ves las ampollas pero no sientes. Llega un punto en que no... es una cosa el cuerpo, desconectas mucho, y evidentemente todo te cuesta. Es una cosa como que no es tuya, como mantener algo que cargas.”

Andrea relata el vacío posible cuando una persona sale de un ingreso psiquiátrico:

“Cuando me dieron el alta no tenía donde ir, estuve de prestado menos de una semana dando vuelta en casa de amigos y el primer sitio que encontré, ni escogí ni nada, el primer sitio que tuve fuerzas de ir a mirar, era un desastre, y dije 'aquí me quedo'. Me quedé allí dos años (...) Después de aquello estuve dos años allí, me fui por una cuestión... tuve una época muy chungu en términos

⁵⁵ Persona adicta al trabajo.

económicos: estuve otra vez de prestado, dando vueltas, tuve otra relación de pareja, me fui a otro sitio.”

Sobre la relación con el equipo que le atendió en el centro donde estuvo ingresado señala:

“Particular, me pasó una sensación extraña. Primero que... yo los encuentro muy cercanos. Yo cuando acabé la carrera hice las prácticas en un manicomio, manicomio, manicomio, de esos de que la gente entra y nunca más sale. Y en mi ignorancia me imaginaba una cosa bastante similar y no tiene nada que ver (...) no sé, yo si me sentí escuchado. Y mi referente, mi psiquiatra, mucho más jovencito que yo, no sé, lo veo como chiqui. Y otra cosa es que son super biologicistas pero te respetan. ¿Biologicista qué quiere decir? quiere decir que tienes una dificultad económica en la vida y quieren subirte la medicación, ¡joder! pero tú si dices que no es no, y no pasa nada, no hay este elemento de chantaje ni nada. Y otra cosa es que si uno tiene una visita de una hora, tiene una visita de una hora.”

Sobre su experiencia con la práctica terapéutica del servicio público:

“Estuve como seis meses esperando para recibir psicoterapia y por el camino ya estaba en un grupo de ayuda mutua, tanto tiempo esperando que ya había empezado otras cosas. Y casi me muero cuando empecé la psicoterapia que me ofrecían en el Sant Pau⁵⁶. Yo iba por mi cuenta a hacer otra hacer terapia Gestalt, pero me ofrecieron más *mindfulness*⁵⁷, que es un nombre precioso que básicamente es *super bo*⁵⁸, ¿no?, pero para mí es -si te vuelves mal es porque eres imbécil- porque se trata como de que seas consciente de las sensaciones y para llenar, o para recuperarte de la falta de lo que sientes, de la desconexión con el cuerpo y de más atención hacía él, y bueno, el primer día casi me broto (...) el primer día que pasé por un CESMA recuerdo un cartel que decía 'sé positivo' ¡joder! es como si alguien tiene no sé [golpe], fiebre y 'ten la temperatura baja' no sé, ni que fuera voluntad. Ese tipo de cosas las encuentro, no sé, me pareció ridículo.”

Y describe así los aspectos que a él le sirvieron con el terapeuta privado de la escuela de la Gestalt.

“A mi me fue muy bien. Me ayudó a vivir por cuotas en su momento. Vivir por cuotas quiere decir que si no le encuentras un sentido, y todavía lo sigo haciendo, vivir por cuotas por decir algo, es

⁵⁶ Complejo hospitalario en la ciudad de Barcelona.

⁵⁷ Terapia psicológica de tipo cognitivo-conductual que se centra en que la persona adquiera una conciencia plena, es decir una presencia atenta y reflexiva a lo que sucede en el momento actual.

⁵⁸ En catalán “super bueno”.

tener un compromiso concreto con el cuerpo, comprometerte, que sea corto, que esté aquí mismo y que te centres sólo en eso, el resto ya está. No le encuentro un sentido trascendental, no te imagines de aquí a un año o diez años. Y cosas elementales en su momento como acabar el semestre con la consultoría de la UOC, y cada verano buscar algo para tener un compromiso para pasar el verano. Y sigo igual, me sigue funcionando.”

Ha sido además el promotor de varios grupos de autoayuda en Activament. Al principio como un miembro más, ahora se encarga de la dinamización con un rol más profesional.

“Para mí los grupos de ayuda mutua tienen un valor diferente que no te lo cubre nada más. Primero cuando llegas, cuando apareces, para no sentirte tan raro. Empiezas a ver gente que ha vivido cosas que has vivido tú, para ver otras personas que han pasado por una experiencia como la tuya y que ahora están mejor, porque cuando estás en medio de la tormenta te parece que va a durar para siempre. ¿Y mirado para atrás por qué sigo? siento que estoy recuperado por primera vez y me ayuda a otorgarle un sentido positivo a lo que he vivido, que no ha sido un sentimiento vacío, no ha sido simplemente estar mal por estar mal y no tiene ningún sentido, por lo menos qué sirva mi experiencia para alguien más.”

3. Medicación: limitaciones de la farmacología y proceso de automedicación

Andrea señala alguno de los efectos secundarios de las sustancias farmacológicas:

“Empecé otra vez a tener una recaída en temas de depresión. Mi estado de ánimo, ideación autolítica, y como la intervención básica de la psiquiatría es la medicación no te pueden subir la dosis porque estás tomando la dosis máxima, solución: te damos otra. Ya está (...) casi un año o así, ya me había subido todo el peso (...) primero cuando estás hecho polvo no te levantas de la cama en todo el día. La medicación te engorda, seguro. Comes fatal porque no tienes energía para hacerte la compra, lo comes todo de congelado o de bote...”

Y limitaciones de la misma en su proceso de curación.

“Si tú tomas un ansiolítico fuerte y tienes ansiedad te la baja, te duermes. En tema de depresión no funciona así, además en depresión mayor no sólo hay estado de ánimo, también hay otras muchas cosas, por ejemplo ideaciones autolíticas o... la gente piensa en depresión y se imagina tristeza y a veces no hay ni tristeza y hay otros muchos síntomas que son definitorios, son duraderos y cuesta mucho salirse de adelante: la abulia, la anhedonia -que es la incapacidad de sentir placer-, de esto, de

esto no te sales porque te tomas una medicación. No funciona así. Yo veo la medicación como... como una balsa para no hundirte en medio de la tormenta pero la tormenta sigue, no te has ido de ese momento, no es que ya está ya ha pasado...”

Decide probar otras sustancias que puedan ayudarle en su proceso y comienza con tomas de ayawaska. Primero hará el ritual junto a shamanes expertos, después pasará a una autoadministración casera buscando sustitutos para los antidepresivos recetados. Las razones por las que explica el uso de esta sustancia son las siguientes:

“Para mí sobre todo la primera es un psicoanálisis a lo bestia, salen una cantidad de cosas increíbles. Empiezan a salir, son cosas que recuerdas, cosas que no tanto. Yo creo que me iba a deshidratar... pasé en el sentido emocionalmente muy chungo ¡pero qué manera de salir cosas!, luego como las integras. Te dice un montón de cosas que no te las olvidas más, a mí hay cosas que me las ha dicho que te quedan marcadas (...) 'que las manos que te aplauden no te acarician' y a mí me hacen falta caricias y no aplausos, por ejemplo. Me es más difícil importar motivaciones para vivir que medios de vida (...) Y después me lo empecé a hacer en casa pero sin DMT, sin dimetiltriptamina, sino a cocinar simplemente los ingredientes que tuvieran antidepresivos y así dejé la medicación (...) en la actualidad no sigo por una cuestión presupuestaria, es bastante caro. Pero... y tampoco me cocino más en casa. Lo entiendo como una herramienta, no como un medio cotidiano. Me puede volver a hacer falta y si me hace falta la tomaré (...) Y hacerlo sólo en casa estuve tomando durante un año y pico ayawasca como antidepresivo y la otra medicación la dejé. Lo que no dejé y a día de hoy, el otro día lo pedí para el verano, es medicación para dormir o ansiolítica, sobre todo para dormir.”

4. Depresión y su fenomenología

“Mira, hasta frases, yo me sentía un sobro, una sobra, algo que... un exceso, algo que no... y eso lo traigo de siempre. A mí me han criado diciendo que le he jodido la vida a los demás y cuesta sacártelo eso. Y tener la sensación siempre de que sobras, de que no... y después... no encontrar el sentido del sufrimiento, cuando vives la vida en función de un sacrificio, en función de un objetivo que es falso y no encuentras manera de parar qué lo haces, pues, si no te motiva antes por lo cual sufrís entonces ¿para qué sufrir?. Y luego la intensidad, no puedes parar las cosas que te están matando (...) porque el cuerpo no lo sientes pero lo de adentro no hay manera de pararlo, machaque, machaque, te insultas a ti mismo y no puedes parar.”

“Cuando eres niño, por ejemplo, no lo manifiestas como tristeza, hay un irritabilidad permanente, permanente irritabilidad, constantes accidentes, es una sensación de malestar con todo, de enfado. Eso también es depresión, no solamente tristeza. Y en la época que estás más chungo es disforia, no es tristeza, disforia es una sensación de malestar intenso, como la euforia pero al revés, "aaggss, aggss" [se lleva las manos al cuello] qué te ahoga, tiene ese punto de ansiedad de que sientes la mano que te está ahorcando, que no entra ni el aire...”

Y sobre las autolesiones, relata lo siguiente:

“Yo la primera vez que las tuve tenía diez años y fue con una maquinita de afeitar en un lavabo. Y de cortarme no como para matarte, ni para hacerte demasiado daño pero sabías que te estabas cortando, sabías que pasaba con eso, tenerlo claro. Aunque no lo registré a nadie. No sé decirte cuando, es una sensación de que ya está, ya está, para qué más. Después tienes un momento en que ya empiezas a pensarlo más, cuando ya empieza a pensarlo más, no sé como decirlo, empieza a ser un poco agobiante cuando ya empuja una, en el diálogo que tienes dentro y que empuja, y empuja y te machaca mucho.”

5. El efecto de la precariedad sobre la salud

“El segundo semestre del año pasado es de lo peor que yo recuerde. Es verdad que la UOC paga muy mal, no sé si lo sabes, 530€ al mes, no te paga vacaciones, no tienes derecho a cobrar despido, tienes que pagar la seguridad social por tu cuenta, sí, sí, es un contrato de formación, ¡diez años con un contrato de formación!. Tengo amigos que llevan doce años que abrió la UOC con un contrato de formación, no es un contrato en negro ni en blanco, es gris (...) Bajó tanto la cantidad de matriculados (...) entonces un semestre trabajas y el otro no, un semestre trabajas y el otro no [golpes sobre la mesa]. Así no lo pasas muy bien, y me pasó el año pasado de cuando yo estuve tan chungo que no hice declaración de Hacienda, ni me acordé, ni lo miré, ni nada. Al año siguiente la hice, nadie me dijo nada. Cuatro años más tarde [golpes en la mesa] me llega una multa por no haberla hecho (...) Pasar una pensión familiar, pasar cuotas [por lo de Hacienda], yo pasé cuarenta y nueve días de finales de septiembre a octubre del año pasado en la calle. Unos días prestado de *okupa* y otros donde podía, todavía conservo una bolsa de dormir que la guardo aquí (...) Este primer semestre teniendo la referencia trabajé muchísimo más, volví a tener épocas que trabajaba ochenta horas: en la Fira de Barcelona donde he sido camarero, para el *Saräu*⁵⁹ cosas por encargo, para la UOC... todo lo que va saliendo, a todo que si mirando para el segundo semestre porque el

⁵⁹ Asociación sin ánimo de lucro que ofrece actividades de ocio para personas con diversidad funcional.

año pasado fue la cosa chungu, por suerte me pilló bien si me pilla mal no sé cómo la pasas.”

“Desliguemos trabajar de la remuneración económica, ¿sí? lo tenemos muy metido adentro eso. Yo necesito hacer algo que me haga sentir bien. Evidentemente necesito también medios para cubrir necesidades básicas. Más allá de eso necesito sentirme bien con lo que hago y no siempre coincide. Para mí Activament y todo lo que hacemos es básico para sentirme bien, no solamente para empezar sino para continuar a sentirme bien. Aquí pagamos, no cobramos. Se me hace difícil, ya te lo digo, esas épocas que trabajaba tanto y tenía un humor de perros, estaba durmiendo fatal, fueron dos meses chungos, si hubieran sido muchos no sé como hubiera acabado. Es jodido, tienes que hacer equilibrios entre poder cubrir necesidades básicas y sentirte bien con lo que haces. Ahora mismo trabajo de camarero igual hay, pero a mí me han ofrecido cosas de esas de hacer sesenta horas a la semana, en unos turnos un poco extraños y no hacer nada más, te dedicas a eso, es vivir por inercia, es vivir para mantenerte vivo. Eso es insostenible, no sé cómo se puede. Mi sensación en mi época más chungu es que estaba viendo a gente muerta, y la gente no sabe que está muerta. Y actualmente no sé como hace la gente que vive por inercia, me parece que la mayoría lo hace, no me lo puedo explicar...”

6. Vivir sin ocio ni disfrute

Lleva una año participando en un grupo de teatro:

“Yo considero el teatro mi actividad de ocio, y es que es la única que tengo. ¿Sabes que Freud consideraba que la salud mental es la capacidad de amar y de trabajar? y es mentira, tú puedes estar fatal y no tienes problemas para amar o para trabajar pero tienes problemas con todo lo demás. Incluido problemas para tener actividades de ocio, para desconectar, para disfrutar, no puedo hacerlo. Si lo intento la cabeza se me va al carajo y eso lo mantengo, puedo ser muy funcional.”

Aparece así, en forma de relato, esta vivencia suya de la diversión junto a los demás y/o en solitario.

“Pero no salgo, no voy por ahí a divertirme como hace la gente, no me divierto, me siento muy raro cuando la gente lo está haciendo (...) claro que me he reído, seguro que me reído, seguro, pero no sé como hace la gente cuando es divertida, a mí no me sale.”

“Tiene que ser útil, no sé, me tengo que sentir bien con lo que estoy haciendo, no disfruto de una tontería, de perder el tiempo. La gente que va y se queda no haciendo nada, a mí la cabeza me

funciona como una turbina. Yo necesito tener la cabeza puesta en algo, entonces me deja tranquilo.”

7. Relación con el modelo de masculinidad y la heteronormatividad

Cuando le pregunto por su “ser hombre”, comienza excusándose por sentirse así, y asociando mucho su masculinidad a la orientación y práctica heterosexual.

“Porque soy hetero, monógamo (...) si soy hombre, lo siento pero lo soy demasiado, en ese sentido quiero decir. He intentado moverme en ese sentido pero no puedo: sadomasoquismo, cosas en público, uff, a mí me genera más angustia que placer. Ese tipo de prácticas, no hay manera, yo lo intento pero no sé...”

“Yo ya me sentía diferente de antes, quiero decir, a mí me atrae el cuerpo de mujer y me atrae la feminidad pero me pasó de que me atrajeran hombres que en apariencia eran mujeres. Y además, no soy macho, en el sentido de que si yo me defino sexualmente soy una *geisha*⁶⁰ y siempre lo fui, y en ese sentido. Yo me siento bien dando placer, me siento complaciente y eso desde antes del diagnóstico. Igual es una estrategia, no sé, porque no creo que sea la primera época ahora que estoy chungo, ya desde chico y aunque no sabía por qué yo tenía dificultad para tener orgasmos, no erecciones pero sí orgasmos. Y como necesitas una piel, yo, para mí, yo en lo sexual necesito mucha piel, y me gusta ser complaciente, y te sientes bien siendo complaciente, te llenas. Eso no es un rol masculino.”

Constantemente hace alusiones a lo anormal de su heterosexualidad y el sufrimiento que le acarrea.

“Yo he crecido en un contexto muy heteropatriarcal, en un pueblo muy machista (...) Y de no sentirte un macho porque tienes emociones. Y tener emociones de sufrimiento y eso no es ser hombre. Y ya comienzas desde chico a dudar. Y de sentirte como femenino por el tema de las emociones, pero no tengo duda de que me excita (...) siempre he querido salir de mi pueblo, era un horror el pueblo. Yo me fui con diecisiete años, y por su puesto me ayudó. Una cosa muy particular, creo que sin ningún tipo de excepción, todas mis parejas como mínimo han sido bisexuales y he tenido otras que se definen fuera del binomio. Igual no es casualidad.”

⁶⁰ Figura femenina japonesa cuya finalidad es el entretenimiento, normalmente de un público masculino, con habilidades musicales, narrativas, de baile, etc.

8. Gordofobia: el rechazo del propio cuerpo

“Si, yo me siento fatal siempre. Yo tengo... todavía, no sé como decirlo, no me resigno a no ser quien siempre fui, no hace falta remontarse tanto tiempo atrás, pero yo igual tenía treinta y pico kilos menos y no estaba como estoy ahora, no me parezco en nada a la persona que he sido. Y veintitrés, veinticuatro kilos son mucho en en ese año y medio, poco más de dos años de medicación antidepresiva y ahí se quedó. He tenido pequeñas oscilaciones de bajar tres, cuatro, subir tres, cuatro y me he quedado ahí, yo no me identifico con este cuerpo.”

“Pero en el tema de mi gordofobia, yo me he criado en una familia que es un horror. Tengo un sobrino de diez años que no es gordo en absoluto pero no se quita la camiseta para meterse en la piscina de su casa, sólo porque le da vergüenza. Es una familia en la que tengo un hermano que tuvo una anorexia, tengo una prima que ha día de hoy todavía tiene una anorexia, ha habido más trastornos de la alimentación, y que se pasan la vida insultándote. Yo cuando era chico no era en absoluto, te puedo mostrar fotos, no era en absoluto gordo, de hecho ,yo creo, no sé, que era flaco, igual no dentro de los cánones y me decían 'pancuca' que es panza-culo-cabeza, o 'Tití' que es un personaje de la TV, que era muy gordo, y parte de la familia me sigue diciendo 'Titi'. El tema de insultos por la gordura era muy pesado, y me he criado así, y lo llevas a eso.”

9. Ganarle tiempo a la muerte: la recuperación sin esperanza

“De verdad yo hice un cambio de que me importa bastante poco mirar adelante. Yo sé que me voy a morir de esto, si no me muero de repente, si no tengo una enfermedad terminal, si no tengo un accidente, me va a ganar. De momento no lo hace, de momento sigo encontrando cómo seguir empujando y lo que venga a largo término no me importa, me supera demasiado.”

INMACULADA: EL CANSANCIO DE LOS DUELOS POR MUERTE Y ENFERMEDAD

Inma es una mujer de 60 años y proviene de una familia humilde y trabajadora. Vive en Elorrio desde hace cuarenta años que llegó inmigrada del sur de Extremadura. Está casada con Enrique y tiene un hijo -Iker, de 35 años- y una hija -Jasone, de 28 años-. Su marido me recibe al llegar, un hombre alto y delgado. Se presenta, me da dos besos y paso a la cocina donde está Inma esperándome y donde realizamos la entrevista. Inma pertenece a la clase trabajadora; emigrante por necesidad económica, ha trabajado toda su vida en una fábrica como operaria, dónde además

fue durante mucho tiempo representante sindical. Es una mujer de estatura media-baja, robusta y de piel morena, pelo a media melena y teñido de rubio, camiseta de colores llamativos, pantalón oscuro y zapatillas de andar por casa. Lleva gafas y la raya del ojo pintada de verde. Es muy habladora y relata su historia con todo detalle, hasta lo más insignificante. Parece una mujer con un carácter fuerte y alegre, y una gran actividad cotidiana. Se muestra muy dispuesta a contarme su experiencia, casi ansiosa por empezar.

1. El comienzo: cuidado de los demás y la pena por el sufrimiento ajeno

Inma empieza su relato contando dónde ve ella la etiología de su sufrimiento. Lo primero que cita es el cuidado y la posterior muerte de sus padres, que tenían cerca de los ochenta años y que vivían en un pueblo de Badajoz. Inma y Enrique estuvieron yendo durante un año cada fin de semana para poder atenderlos. Esto supuso para Inma mucho sacrificio y esfuerzo personal:

“Salir el viernes a la mañana y volver el domingo a la noche. Y el año que murieron, murieron en febrero los dos, mi padre y mi madre, y en enero estuve todo el mes en Badajoz porque a mi madre nos la trajimos aquí, ya porque nuestra vida no tenía sentido, ya no teníamos ni vida ni nada. Era una paliza (...) pasamos mucho y ahí empezó mi sufrimiento. Porque trabajaba, yo trabajaba, y al final cogiendo horas, al final debía la empresa ni se sabe las horas. Cuando murieron mis padres estuve devolviendo horas.... luego se murieron, el mes de febrero los dos.”

“Un poco deprimida cuando pasó lo de mis padres, que ya hace diez años, pasó en el 2004, pues sí que lo pasé mal porque después de todo lo que habíamos pasado año, y medio yendo y viniendo, y pensábamos que lo íbamos a salvar y no pudimos. Y si que te queda algo como... que estás bajas, en unos meses lo pasas muy mal porque dice -qué hemos hecho?, pues es que no hemos podido hacer más- y estás un poquito baja, pero yo en ese tiempo no me considero que tuve depresión, sino un proceso de duelo normal. Luego ya vas recuperando y tienes tus hijos, tu vida normal y es ley de vida.

La segunda gran causa o determinante de su sufrimiento fue la incapacidad de su marido, la muerte de un familiar muy cercano y una enfermedad grave de su hija:

“En 2007 estuvimos de vacaciones en Semana Santa y al volver el 4 de abril mi marido tuvo un accidente, se cayó de una escalera de tres metros (...) se rompió la pelvis, se rompió el codo, del lado que cayó mal. Y estuvo tres meses sin poderse mover de la cama (...) yo empecé a trabajar por la tarde y estaba con mi marido toda la mañana, lo lavaba, le hacía todo y luego ya me iba a

trabajar, trabajaba ocho horas. Entonces ya estaba un poco alterada. Pero luego en mayo murió un primo mío que era como mi hermano de un infarto fulminante, y fue todo un cúmulo de cosas, porque luego en junio a Jasone le encontraron un bulto que estábamos cinco meses ya que le dolía mucho el cuello, la espalda, que íbamos a masajistas, a homeópatas. Bueno, cinco meses sin parar, entre que mi marido estaba en la cama y con Jasone que el médico de cabecera nos decía que no era nada. Hasta que ya un día fuimos a urgencias, y ella tenía un bulto y el médico de aquí le decía que era un ganglio, alguna infección. y cuando fuimos aquel día a urgencias nos dijeron que no era un ganglio sino que era un tumor linfático y la operaron en junio. Y estuvo cuatro días que la mandaron a casa y aquí en casa se empezó a hinchar toda, y fuimos a urgencias y en la operación la habían roto un vaso linfático. Y bueno pues estuvimos mes y medio en el hospital. Mi marido aquí en la cama y yo en el hospital con ella. Bueno, tuve mucha ayuda de mi familia (...) estuvimos hasta mitad de agosto con ella ingresada y luego le empezaron a dar la quimio, ocho sesiones de quimio, veinte de radio. Bueno, fue un año horrible, pero yo no caí para nada, era una persona que ni yo misma me creía lo fuerte que estaba. No podía caer, no tenía tiempo de caer ni podía pensar en eso y comía, adelgacé doce kilos pero no paraba de comer.”

2. La caída y la recaída

“Cuando empezaron los dos que ya estaban bien, que Jasone estaba más animada y que Emilio ya andaba bien, no sé cómo fue, no sé si fue de la noche a la mañana, pero sí que iba a trabajar y no tenía ganas, estaba como muy baja, y yo no soy así, porque yo siempre he sido, me gusta mucho la juerga y salir. Y entonces ya vi que no era yo, que yo no era yo y que necesitaba ayuda. Entonces fui a un psiquiatra, fui al médico y me dijo que fuera a un psiquiatra a ver si me mandaba al psicólogo. Y me puso un tratamiento. Me caí mucho, me bajé mucho mucho. como yo ya veía que ellos iban bien, que ya se podían valer por si mismos, a mi no me importaba nada, yo si me tenía que levantar me levantaba pero no me importaba ni hacer comida, ni nada, nada. Fueron unos meses, igual tres meses hasta que ya...”

Salió de este episodio depresivo, pero luego recayó en otro:

“Y luego con el tratamiento yo ya era la misma. También yo creo que a mí me animaba más que Jasone hacía las revisiones y estaba bien, y a los tres años de estar con el tratamiento me veía bien, como antes, normal. Y fui al médico y le dije 'oye, si yo estoy ahora como antes, estoy super bien, yo quiero dejar las pastillas' y 'bueno, no tengo ningún problema' y dejé progresivamente pero mira, luego volví a caer. Hace tres años, ¡buaf!, unas navidades y me quería morir. No me importaba la

vida, no me importaban mis hijos, no me importaba nada, estaba hundida, pero hundida.”

Pero también consigue superar la recaída, y para prevenir nuevas tiene su propia estrategia:

“Pero yo salí y pienso que ese poquito de ayuda de la pastilla yo la necesito y no la voy a dejar. Yo le decía a mi médico '¡joder pues igual vivo cinco años menos, pero vivo bien!' porque eso de estar ahí que no te apetece nada, que si te quedas así estás así, para mí no, para mí no eso. Y con el poquito ese de pastilla yo soy yo, yo soy la de siempre: tengo ganas de salir, de cenar, con mis hijos, tengo ganas de disfrutar...”

Incide en la segunda recaída, porque asegura que fue peor que la primera y quiere dejar constancia.

“La segunda vez, no sentía nada, no me apetecía nada, me daba igual todo, era como si no quisiera estar. Yo me quedaba en la cama y (...) yo soy muy movida y estuve igual dos meses todo me daba igual, no me importaban ni mis hijos, ni mi marido, ni nada. Ni me pintaba, porque yo soy de prepararme, no me importaba, no me importaba ni mi pelo, no era yo, estaba hundida (...) y caí, yo creo que más que la vez anterior. Y me costó, primero me costó aceptar que estaba hundida, desde diciembre y enero, y a finales de enero yo sola no podía salir, que por mucho que me ayudaran yo no, no era yo, no tenía fuerzas, y tuve que ir al médico.”

3. Relación con los servicios de salud y sus recursos

Así explica su relación con los equipos de profesionales de la salud con los que ha tenido contacto, todos del servicio de salud pública.

“Con el médico muy bueno, muy majo. Con la psiquiatra (...) era una señora de cincuenta años y estuve con ella dos años, y no me hablaba. Iba y me decía -¿qué tal Inma?, ¿cómo vas?-, -pues bien-, -¡ah!, pues seguimos con las pastillas, y ya está-. Y yo una vez le pregunté a mi médico -chico, pues no sé si es que no tiene facilidad de palabra pero a mí me parece que no me ayuda nada. Me pregunta y yo le contesto pero es que nada, una pregunta y una respuesta y ya está- y le dije -yo igual quisiera ir a un psicólogo, pues no sé, hablando con él quizás- y joder me tocó uno que tenía sesenta y pico de años y ¡buaf, qué mal!. ¡Es que él no me dejaba hablar, hablaba él!”

Otra de las cuestiones es su relación con la medicación farmacológica:

“Y cuando tuve el segundo bajón fui dónde mi médico... yo no quería ir, y yo intentaba porque

quería salir por mi misma y yo intentaba, pero no intentaba porque me daba igual todo (...) y él me dijo -¿quieres ir a la psiquiatra?- y yo le dije que no. Yo ya sabía las pastillas que a mí me iban bien y le dije -ponme esas y tú me llevas, y vamos a ver- y bueno, me puso las mismas (...) luego al año quité un poco porque yo le comentaba a él y me decía -pues prueba-.”

También conversamos sobre la carga del diagnóstico o los estigmas sociales que acarrea. Inma lo explicó con el caso de una conocida del pueblo:

“Yo tengo una amiga que tiene de nacimiento una pierna muy delgadita y cojea mucho, y hace unos cuantos años cogió una fibromialgia y la pobre se hundió. Y con su hermana que tiene un bar muchas veces me he enfadado con ella porque dice que su hermana está loca. A veces hablando me dice -es que mi hermana está loca-, -loca no maja, tú no sabes lo que es eso- porque ha tenido muchas depresiones y esa si que toma pastillas... pero lo pasa muy mal y la gente no sabe lo que es eso. Y mira su hermana que es su hermana (...) yo he pasado por eso, y sé lo que es y me da igual que lo diga su hermana, pero que por una depresión está pirada, ¡pues no!, había que pasar para saber que es eso. Porque tú no caes en una depresión porque sí, ¿no?, tienes unas consecuencias y te van arrastrando hasta que te hundes... tienes que ver tú que necesitas ayuda, porque sino te hundes, como yo estaba, hundida, hundida.”

4. El ámbito de lo corporal: lo que no se dice

Cuando le pregunté a Inma si había sufrido cambios a nivel corporal, en sensaciones, emociones o estados físicos, lo negó rotundamente, ni lo pensó:

“No, nada, lo único que yo pienso que tu cerebro deja de funcionar, a ver, entre comillas, que estás en un vacío que ¡buf!....pero lo demás no.”

Sin embargo, seguimos hablando y surgen muchas referencias corporales.

“Yo me ponía a llorar como una tonta, lloré mucho. Yo he llorado mucho en esos años, con mis padres, con Jasone, ni te cuento, porque hay que pasarlo, porque una madre, ella lo pasó mal pero yo creo que yo lo pasé peor porque estuve al lado de ella (...) yo quería desahogarme pero no me aliviaba.”

“Mi amiga venía y me insistía para salir... y yo recuerdo que a veces salía pero mareada, pero mareos mareos, me tenía que llevar ella, porque ¡buf! se me iba la cabeza (...) yo siempre he

dormido muy bien, me metía en la cama y mi marido me decía 'metes un pie y estás dormida' (...) siempre he sido muy dormilona, pero desde que pasó lo de Jasone no he podido dormir igual...”

5. El trabajo: ideología de clase proletaria

Primero narra cómo era su relación con el trabajo mientras estuvo más “hundida”:

“La primera vez lloraba mucho trabajando, pero lloraba a escondidas (...) pero sí estuve un tiempo, igual seis, siete meses que estaba con la depresión, y no tenía ganas de trabajar pero trabajaba porque claro, hay que trabajar (...) no le dije nunca a nadie (...) y luego ya, me salí antes de meterme en la depresión.”

Inma se prejubiló con cincuenta y ocho años, aprovechando un plan de prejubilaciones de la empresa donde había trabajado desde los diecinueve años. Esto supuso para ella lo siguiente:

“Entre eso que me salí, que fue en tres semanas llegué al acuerdo y me salí (...) y luego igual eso sí que me ayudó a hundirme un poco más porque yo tenía un pesar que yo pensaba que había hecho algo malo, vamos que tenía un remordimiento que no te sales como cuando te jubilas, después de treinta y ocho años (...) de la noche a la mañana te ves que no tienes un horario, que el despertador no suena y entonces cuatro, cinco meses lo pasé muy mal, no podía pasar por la empresa, me entraba una congoja, me sentía culpable, todo se me juntó. Y luego fue cuando empecé a pensar que yo necesitaba ayuda.”

6. Fortalezas y debilidades para el cambio

Una cuestión curiosa, aunque es mencionada muy brevemente, es la relación que encuentra Inma entre la edad y el efecto del diagnóstico:

“Si tienes depresión y entras en la dinámica de que tienes un tratamiento al final es muy difícil dejarlo. Igual si eres joven, pero yo ahora con la edad que tengo...”

Por otro lado, relata alguna de las formas que ha encontrado para salir adelante, a parte de la medicación farmacológica:

“Estoy yendo a pilates y la verdad es que te ayuda un montón, a parte que te ayuda a relajarte y haces un poco de gimnasia. Y luego empecé a andar, todos los días voy a andar porque tengo colesterol (...) y eso antes no lo hacía. Salgo todos los días, a la mañana a veces y a la tarde siempre. A la tarde salimos las mujeres y luego baja los hombres o no bajan, y salimos todos los

días. También viajamos mucho, vamos a balnearios...”

Sin embargo, Inma siempre está señalando la importancia de las características personales en el discurrir de la recuperación, aunque en interacción con lo que son determinantes socio-culturales en la implantación de la depresión:

“Y yo ya cuando vi que Jasone estaba bien, y empezó también a trabajar en el cole donde ella iba (...) cuando ves que ha pasado todo, tú te relajas, te relajas tanto que empiezas a decir 'yo ya no tengo nada que hacer' y hay es cuando te vienes abajo, abajo que ya te hundes. A mí me pasó eso, que yo les veía tan bien a los dos, yo estaba, yo creo que yo estaba tan cansada de estar todo el año ahí, ahí, porque estaba ahí, no podía, no me podía venir atrás porque tenía dos, y aunque Iker me ayudaba pero Iker trabajaba claro, bueno yo también, pero bueno. Y entonces cuando tú ves que ya han salido los que tú has estado cuidando, tú dices 'pues ahora yo ya no valgo para nada, vamos, como que ya no me necesitan' y ahí es cuando te viene... ¡qué habrá personas que no le pase eso, pues también! porque hay personas que son diferentes (...) mira yo era muy fuerte y muy valiente, y no me achicaba para nada, pero al final me pasó factura, me pasó y mucho. Sobre todo la segunda vez, la primera creo que lo cogí a tiempo, pero en la segunda me hundí.”

“Y yo soy muy animada, y me tienen que pasar cosas muy gordas muy gordas otra vez para que, que nunca se puede decir de este agua no beberé pero bueno, ya he pasado tanto que creo que estoy muy curada, muy curada.”

Por último, y algo que también Inma repite varias veces durante la entrevista, es la importancia de su familiares y amigas íntimas para su recuperación.

“No me sentía, era como si estuviera vacía sobre todo en los momentos esos antes de que empecé a tratarme, sobre todo en la segunda vez. Es que fue horrible, fueron dos meses pero, yo no era nada, no me daba ni valor y no me sentía, nada, yo me quería morir, y no me importaba, me acuerdo que me sentaba en esa silla y Enrique me decía 'vamos a hacer la comida', y yo 'no', es que no me importaba, ni la comida, ni la lavadora. No, eres como... estás porque no te has muerto pero lo demás no sientes nada, yo estaba nula.”

“Porque yo creo que si tu te encuentras en una situación de esa que no tengas ayuda al rededor no me extraña que la gente se vuelva loca y tenga que ir a un psiquiátrico, porque es muy muy malo. Y yo he tenido ayuda de todas las partes, de mi familia, mis hijos, mis hermanos y mis cuñadas y mis

amigas que han sido dos, que para mi han sido, bueno, son, un soporte pero vamos, ¡puf!, sobre todo Pili (...) y ella tiene genio y a mi eso me ayudó un montón porque venía y decía [dramatiza] 'vamos, levanta', y yo 'que no Pili, que no' y me tenía que llevar sujeta porque me mareaba, me daban como mareos, no sé como me tenía en pie... y comía por comer, porque me decían tienes que comer. Nada, porque cuando estás hundida, hundida, no tienes ganas de nada, pero nada, de morirte.”

PATRICIA: LA FUERZA DE LA INTENCIONALIDAD

Patricia tiene 38 años y proviene de un pueblo pequeño de Bizkaia. Hace tres años que vive sola en un piso de alquiler social de un barrio periférico de Vitoria, dónde realizamos la entrevista y donde me espera con café y pastas. Actualmente trabaja como administrativa para una empresa multinacional, perteneciendo a una clase media-baja, aunque su condición de origen era más bien de clase baja. Es una mujer de estatura media con una complexión delgada pero robusta, tiene el pelo castaño y largo, usa gafas y va vestida informal con pantalón de deporte y zapatillas de andar por casa. Me recibe alegremente y, en general, lo que me transmitió fue mucha fuerza vital. Me regala un relato lleno de superaciones y constantes rehacerse a una misma, y con una forma de explicarlo bastante narrativa.

1. Primera crisis: el miedo y la culpa de la agredida

“A mí realmente lo más grave que me pasó en mi vida fue que cuando yo tenía diecisiete años tuve un problema de abuso sexual por parte de mi pareja. Entonces yo por mucho tiempo me ocurrió que, claro era muy joven, entonces. Para empezar no se lo dije a nadie, más bien porque yo me sentía culpable, me sentía responsable de lo que me había pasado y me avergonzaba de ello. Y bueno, me originó un montón de problemas, pero principalmente es que vivía con mucho miedo. Llegó un momento que empecé a aislar hasta cierto punto que me desvinculé prácticamente de todo menos de mi mejor amiga. Hablo de mi familia, de vida social, prácticamente todo. Y yo creo que ahí fue que caí en una depresión, se puede decir que sí porque con dieciocho años yo creo que perdí las ganas de vivir. No pensé nunca en suicidarme ni nada de eso, no sé por qué, pero es verdad que yo me echaba a dormir y decía -ojalá que no me despierte mañana, ojalá no me despierte, que no me despierte-, que es algo un poco bastante similar, es tocar fondo realmente a ese punto.”

“Obviamente esta depresión hizo que mis estudios, que yo era una chica de notable y sobresalientes, empezará a suspender, cinco, seis, y bueno me cargué todo C.O.U. directamente y la

media me bajó muchísimo (...) Y el hecho de no poder estudiar realmente lo que yo quería ya fue un poco el colmo de los colmos. Entonces me vi en una situación que yo decía -¿ahora qué hago yo con mi vida?- estaba un poco en un punto muerto. Y no sé en qué momento pasé por delante de una agencia de idiomas y vi los cursos de *aupair*⁶¹ y dije -¿esto que es?- (...) y yo en ese momento uno de mis mayores era que no soportaba estar con mi familia, no soportaba estar en mi casa, mi hermano y mi padre no soportaba ni que se acercaran a mí, y mi madre una persona muy controladora y no entendía que me pasaba y no sé, me agobiaba muchísimo. Todo eran problemas. La relación de mis padres ya por entonces era malísima y entonces estar en mi casa era algo así como un infierno. Entonces yo tenía que buscar la forma de poner una distancia. Por lo menos necesitaba eso para yo poder encontrarme a mí misma o yo que sé, salir de aquello (...) aceleré todo y en cuestión de dos-tres semanas, creo que fue, hice todos los papeles...”

2. Primer viaje al extranjero: Glasgow

El estar en una ambiente totalmente extraño para ella le obliga a tomar decisiones y realizar acciones para sí misma, dejando de lado el papel de víctima o sujeto paciente que había adoptado tras el abuso. El quehacer diario y frenético de una vida nueva en el extranjero le permite distanciarse de su contexto de origen, pero finalmente volverá para seguir con sus estudios.

“El caso es que cuando yo fui a vivir con esa familia, estaba tan emocionalmente tirada, por decirlo de alguna manera, que no podía deprimirme más, era imposible. Por eso, a pesar de que me tocaron cosas realmente muy duras, tenía que hacer tanto esfuerzo en el día a día por entender mi nuevo entorno, por salir adelante, por sobrevivir, por decirlo de alguna manera, que no tenía tiempo de autocompadecerme. Y yo creo que esa fue la clave, el tener mi mente tan, tan ocupada con una vida tan sumamente nueva, un idioma y todo, que es que no tenía tiempo de pensar en lo mal que estaba, era salir adelante. Mi día a día ya era un reto, digamos. Entonces poco a poco luego me fui, fui viendo opciones que antes no había visto como la posibilidad de realmente estudiar lo que yo quería... (...) Entonces yo creo que a mí lo que ayudó definitivamente fue eso, pero fue una especie de parche, por decirlo de alguna manera. Porque ignorar un problema no es salir de él. Pero yo por entonces no lo veía así, simplemente me enfocaba en el día a día, salir adelante, y me planteé nuevos objetivos como lo de estudiar esto y lo otro, al final no pudo ser, tuve que regresar e ir a la universidad, estudiar lo que a mi madre se le antojó que estudiara...”

⁶¹ Intercambios con familias extranjeras de acogida a cambio del cuidado de criaturas y otras tareas domésticas, como la limpieza o la preparación de comidas.

3. Vuelta a la casa familiar

“Estudié turismo y saqué la universidad con muy buenas notas. Me motivaba el hecho de que en cuanto acabase la universidad, encuentro trabajo y me voy de casa. Entonces estaba con esa meta y mientras tanto mi vida social y personal básicamente se enfocaba en salir con mi mejor amiga de cenas o a tomar cafés y poco más. O sea no me gustaba salir de noche. Alguna vez salí y demás pero me iba muy mal, me iba muy mal porque yo estaba muy a la defensiva y encima yo no sé porqué, es como cuando tienes miedo de un perro que se te acercan todos, pues o me lo parecía a mí [risas] pero todos los borrachos y los tipos raros se me acercaban a mí, todos. Y entonces tuve algunas escenas, algunos momentos bastante amargos con chicos; uno de ellos con ignorarle se lió a puñetazos conmigo, tuve un montón de estas situaciones un poco, me sucedieron unas cuantas, entonces claro, decidí dejar de salir y concentrarme en los estudios.”

“Volví a la universidad, terminé la universidad y encontré un trabajo; en turismo en todo lo que es relacionado con turismo, pagan una mierda (...) Yo de alguna forma aunque estaba mucho mejor no había salido del agujero porque realmente me costaba disfrutar de las cosas, tenía mis momentos, pero mi tendencia era a estar triste, a estar decaída, a estar mal, como que había cosas que no había enfrentado todavía y bueno, volví a ver otras opciones, y que en EE.UU. había programas de *aupair* también y dije 'pues me voy a mejorar mi inglés'. Vuelvo a cortar otra vez con todo esto porque estoy cansada, sigo viviendo con mis padres y no lo soporto, porque era así, y dije 'ya está'.”

4. Segundo viaje al extranjero: EE.UU.

Comienza a aprender en nuevos contextos que existen otras formas de relacionarse, es decir, que hay posibilidad de cambio para aquello que tanto la incomoda.

“Y bueno el primer año me dediqué a cuidar niños, a aprender inglés y a montarme unas fiestas increíbles. Es cuando empecé a salir y a disfrutar. Me juntaba con gente de muchas culturas y también noté una diferencia que no había notado con salir aquí en Vitoria, que era que la gente fuera es más respetuosa, sobre todo los hombres no trataban a las mujeres como yo sentía que a mí me trataban y qué odiaba tanto, que no lo soportaba, y entonces me empecé a sentir respetada o no sé, entonces me gustó eso y dije '¡uh!, ¿a lo mejor es que donde no tengo que vivir es en casa, sino en otro sitio donde yo me sienta mejor?' .”

“Pero yo seguí teniendo un problema, un problema que empezaba realmente a encontrar cosas a mi alrededor que me hacían feliz y que me hacían disfrutar muchísimo pero al mismo tiempo tenía una

parte que estaba como anclada a algún sitio. Y allí una amiga mía argentina, a la que le hablé de todo lo que me había sucedido y de mi vida un poquito y demás, me encontró una ONG. También me ayudó muchísimo, el sentirme útil, el ver como yo con lo que hacía, hacía felices a otras personas (...) Era algo increíble. Entonces empecé a tener esas sensaciones por primera vez, a decir '¡guauh, se puede sentir todo esto!'."

"Y en el segundo año mi amiga argentina me apuntó a una de estas ONG pero no como colaboradora, sino como paciente. Y yo dije 'pero...' y me dijo 'no, tú tienes un problema, y lo estás ignorando, lo estás dejando ahí y tienes que hacer algo al respecto'. Y yo dije 'ya, pero es que no me apetece, ahora estoy bien, lo último que me apetece es ponerme mal y empezar a remover mierda porque es muy duro todo eso' y nada, empecé a ir a ese tratamiento. Y la verdad es que era una terapia que yo iba con una médico y estaba yo sola con ella en cada sesión. Eran duras porque además tocaban temas familiares que yo creía que a mí no me afectaban pero obviamente que sí, al final es un todo no es todo un problema que tú tienes, son un montón de cosillas que se van añadiendo. Entonces, bueno las sesiones con ella eran duras y yo creo que en el fondo sí que me hacían bien porque después del segundo año sí que empecé a notar cómo pasé por ciertas fases. De enfado, es como si volvía a caer deprimida otra vez, uff, fue como una montaña rusa de emociones (...) Entonces fue, aquellos dos años fueron, a nivel interno como una montaña rusa de emociones pero yo en cuanto salía de todas estas terapias, por decirlo de alguna manera, yo hacía como que no existían. Intentaba disfrutar de otra manera, fiestas, fines de semana y todo con el grupo de amigos que había hecho. Entonces era como si yo fuera dos personas diferentes, fue algo muy raro..."

"Y luego en el tercer año conocí a un chico, y no se lo puse nada fácil, la verdad es que se lo curró un huevo [risas] sí, me empezó a invitar a cenar, a tomar cafés, esto y lo otro, le vi como muy inofensivo, como que me pedía permiso para todo y no sé, empecé a salir con él. Y fue, digamos, mi primer novio (...) Entonces bueno, dejé la relación pero el estar con él fue algo muy curioso también. Cuando llegó la parte física de la relación para mí no supuso ningún problema. Yo pensaba que igual podía ser, ¿no? Pero no, no, mis problemas seguían siendo los mismos que antes de conocerle a él. Era el miedo, el miedo a estar por la calle y estar sola, estar todo el tiempo mirando o cuando me quedaba a solas con cualquier persona era reacciones que yo tenía inconscientes a ciertas cosas como colores, al color verde oscuro, no no tenía porqué. O cuando estaba en la cocina cocinando con amigos cuando había alguien, si era una chica no, pero si era un chico y agarraba un cuchillo yo me quedaba, me empezaba a encontrar físicamente enferma sólo de verlo. Había un montón de reacciones que yo tenía que a mí me enfadaban porque yo no podía controlarlas, sabía

que era normal que las sufriera porque ya había hablado de ello en las terapias, pero como que todo eso me sacaba a fuera, me dejaba fuera de juego y en mi relación precisamente con este chico, que se llamaba Diego, eso fue un gran problema (...) Entonces yo por ejemplo no me podía quedar a solas con él en casa, en la cocina, no podía hacer eso, no podía porque estaba en un continuo estado de ansiedad, entonces claro el también saber que estás enamorada con una persona, el que estás a solas con esa persona en tu casa y que, sufrir esa ansiedad es horrible, no te puedes imaginar lo qué es.”

Después de cuatro años en EE.UU. Patricia decide volver. El siguiente párrafo además, muestra una cierta paradoja, porque supone la justificación de todo lo vivido, incluso de la agresión, con un sentido positivo de desarrollo personal.

“Ocurrieron varias cosas que de alguna manera hicieron que tuviera que volver. Mis padres empezaban a divorciarse, comenzaba a haber problemas muy serios en casa. Y me daban este piso que me había tocado en un sorteo y era renunciar a él o venir a ocuparlo y entonces como que de repente todo se daba para que yo volviera. Y dije, bueno, yo a veces pienso que las cosas suceden por alguna razón, ¿no? incluso todo lo que a mí me sucedió, lo peor de todo, yo creo que es lo que hace que sea la persona que hoy soy en mi vida. Me refiero que también de eso, porque yo llevaba una vida muy loca, ¿sabes? entonces fue como un 'para, para que sino...' si, fue muy fuerte porque realmente yo era una descerebrada total y como que fue darme contra una pared, pero ahora cuando miro hacia atrás casi hasta doy gracias de que me sucediera todo lo que me ha sucedido.”

Desde mi punto de vista, sigue habiendo una cierta autoculpabilización del suceso, porque ella sigue encontrando la causa en su “alocado” estilo de vida de aquella época.

5. Vuelta a su propia casa: un viaje al interior

Llega a su nueva casa, un piso de alquiler social que le toca por sorteo. Esto es lo que sintió el primer día que entró:

“Entré, fue cerrar la puerta y decir -esto es una pocilga pero es mi casa- y esa sensación de buahh, fue una liberación total, saber que este era mi rincón, cerrar la puerta y este era mi espacio. Que era como mi refugio. Y pasé mucho tiempo aquí en casa, pintando, haciendo esto, haciendo lo otro, como que fue mi momento de dedicármelo a mí misma, por decir de alguna manera.”

Comienza otra relación de pareja que dura cuatro años.

“Pero yo era más bien, en lugar de una relación de pareja, era más bien de madre-hijo casi, de verdad, era [risas] me doy cuenta ahora, en ese momento cuando lo llevaba la verdad es que no. Pero el caso es que vino muy bien toda mi relación con él porque conseguí una estabilidad. Dejé de tener miedo, salvo los dos o tres momentos en los que tuvimos un par de enfados, que en el momento en el que él... creo en nuestros cuatro años sus momentos de enfado fueron tres veces, de levantar el tono de voz un poco, yo no podía con el miedo, me bloqueaba totalmente, no era capaz ni de pensar ni de articular una palabra, era como que me anulaba totalmente el ver a una persona en plano violento de alguna forma, ¿no? y hay es dónde dije, bueno, tengo que hacer algo yo porque no puedo dejar que esto me suceda, ¿no? y ahí empecé a obsesionarme con hacer cursos de defensa para la mujer. Hice un montón de ellos y empecé a sentirme más segura y cada vez que veía alguno así enfadado, o veía a alguno gritar a otra persona me lo imaginaba sacándole los ojos, te lo juro, era una sádica total. Empecé a llevar un cuchillo en el bolso, bueno, yo iba, pufff, terminator vamos, me dio esa fase.”

Y en este viaje interior descubre el tango.

“Y pero no fue hasta que regresé cuando empecé a bailar. Y fue el momento adecuado además, porque me tocaba empezar de cero, a digamos a cuidarme a mí misma, a mi interior, a prestar atención a lo que iba por dentro, ¿no? (...) Claro también fue muy duro al principio porque eso de irte a bailar y conocer gente extraña y ver cómo alguno te mira y esto y lo otro y bufff, yo tenía unos momentos de una violencia interna que... lo llevaba mal y a veces llegaba a casa y es que llegaba mal. Mi primer año y medio bailando tango fue casi tan duro como las terapias, ¿eh? porque yo estaba muy cerca de gente extraña, bailando con completamente extraños, dejando mis sentimientos, siendo vulnerable, permitiendo confiar en ellos aunque fueran unos minutos. Y aunque sé que no tiene mucho sentido porque era un sitio público donde bailas y esto y lo otro, para mí el tango era algo emocional, entonces era como dejar vulnerable esa parte de mí. Y confiar me cuesta, en ellos. Por ejemplo, con las amigas jamás he tenido ningún problema, todo lo contrario. Yo he confiado siempre ciegamente. Entonces esa es una de las partes en que soy muy afortunada, claro. Pero con ellos me ha costado más, de hecho hasta hace cinco años no he tenido amigos chicos. No era capaz de confiar en ninguno como para tener un amigo chico. Más que mis parejas, no sé, me costaba un montón.”

Patricia estuvo durante mucho tiempo somatizando aquello que no podía resolver:

“Yo ahora si tengo, y tengo esa tranquilidad. También es cierto que me siento capaz de defenderme, hablo de mis emociones más fácilmente, sobre todo a partir de la ruptura con Nacho. Eso fue también un momento de inflexión, hay un punto en que yo de repente me desbordé, entonces bueno, no hablaba de mis emociones pero era incapaz de canalizarlas, es decir, yo hasta que me sucedió lo de la ruptura con Nacho habría llorado en público, delante de otra persona, cuatro o cinco veces en mi vida desde que me sucedió lo que me sucedió. Entonces era como una parte, llorar, era una debilidad, me avergonzaba, intentaba evitarlo, me frustraba. No me gustaba tampoco en privado, era como...(…) Pero en ese momento no lo veía así, y todo eso que de alguna forma no lo exteriorizaba me repercutía físicamente: tenía dolores de cabeza, no dormía, tenía muchísimas pesadillas, me mordía las uñas, estaba todo el día inquieta, no hacía más que comer, pufff, hablaba muchísimo, pero incluso sola [risas] era como si me hubiesen metido un petardo por algún lado y estaba todo el día (...) yo creo que eso me pasaba desde que me fui de casa por primera vez. Empecé a sentirme tranquila por primera vez cuando me vine aquí a vivir sola, y ahí.... sí, de hecho yo creo que esa sensación de nerviosismo es lo que me hacía ser tan activa en todo, no parar ni un minuto en casa, sobre todo en la época de EE.UU. y todo esto, hice de todo lo que te puedes imaginar (...) iba y me apuntaba a todo lo que me diera emociones fuertes, que me hiciera yo soltar todo aquello que no soltaba... deportes de aventura: descensos de cañones... hice de todo lo que te puedas imaginar, menos paracaidismo que lo tengo pendiente [risas].”

Es una persona con un gran sentido de superación, y son constantes en su relato explicaciones como esta:

“A mí me dan un susto y salto, soy muy sensible a todas esas cosas, soy como muy reactiva, ¿no? a todo lo inesperado, a todo lo que me puede poner nerviosa, pero sin embargo luego cuando tengo algo que me da miedo y tengo que enfrentarme no tengo ningún problema en hacerlo (...) Y bueno, yo me obligo cada día, aunque viva en un primero todos los días cojo el ascensor, todos, subo en aviones y todo, antes necesitaba medicación para subirme en un avión pero ahora ya lo llevo bien, aprendí a ir a clases de yoga y demás para las respiraciones y que me servía además para el baile. He ido haciendo cosas que poco a poco...y de pilates, bueno he ido a todo, a clases de todo lo que te puedas imaginar. Sí, quería probar qué cosas funcionaban conmigo, me hacían sentir bien. Si , he probado de todo, he ido a clases de cuero, sé hacer cintos, bolsos, de fotografía, he hecho reportajes para la boda de mi hermana, de mi sobrino. Sí, he hecho muchísimas cosas, estoy continuamente aprendiendo. De vez en cuando también me siento en el sofá y me relajo, y estoy con mis cosas, pensando en... hago respiración, escucho música, pero como de alguna forma tengo siempre la

mente ocupada en algo, eso sí que me doy cuenta que hago, siempre mantengo la mente ocupada en algo.”

6. El Tango: fundirse en un abrazo

Patricia, actualmente dedica casi todo su tiempo de ocio al tango. Este baile y el contexto relacional que lo rodea (clases, milongas⁶², encuentros en otras ciudades, etc.) son una parte muy importante de su vida. Cuando le pregunto por qué comenzó a bailar, explica lo siguiente:

“Pues el baile, el empezar a poder relacionarme con normalidad con cualquier tipo de hombre, por ejemplo. El ver que yo no tenía... es que igual el ver que no había nada roto en mí, ¿no? porque yo pensaba que el problema era yo, y era como que había algo en mí que no estaba bien, y entonces empezar a bailar y empezar a darme cuenta de que yo podía de alguna manera luchar contra el rechazo que me suponía abrazarme a un extraño con él que a veces no quería estar abrazada, qué había algunos tipos que igual me miraban de alguna manera y yo lo que tenía ganas era de darle un puñetazo en las narices, no de bailar con ellos, entonces esas sensaciones fueron como muy fuertes convivir con ellas al principio y fue un poco como empujarme, ¿quién dice tienes miedo? pues vas a saltar en paracaídas. Me obligué a... y fue cuando empecé a normalizar el poder acercarme, el no reaccionar físicamente al contacto de extraños, porque yo iba por la calle, a mí me rozaba un hombre y yo me ponía físicamente enferma, me sentía mal, me producía asco, me sentía violenta, me ponía agresiva dentro, no estaba bien. Entonces claro yo no podía, no tenía un día tranquilo y, bien, y el tango me proporcionó eso, el poder llegar un momento en que, no sólo un roce, sino estar abrazada a un tipejo que no conocías de nada, además que sabías que alguno de ellos eran unos cerdos, porque lo sabías [sonrisa]. El saberlo, el reprimirme, el hacer algo al respecto y no bloquearme fue lo que me dio la tranquilidad. Y al principio fue como una terapia y luego fue, llego un momento en que llegó a ser todo lo contrario, lo que me daba felicidad.”

También el tango ha sido un espacio que ha suscitado ciertos cuestionamientos sobre su identidad de género, puesto que es una danza donde los roles está muy definidos y marcadamente heterosexual.

“Pues mira, al principio mal porque normalmente como que es parte del juego, te vistes un poco sexy, te pones tacones, te pones muy femenina. Pero luego, luego con el tiempo para mí era como una especie de juego, era como disfrazarte 'ay, me voy a disfrazar' realmente te pones, me ponía

⁶² Encuentros para bailar tango.

ropa, me maquillaba cuando no lo hago normalmente nunca, y era para bailar, era el momento, y el mismo ritual de prepararme con amigas era algo bonito y bueno. Y luego el hecho de que fueras a la milonga, y te dijeran un piropo pero no pasara de ahí la cosa, sino que... también es verdad una cosa que he notado, en el ambiente del tango, por lo general hay muchísimas parejas bailando, y hay un sentido del respeto que no he visto en ningún otro baile...”

“De repente, por un momento, saber exactamente lo que está sintiendo la otra persona, porque es que sientes la respiración, sientes las emociones, sientes cada músculo cómo se mueve.”

7. Asimilación de todo lo aprendido o el proceso de cambio

Aunque Patricia aparece como una persona con muchos recursos propios para la superación del malestar, también fue apoyada con otros recursos que venían desde fuera como las sesiones de terapia en EE.UU. o los consejos de personas con las que coincidió:

“Me ayudó mucho, te voy a decir a qué, a no castigarme tanto a mí misma. Porque yo me castigaba mucho, no me perdonaba el tener reacciones, era muy crítica conmigo misma, muy dura. Entonces claro, como que a mí misma no me perdonaba cosas que realmente no tenían ningún sentido. Pero eso lo veo ahora, pero en el momento, yo viví con sentimiento de culpa muchísimo de tiempo, y avergonzada por eso no se lo conté a nadie, muy avergonzada y con sentimiento de culpa. Entonces claro deshacerme de esas dos losas me llevó una barbaridad de tiempo y en la terapia lo que más me enseñaron fue precisamente a no ser tan dura conmigo misma y aprender a perdonarme.”

“Y en la terapia me enseñaron un poco a entender estas cosas y el entender... yo soy una persona muy racional también, entonces el entender de dónde me venían mis reacciones que yo no era capaz de controlar ni de entender, entender, porque una vez que las entendí como que parte de ese mal sentimiento, de esa culpa, de esa frustración por sentirme así desaparecía.”

“Pero es que yo ahora me veo en el momento de que sí soy capaz, de que si alguien me toca sin mi permiso, lo dejo ahí, y no me siento culpable. Y eso ya, vamos, [sonrisas]. Antes me sentía culpable sólo de pensarlo, ¡por favor, no, lo que es peor, yo pensaba que me lo merecía encima! es increíble, y eso tiene que ver con la educación, obviamente. “

“Y claro, también hay otra cosa, yo el tiempo que estuve viviendo en EE.UU. tuve la suerte de tratar con otra gente, de otras culturas, me uní mucho a mucha gente tan diferente a mí, con las que hablé de muchas cosas y me enseñaron también muchas cosas (...) Una de ellas, por ejemplo, fue: hubo

una señora, mayor y argentina, una abuela, que me dijo 'mira, en la vida hay cosas que son realmente muy difíciles de aprender o de interiorizar y que son las claves para que una persona sea feliz. La primera de ellas' me dijo, 'es aprender a poner límites, a decir que no a la gente, a decir basta, a decir que no, esa palabra que tanto nos cuesta, sobre todo si eres mujer' así me lo dijo, 'y hay otra cosa que también, aparte de poner límites, digamos que libera', pero bueno con el tema de los límites ella me puso un montón de ejemplos en la vida (...) pero en el momento que aprendes a decir no y no sentirte culpable, maja, ¡te cambia la vida! pero te cambia, radical.”

Como ella misma dice, el proceso de cambio es multifactorial:

“Y todas estas cositas al final yo creo que el salir de aquello fue un cúmulo de cosas que me sucedieron en mi vida. Si es que es difícil definir que realmente, ha sido un proceso muy largo, donde hay un montón de factores que han influenciado.”

Y las redes de apoyo cercanas son también imprescindibles:

“Yo siempre he tenido amigas de las buenas, de esas de lo en lo bueno y en lo malo de verdad. Entonces claro, eso es muy importante, quizás lo más importante de todo, porque cuando peor estás lo difícil es no tener nadie con quién apoyarte, pero tener a alguien que ni siquiera te pregunte, saber que estás mal y estar ahí, es que la mayoría de la gente a la que le ocurren cosas en su vida no tienen una persona, que a veces no es una persona ni que te escuche, es que te haga compañía, en ese momento en el que tú estás mal o que te de un abrazo, punto. Ni palabras, ni que te juzgue, muy importante. Una persona que simplemente esté ahí. Igual en el tango es una de las cosas que más me gustó, la gente ahí te abraza, siente, comparte y nadie te juzga ni te pregunta nada. Porque además tú cuando ya estás mal ya bastante tienes, no sólo porque estés mal sino con el sentimiento culpable de sentirte mal, porque eso es algo que normalmente la gente no cuenta con ello, pero es que eso es lo peor de todo. Lo peor no es que estés mal, que sientas que no quieres vivir o que estás triste o todo el día llorando, no, lo peor es avergonzarte y sentirte culpable de estar así, y ver y ser dura contigo misma por no poder salir de ahí”

Esta soledad de la que habla es algo que también señala más adelante, advirtiéndonos que si bien ciertos recursos exteriores son imprescindibles, la verdadera posibilidad de cambio tiene más que ver con la intencionalidad y reflexividad de la persona deprimida.

“Además lo peor de todo es saber que la gente que tú tienes a tu alrededor sabes qué están ahí, pero

al final tú estás en tu mundo. Es así, nacemos solos y morimos solos. Y hay muchas cosas que dependen de cómo tú lidies contigo mismo internamente para salir adelante o no. Lo fácil es autocompadecerse y ver las cosas en negativo y estar triste, eso es lo fácil porque es la tendencia. Con todo lo que te sucede en la vida es más fácil razones para llorar que para ser feliz, es así, la vida a veces es muy dura.”

De hecho, seguidamente narra una escena en la que volvió a sentirse mal, pero fue capaz de identificar el principio de los signos y encontrar estrategias para pararlo, un estado de conciencia que le permite no volver a recaer.

“Yo una vez que entendí lo que me estaba pasando, fue como buummm! encajar el puzzle, y vale, es normal lo que me está pasando, me está pasando esto y esto, me siento mal, me duele la cabeza, fummm! “

Sin embargo, y como ella misma dice, este proceso de reconocimiento y de cambios le ha costado casi veinte años, porque no es algo sencillo ni superficial:

“Las personas no cambian así como así, hay algo que les puede traumatizar hasta cierto punto que les haga cambiar la perspectiva de su vida, pero una persona simplemente porque de un día para otro decida cambiar radicalmente, la gente no cambia sin más. No, para eso se necesita un proceso, una evolución, y lleva mucho tiempo.”

8. REFLEXIONES EN TORNO A LAS NARRATIVAS

Limitaciones metodológicas

Antes de comenzar con las reflexiones suscitadas tras la revisión de las transcripciones, habría que señalar algunas limitaciones encontradas en el estudio de campo.

La primera de ellas tiene que ver con la cualidad de la muestra. Por un lado porque sólo han sido cinco las personas entrevistadas, siendo reducidas las posibilidades de encontrar lugares comunes o divergencias entre ellas. Además hay un relato de un hombre. Y por otro lado, cabe destacar que si bien Rocío pertenece a una clase media-alta, el resto de personas entrevistadas proceden de grupos sociales de clase media-baja. Así, no estaría recogido el testimonio de ninguna mujer u hombre de clase alta. Tampoco el de personas mayores de sesenta años, en cualquiera de los estatus socio-económicos, con las posibles interferencias que esto puede conllevar en el análisis posterior.

La segunda debilidad viene dada por la cualidad de la temática a investigar. Dado que a las entrevistadas se les pedía recordar momentos traumáticos o con una gran carga de sufrimiento, siempre eran relatos muy intimistas. Si bien tres de las personas eran conocidas y esto pudo facilitar un ambiente de seguridad y confianza en la entrevista, dos de ellas eran completas desconocidas. Sin embargo, las cinco accedieron a colaborar desde el primer contacto, asegurando así su disposición. Y en general, la experiencia de entrevistar ha resultado ser muy gratificante para mí y creo que también para ellas, o al menos alguna me ha comentado en contactos posteriores a las entrevistas que el hecho de narrar su experiencia le ha servido para reflexionar sobre su propio proceso y otorgarle más valor.

Por otro lado, y más allá de las limitaciones, estuvo mi implicación como investigadora. Mi sensaciones tras las entrevistas eran muy intensas, y depende del relato escuchado variaban entre la rabia, la esperanza, la pena o la alegría. Pero en cualquier caso, me he dado cuenta de que mi implicación emocional en cada entrevista ha sido muy alta: siempre acababa agotada físicamente, iban sucediéndose momentos de tensión con distensión, respondía mientras ellas narraban con mi propio cuerpo y de una forma poco consciente (gestos, sensaciones físicas y emocionales, etc.). Esta cuestión, más que una limitación, es una llamada de atención sobre el modo en que la entrevistadora se funde con la/el entrevistada/o, influyendo o participando en el acto comunicativo.

Sobre la fenomenología de las depresiones

Después de escuchar los relatos, podríamos decir que gran parte de la fenomenología es común entre las diferentes experiencias, que podríamos resumir en: la tristeza sostenida, los trastornos del sueño (por falta o por exceso), la inapetencia por las tareas cotidianas como el aseo personal o el cocinar, la dificultad para disfrutar de cosas que antes sí se disfrutaban, el cansancio excesivo, el no encontrar sentido al futuro y por tanto la incapacidad de proyectar planes a largo plazo, la falta de voluntad en general para comenzar acciones, los cambios en el peso corporal (subidas o bajadas del mismo), la distorsión del tiempo o sensación de que se dilata, las dificultades para una intercomunicación verbal fluida (por exceso o por defecto), o los sentimientos de miedo y culpa por algo “incontrolable por ella/él mismo” (Iryna por la enfermedad de su padre, Inma por la muerte de sus padres, Rocío por la hiperactividad de su hijo, Andrea por haber estudiado algo que luego no le reportará beneficios económicos o sociales, y Patricia por haber sido abusada sexualmente).

Pero a su vez, la importancia dada por cada persona a cada uno de estos fenómenos es diferente, creando un relato de la depresión tan distinto que, como apuntábamos en el marco teórico, cabría más hablar de depresiones en plural que en singular.

Por ejemplo, Iryna desde el principio señala que la fenomenología corporal ha sido lo más significativo en su experiencia, tanto en el ámbito de lo sensorio-perceptivo como de las emociones. Para ella, el verdadero sufrimiento viene por no poder saber qué siente en cada momento, o por soportar un umbral de dolor físico tan alto, que su salud podría verse amenazada.

Rocío sin embargo, explica cómo su experiencia se vio más marcada por el llanto continuo y una intranquilidad general, además de “estar en un pozo negro del que no se puede salir” que parece metáfora de una falta de voluntad para realizar acciones que la sacaran de allí.

Inma, por su parte, remarca mucho la inapetencia por todas aquellas tareas cotidianas que antes realizaba con asiduidad (cocinar, arreglarse, salir con amigas/os, etc.), o la indiferencia por las personas de su entorno a las que ella siempre había cuidado.

El relato de Andrea, sin embargo, refuerza como más significativo las autolesiones e ideaciones autolíticas, la incapacidad por disfrutar del tiempo mientras no trabaja, y las distorsiones en la autopercepción corporal (gordofobia, extrañamientos, etc.).

Por último, el relato de Patricia señala el desagrado hacía el contacto con los otros -hombres-, la

incapacidad de llorar y de estar tranquila, o los miedos constantes a estar sola o con personas del género masculino en situaciones que ella consideraba potencialmente peligrosas (en una cocina con cuchillos, en un espacio donde sólo estuvieran ellos dos, etc.).

Este hecho parece apuntar a la gran variedad de experiencias y a la dificultad, por no decir imposibilidad, de crear criterios diagnósticos que sirvan de marco prototípico para categorizar -en conjunto cerrados de signos fenomenológicos- las variadas formas de la depresión. Sin embargo, sería necesario igualmente estar atentas/os a la influencia que pueden ejercer ciertos factores sobre las narraciones. Uno de ellos es el miedo a volver a ser cuestionadas/os por las/los receptoras/es de la comunicación cada vez que se narra el relato, creando así discursos esperados y conocidos, cercanos al modelo biomédico (Martín, 2008:127-128). Esta idea se ve muy clara en el discurso de Rocío y de Andrea porque ambas/os están muy próximas/os a este modelo por su profesiones -médica y psicólogo, respectivamente-, usando frecuentemente lenguajes técnico y explicaciones biologicistas para describir signos o fenómenos que han sufrido, o los efectos de la medicación. Sin embargo, esta tendencia también se puede apreciar en otros relatos.

Por ejemplo, que Inma niegue tener malestares corporales aunque luego aparezcan el displacer sexual, el insomnio o los mareos como constantes en su proceso, podría deberse a este mismo factor, advirtiéndonos de la negación o minusvalorización de los signos corporales de la depresión desde la disciplina biomédica que sólo habla de salud *mental*. Pero también podría deberse a un segundo factor que tiene que ver con ciertos límites sobre la conciencia de sí mismas que, en general, muestran las personas deprimidas y que podría estar mermando la riqueza de los detalles en las narraciones. Este hecho podría estar causado tanto por la desconexión corporal propia de las depresiones, como por una ideología cultural que individualiza las emociones, negando su componente social y colectivo y por tanto, dificultando la expresión a extrañas/os (Martín, 2008:137).

Otra cuestión que quisiera señalar, es la relación que aparece entre edad y relato centrado -o no- sobre el cuerpo. Curiosamente, las dos personas de más edad (Inma con 60 años y Rocío de 58) muestran una menor conciencia de lo corporal, en el sentido que no expresan explícitamente malestares en este ámbito aunque luego sí aparezcan como síntomas. Mientras que las personas más jóvenes han ofrecido relatos llenos de corporalidad y con un lugar central de la misma. Quizás este hecho pueda deberse a una ideología dominante en las últimas décadas de culto al cuerpo (Orbach, 2010), pero sería necesario contrastarlo con más entrevistas.

Factores depresógenos: cuando lo estructural se convierte en personal

Este apartado no pretende ser una búsqueda de una etiología única y verdadera para todas las depresiones, sino un resumen de aquellos aspectos señalados como importantes por las personas protagonistas. Intentaré respetar aquellas cuestiones que ellas mismas han relatado como muy significativas en el surgimiento de su malestar, evitando siempre las interpretaciones como investigadora porque, tal y como Castilla del Pino (1974:17) señalaba, es necesario escuchar la experiencia de las personas puesto que “lo simbólico de toda acción humana no es una pseudosignificación sino una significación en sí, válida desde el sistema de normas y valores, de impulsos y afectos contradictorios del sujeto, que no siempre pueden ser superpuestos sobre el sistema del observador”.

En su relato, Iryna indica que fueron los períodos de intensos cuidados a sus familiares los que la hicieron deprimir, junto al episodio de abuso sexual sufrido con dieciocho años. El primero de los sucesos hizo que su vida careciera de otros proyectos propios, centrados en ella misma, y un ritmo físico que la dejó exhausta y sin tiempo para las vivencias propias de la juventud. El abuso sexual, sin embargo, fue un suceso que no recordó durante años, pero que cree que está en la base de lo que ha sido la mayoría de sus fenomenología corporal (no sentir las heridas que un día se hizo, la rabia que explotaba cada noche que salía a un pub, etc.).

Rocío, por su parte, cree que el origen de su malestar está en la situación de injusticia que propiciaron algunas/os profesoras/es de la *ikastola*⁶³ de su hijo Josu, tanto culpabilizándola a ella de los comportamientos “anormales” del crío, como las constantes estigmatizaciones a las que éste se vio sometido en todo el ciclo educativo. Sumado a esto, estaban sus constantes miedos porque Josu acabara en situaciones que las estadísticas pronostican como más probables para personas con diagnóstico de hiperactividad: adicción a estupefacientes, delincuencia o fracaso escolar. Cuestión que la intranquilizaba cada día y que la llevó a abandonar todas las actividades que hacía para sí misma dedicando todo su tiempo a la crianza. Por otro lado, ella asegura que también ha influido el hecho de que recayera sobre ella todo el peso del bienestar y cuidado de su madre cuando el padre murió, y los efectos hormonales y sociales de la menopausia.

Andrea, sin embargo, no encuentra de forma explícita ningún factor detonante para su depresión, aunque entre líneas podemos leer la influencia de una familia que constantemente ha juzgado de forma negativa su aspecto físico, una juventud dedicada al esfuerzo y tras la que él no ha visto

⁶³ Tipo de escuela que da enseñanza integral en euskera.

resultados positivos, un desarraigo extremo en un país tan ajeno a su contexto como Suecia, o la constante precariedad económica y social en la que aún hoy se ve inmerso y que le obliga a largas jornadas de trabajos nada gratificantes y mal pagados.

Inma ha señalado cómo determinantes el costoso cuidado de su madre y padre enfermos y que estos finalmente muriesen, y el cuidado de su hija que padeció una grave enfermedad al mismo tiempo que cuidaba de su marido incapacitado tras un accidente laboral. Esta sobrecarga de cuidados, junto al padecimiento por el sufrimiento de las personas queridas, supuso que no descansara durante cerca de dos años, y una vez que este período terminó fue cuando ella comienza a sentirse deprimida. Momento que coincide con su prejubilación, situación que la llevó a fortalecer un sentimiento de inutilidad o falta de quehaceres en su cotidiano.

Patricia explicaba cómo el abuso sexual que sufrió con dieciocho años ha sido uno de los mayores detonantes de su malestar. El sentirse culpable por ello la llevó a esconderlo -al resto y a ella misma- durante años, provocando somatizaciones y rechazo a todos los cuerpos del género masculino, apartándose así de todo contexto social donde no se sintiera segura. Por otro lado, constantemente hace alusiones a la necesidad de estar lejos de su familia, ya que su madre es extremadamente controladora y de ideología muy conservadora, y su padre ha sido alcohólico y maltratador, lo que propició un ambiente familiar caracterizado por gritos, peleas y frecuentes discusiones.

Si atendemos a lo expuesto para cada persona encontramos infinidad de matices que marcan la diferencia y multicausalidad de las depresiones. Sin embargo, creo que existen varias cuestiones comunes. La primera de ellas es la influencia y determinación de sucesos sociales y estructurales, que la persona no puede controlar o prever. Hablamos de enfermedades, muertes, prejuicios sociales frente a la hiperactividad, agresiones de género, etc.

Segundo, y muy relacionado con el anterior, en cada relato hay una vivencia conflictiva con los modelos de feminidad y masculinidad hegemónicos. Cuando las protagonistas son mujeres aparece la sobrecarga de cuidados, los abusos sexuales, las cargas sociales y personales asumidas con la situación de la maternidad y el buen desarrollo de las criaturas, un sentimiento de culpa excesivo o el control de las mujeres por parte de sus familias como aspectos señalados por los que se comienza a sufrir. Mientras, Andrea muestra contradicciones internas por no alcanzar el éxito profesional que de él se espera -por ser hombre y padre de familia-: él mismo decía “necesito caricias y no

aplausos”, o se define como *workaholic*. Estos espacios de conflicto entre lo que se interpela socialmente y lo que provoca en las vidas individuales podría ser un catalizador de sufrimientos tan intensos que acaban facilitando el surgimiento de las depresiones.

Por otro lado no podemos olvidar la interrelación que la cuestión del género está teniendo con la situación socio-económica y la edad de cada protagonista, y así entender cada narración ligada a un contexto de origen que le dota de mayor complejidad. Por ejemplo, Iryna sufría por estar dedicando todo su tiempo al cuidado de su familia pero sobre todo porque no estaba desarrollando su proyecto vital en el momento de la juventud, cuando el resto de iguales están formándose y emprendiendo nuevas formas de estar y ser adultas/os. Además la carga socio-económica familiar cuando su padre, profesional autónomo, no puede trabajar, la obliga a alternar el cuidado con trabajos precarios y tan desagradables para ella que se imagina vidas paralelas alejándose cada vez más de su realidad vivida.

Patricia no pudo estudiar en Glasgow aquello que deseaba porque no se podía permitir el pago de la matrícula, o tuvo que viajar al extranjero porque en su localidad y con los sueldos tan bajos que recibía no podía vivir fuera del hogar familiar. Sin embargo esta situación socio-económica más desfavorable podría haber facilitado su recuperación si pensamos en que la empujó a viajar al extranjero. Y en relación a la edad, ella enfatiza lo relevante que fue su inexperiencia -al ser tan joven- en la forma de asumir y elaborar el abuso sexual sufrido, pero paradójicamente también le ha permitido un desarrollo posterior de su identidad como mujer mucho más cuestionado y empoderado.

Inma, inmigrada extremeña por necesidad económica y trabajadora proletaria toda su vida, sustenta una ideología basada en la necesidad constante de estar empleada: “no tenía ganas de trabajar pero trabajaba porque es lo que tocaba”, y la situación de jubilación la lleva a pensar que su vida ya no tenía sentido. Momento que además coincide con la edad adulta de su hija e hijo, y la muerte de sus padres.

Andrea se siente viejo con sus cuarenta años; es de las primeras cosas que me dijo al vernos. Siente que ya ha vivido casi todo, o al menos, que la juventud se le ha espirado de las manos sin lograr saborearla. Además, en su historia son claras las influencias de una situación socio-económica muy desfavorable: no puede pagarse más terapias privadas que él ve como necesarias, tiene que realizar trabajos de largas jornadas y que le impiden dormir bien o descansar todo lo que necesitaría, ha

dormido en la calle durante días por no poder asumir el pago de un alquiler, etc.

Rocío, que quizás disfruta de una situación socio-económica más favorable, se siente muy condicionada por la menopausia, por ser un momento de su propio ciclo vital-reproductivo que la recuerda que está llegando la vejez. Una percepción muy influida por las interpretaciones biomédicas del cuerpo femenino y que a ella le influyen especialmente por su profesión. Sin embargo, será la serenidad o tranquilidad por no tener que seguir cuidando lo que también marca su satisfacción con el momento actual.

Recapitulando, creo haber apuntado ciertos factores de las estructuras sociales y culturales que están favoreciendo la aparición y desarrollo de las depresiones, al menos en las personas entrevistadas. Cuestiones que además podrían ayudar a explicar las diferencias por rangos de edad, puesto que la mayoría de interpelaciones sociales capitalistas asocian a la juventud la energía y explosión vital, y a la vejez la inutilidad del vivir. También serían responsables de la brecha de género si como Rocío explicaba, los hombres acuden menos a consulta para salvaguardar su masculinidad, o quizás que las mujeres soportan más situaciones de desigualdad y por tanto, más posibilidades de padecer una depresión. Y por supuesto, la cronicidad -es decir, la posibilidad de que la depresión se mantenga y que no se dé una recuperación- aumentará si no se favorecen cambios en las estructuras heteropatriarcales y socio-económicas actuales que provocan estas desigualdades.

Crisis vital y transformación personal

Si pensamos en la multicausalidad de las depresiones, es decir, en los momentos en que se aunan situaciones socio-económica desfavorables, con acontecimientos colectivos y personales que no son esperables ni gratificantes para las personas, podríamos decir que estamos en un momento de crisis vital. En este sentido, hablamos de un período de trascendencia personal e identitaria porque las personas no pueden abordar esta situación de la misma forma que hasta entonces habían resuelto sus problemas. Así, entiendo que la depresión es un intenso período de desorganización vital que requiere nuevas adaptaciones y formas de ser/estar.

Estas crisis vitales transforman a las personas, no vuelven a ser las mismas; son momentos que obligan a cambios, a la búsqueda de la novedad. Así, no deberíamos hablar de paréntesis en la vida, o sí, pero de paréntesis invertidos porque nada de lo que sigue se parecerá a lo de antes, o con lo de antes no se pudo predecir lo que vendría⁶⁴. Por esto, la transformación es tal en la persona, que

⁶⁴ Agradezco a Esteban Zamora, filósofo y amigo, haberme señalado esta cuestión y la conversación que mantuvimos sobre el tema.

probablemente las depresiones no sean un acontecimiento puntual, sino que se convertirían en *hitos*⁶⁵.

Así mismo, el miedo a las recaídas también estaría advirtiendo de esta idea de paréntesis invertido, porque las personas sienten que su proceso de curación no termina nunca, y siempre está la posibilidad de volver a recaer o luchando por la recuperación. Rocío decía: “a mi se me ha quedado el miedo a poder volver”, o Andrea que no cree en una recuperación total sino temporal.

La salud-enfermedad emocional

Como hemos podido ver en el apartado anterior, las depresiones podrían definirse como estados emocionales dónde imperan la tristeza, la rabia o el desagrado por todo lo cotidiano y las interacciones con los demás. Además, la culpa y el miedo son también elementos claves para entender las experiencias narradas.

En este punto, me gustaría destacar que las emociones, como lugares dónde se da la interacción entre personas y estructuras, parecen estar ubicadas en continuos de intensidad. Es decir, tristeza o culpa sentimos todas/os en algún momento, pero cabe preguntarse por qué en ciertas situaciones vitales éstas aparecen con intensidades tan altas que pueden llegar a ser dañinas para las personas. Así, podríamos rescatar de nuevo el concepto de la *huida* de Foucault (1961), para entenderlas como mecanismos de supervivencia, es decir, como formas de superar o escapar de contextos perjudiciales y dañinos.

En este sentido, sufrir una depresión podría asegurar un *cronotopos*⁶⁶ al que podríamos encontrarle diferentes usos. Por un lado, podría estar proporcionando seguridad, puesto que sólo la persona enferma lo habita y sería un aislamiento casi total respecto al entorno dañino. En segundo lugar, podría estar avisando de un peligro tan fuerte que ella misma se paraliza, consciente o inconscientemente, obligándola a la reflexividad para poder adoptar cambios en diferentes ámbitos de su vida. Y por último, también podría cumplir una función de alarma o llamada de atención hacia los demás, siendo así una forma de escenificar el malestar latente en las interacciones que mantiene con las/los otras/os y el contexto construido por todas/os. Esta idea de las depresiones

⁶⁵ Concepto desarrollado por Teresa del Valle en el seminario que impartió en el Master en Estudios Feministas y de Género, en la UPV/EHU durante el curso 2013-2014, y que se refiere a aquellos sucesos que provocan rupturas en las vidas de las personas, creando la memoria y sus narrativas entorno a ellos.

⁶⁶ Concepto creado por Mijail Batjin (1989) y que los define como un conjunto entre las unidades de espacio y tiempo, que son externas al sujeto, y que tienen un claro componente socio-cultural en su producción y reproducción. Además, tiempo y espacio están estrechamente relacionados entre sí, imbricando sus significados.

como *cronotropos* debería ser desarrollada en nuevas investigaciones, puesto que aparece como una idea sugerente en el análisis antropológico de la misma.

Pero esto no significa que las personas lo elijan de forma racional porque, como hemos visto, el miedo a las recaídas es un constante y por lo tanto, no podemos afirmar que la depresión sea un estado planificado o buscado. Sin embargo, y como Martín (2008:124-125) señala, la racionalidad no siempre está presente de igual forma en la vida cotidiana de las personas, ni cabría hablar de un binomio racional-irracional ya que la realidad muestra situaciones complejas en las que es una mezcla de ambas cosas. Por eso, aunque las depresiones aparezcan como irracionales, al hacer interpretaciones de las propias experiencias cada vez que se intentan verbalizar o actuar respecto a ellas, se estaría rompiendo esta barrera entre lo racional y lo irracional (ibídem:136), permitiendo ese espacio de interacción entre personas y estructuras.

Por otro lado, quisiera destacar la importancia de la culpa y el miedo en las narraciones de todas las personas entrevistadas. Si bien era esperable, como investigadora no había sido consciente a priori de la elevada implicación de estas dos emociones en el desarrollo de las depresiones.

Respecto a la primera, una de las cuestiones que creo percibir es que, si la culpa supone responsabilizarse de sucesos o acciones que son o han sido dañinas para una persona, sin embargo en la mayoría de las situaciones que provocan esta emoción en las entrevistadas no podríamos hablar de una verdadera responsabilidad de las personas. Por ejemplo, Rocío no puede evitar que su hijo sea diagnosticado de hiperactividad, Iryna que su padre enferme o Patricia expresar ira cuando un hombre la mira lascivamente. Empero, a ellas les inunda un sentimiento de carga o de compromiso con lo que sucede. A este respecto, Itziar Etxebarria (1998) ha señalado la diferencias de género respecto a la conducta moral, siendo las mujeres más proclives a responsabilizarse por los sucesos dañinos, incluso cuando no son ellas causantes directas.

Sobre el miedo, Esteban et al. (2012:13) señalan que “es un elemento clave en la socialización de las mujeres, algo que limita claramente su gestión del tiempo y del espacio, además de constituir toda una retórica de la necesidad del control sobre sus vidas. A pesar de la violencia existente entre jóvenes varones, bien como juego y demostración de su virilidad, bien como castigo al hombre considerado “no varonil”, el miedo no es algo ligado al ser hombre sino al ser mujer.”

Creo que la importancia del miedo y la culpa abre una ventana a nuevas conceptualizaciones de las depresiones que tendría que ser revisado en mayor profundidad para seguir ahondando en su

relación con la socialización y la identidad de género.

Identidad, cuerpo y género

Transformaciones de la identidad: imperativos y resistencias

Constantemente estamos conformando nuestras identidades, pero las depresiones, tal y como hemos señalado, son momentos rodeados de un cuestionamiento profundo sobre la vida, como demuestran los siguientes comentarios de las personas que han colaborado en este estudio:

“No hice crisis en ese momento, ese momento era ¿en qué punto de la vida me extravié?. Y entonces intenté rehacer mi vida como antes de casarme.” (Andrea hablando del final de su estancia en Suecia)

“No quiero que vaya por ahí, no quiero que vaya por ahí lo que a partir de ahora yo quiero ser.” (Iryna).

“Que nunca vuelves a ser la misma, yo creo que también. Nunca vuelves a ser la misma.” (Rocío).

“Yo ahora ya estoy bien, vuelvo a ser yo, soy la misma de antes” y sin embargo “ya he pasado tanto que creo que estoy muy curada, muy curada” haciendo mención a ciertos cambios. (Inma)

O el relato de Patricia que sería todo un recorrido por su propia búsqueda identitaria, lejos de un ambiente familiar controlador y asfixiante, buscando aquello que pueda otorgarle nuevos referentes, contextos y situaciones que parecen ser los elementos claves para una ruptura con el pasado y una renovación personal⁶⁷. Estrategias que también usó Andrea cuando aún vivía en Argentina.

Sin embargo, aunque en cada proceso esté presente el cuestionamiento de la propia identidad, el deseo de ruptura con la misma no siempre aparece, o lo hace de forma contradictoria como en el caso de Inma. Esta contradicción, al menos aparente, convendría analizarla con más profundidad, comenzando quizás con el análisis de los condicionantes generacionales (¿están las más jóvenes más dispuestas a “comenzar de nuevo”?) o contextuales de proximidad (allí donde el entorno no favorece, ¿sería necesaria un distanciamiento mayor con el lugar de pertenencia, tan ligado al sentimiento identitario?).

Por otro lado, me gustaría señalar que el cuestionamiento de la propia identidad no está libre de la

⁶⁷ Esteban et al. (2012), ya advertían de la importancia de esta triada: nuevos contextos, nuevos referentes y nuevas situaciones, en la superación de una crisis vital.

influencia de ideologías dominantes, aquellas mismas que podrían estar facilitando las depresiones, produciéndose así relatos y experiencias llenas de resistencias pero también asunciones de las mismas, creando paradojas discursivas. Veamos algunos ejemplos.

Rocío enfatiza mucho la importancia de la menopausia en su experiencia, explicándola como un complejo hormonal y social que se ve marcado por cambios importantes en la imagen corporal, en la energía vital y en el ámbito socio-familiar (las/os hijas/os se van de casa o el hastío inunda al matrimonio de muchos años). Sin embargo, en la misma línea que otras antropóloga, Margaret Lock tras estudiar las representaciones y definición de signos que mujeres y profesionales clínicos de Japón tienen de la menopausia, encuentra que no hay patrones únicos de experiencia, es decir, que no existe ningún síndrome que sea universal para todas las mujeres (ver por ejemplo Lock et al., 1998). Por esta razón, la interpretación de Rocío sobre su propio proceso podría estar condicionada por la ideología biomédica, de la cual participa activamente con su profesión, y que la lleva a pensar el cuerpo de las mujeres como único y siempre dentro del ciclo reproductivo (Esteban, 2001). Cuestión que, desde mi punto de vista, supone una contradicción con su explicación sobre la existencia de la *pitopausia* en los hombres o su autodefinición como feminista, y que además podría ser visto como una autoinculpación por reacciones negativas ante la situación de injusticia que vive con el equipo educativo de la *ikastola* de su hijo.

Por su parte, Inma cuestiona constantemente la labor y eficacia del personal de psiquiatría y psicología, igual que muestra una resistencia al tratamiento farmacológico -“estuve dos meses que no quería ir al médico, yo quería salir por mí sola”-. Sin embargo, relata que el factor principal para su recuperación es este mismo tratamiento farmacológico, del que no quiere prescindir en la actualidad porque “con ese poquito de pastilla yo soy feliz”.

En Patricia, como último ejemplo, podríamos rescatar la contradicción ideológica que subyace a su explicación de “incluso todo lo que a mí me sucedió, lo peor de todo [refiriéndose al abuso sexual], yo creo que es lo que hace que sea la persona que hoy soy en mi vida. Me refiero que también de eso, porque yo llevaba una vida muy loca, ¿sabes?”, hablando de esta misma época “antes, de los 15 a los 17 era... mentía a mis padres todo el tiempo, hacía lo que me daba la gana...era buena estudiante pero esa era mi tapadera. Pero realmente era una golfa, vamos, era terrible, me metía con cada gente...”. Es decir, aunque se define como feminista está demostrando resistencias a este discurso subalterno, reafirmando la ideología hegemónica y heteropatriarcal por la que las mujeres han de ser dóciles, sumisas y obedientes.

Así, las nuevas configuraciones de la identidad que se van dando en el proceso de una depresión, ya sea buscando una reafirmación de lo vivido hasta el momento o una renovación del sentir identitario, estarán siempre condicionadas por ideologías hegemónicas pero también por ideologías de subalternidad, creando complejos mixtos y dinámicos que se van ajustando a las necesidades propias de cada persona para situaciones determinadas, performando la identidad constantemente para adaptarse a un presente cambiante.

El cuerpo como espacio de batalla identitaria

En todas las entrevistas realizadas, aparecen multitud de referencias sobre “relaciones con el propio cuerpo” que podrían ser tachadas como dañinas. Desde el modelo biomédico son categorizadas como “conductas patológicas” y el paradigma explicativo es individualizador. Aquí quisiéramos darle un sentido más relacional, porque son signos repletos de significados socio-culturales. Eduardo L. Menéndez (2003: 311)⁶⁸, defensor de este tipo de modelo, señala:

“Los padecimientos constituyen procesos estructurales en todo sistema y conjunto social así como uno de los principales fenómenos de construcción de significados colectivos, dado que los actores/sociedad necesitan entender, explicar, y manejar los procesos que amenazan/interfieren en su vida cotidiana...”.

Una dificultad añadida es que podrían ser o no efectos secundarios de la medicación farmacológica prescrita, tal y como apunta Andrea cuando le pregunté por las relaciones que él veía entre sus signos corporales y el consumo de antidepresivos: “En las épocas en que te encuentras peor es difícil saber qué es síntoma y que es medicación, pero pierdes la capacidad de sentir...”. Suponiendo esto una limitación más para el análisis.

A continuación, recogeré algunas de estas experiencias corporales que podrían ser claves para entender los procesos de las depresiones. Y para facilitar la exposición, realizaré una categorización provisional de las mismas en somatizaciones, desconexiones, y acciones autolesivas (término este último que recojo de Casadó, 2011). Sin embargo, es necesario avisar que no se trata de un análisis en profundidad, ni de una categorización contrastada, sino que son ideas intuitivas que deberían ser desarrolladas en investigaciones futuras para dotarlas de una mayor solidez académica.

Dentro de la somatizaciones podríamos incluir aquellos signos en sentido negativo como no tener hambre, sueño, deseo sexual o energía vital suficiente para levantarse de la cama, y otros que serían

⁶⁸ Citado en Lina Casadó, 2011:22.

en positivo como sufrir jaquecas, taquicardías, dolores de pecho, sensación de estar podrida/o por dentro, etc.. En cualquier caso, serían dolencias físicas que no responden a causas fisiológicas, pero que son padecidas por las personas. Atendiendo a nuestro marco relacional de análisis podríamos volver a la idea de Kleinman (1988) de enfermedad como *condición sociosomática*, ya mencionada en el apartado del marco teórico.

En el grupo de las desconexiones he creído conveniente incluir todas aquellas experiencias en las que el propio cuerpo aparece como un ente exterior al que no se pertenece. Así, podríamos incluir los episodios en que Iryna se inventaba historias mientras trabajaba o una demostración constante de cinismo e ironía. También cuando ella misma o Andrea nos hablan de *extrañamientos*, entendiendo éstos como la realización de determinadas acciones corporales (escribir en el ordenador, la lectura subrayada de un libro, etc.) de las que no tienen conciencia, sorprendiéndose del hallazgo por no recordar el momento de la producción. En este mismo rango, estarían las que han producido daño físico pero la persona no siente el dolor que cabría esperar, como cuando Iryna contaba el episodio de las heridas en la espalda, o cuando Andrea comenta:

“Tengo un pie roto, me tendría que operar un tobillo hace un montón de años. Y de hecho con la desconexión del cuerpo también está esto. Hace diez años que tengo un tobillo fuera de sí. Y en la época que estoy que camino mucho, que tengo mucha actividad, levanto fiebre y lo sé porque tengo mucha temperatura no porque sienta la fiebre, no porque me duela el pie, pongo cabeza levantando fiebre. Y me lo debería operar.”

También incluiríamos en las desconexiones los episodios de no reconocimiento del propio cuerpo, cuando Iryna cuenta que no supo que era ella la de la foto, o la no aceptación de ciertos cambios corporales como cuando Andrea dice que se resiste a aceptar que ese es su cuerpo, un cuerpo doce kilos más pesado.

Podríamos pensar, como señala Jose Carlos Aguado (2004), que dado que el extrañamiento con el propio cuerpo es típico en épocas tempranas de la infancia y que sería un requisito básico para la configuración de una identidad propia, todas estas experiencias de desconexión corporal quizás estén avisando de una identidad en construcción. Es decir, asumiendo que el cuerpo es la referencia material y palpable de nuestra singularidad como sujetos y la que ayuda a ser consciente de la alteridad, podría ser una señal de la identidad fragmentada o fraccionada, dónde no hay unicidad en el estar/ser. Pero también podría ser entendido como una fuga de aquello que tanto dolor produce, y

pienso en los casos de tortura en los que también se dan estos fenómenos; momentos de tan intenso dolor físico, que la mente debe huir del sufrimiento insostenible para asegurar la supervivencia.

El último grupo es el de las acciones autolesivas. Dentro del mismo estarían en primer lugar aquellas actividades que Iryna llamó “autodestructivas” como consumir sustancias estupefacientes en exceso, pernoctar por costumbre, comer mal, etc. y a las que ella les daba un significado de autolesión, y las atribuía al no cuidado de sí misma en pro del cuidado de los demás. Y en segundo lugar estarían los intentos de suicidio o ideaciones autolíticas de Andrea, que aparecen por primera vez en su infancia y que a día de hoy aún están presentes.

En cuanto a estas últimas me gustaría recoger algunas aportaciones del estudio de Casadó (2011:22), sobre acciones autolesivas en jóvenes de Cataluña, y que supone una cartografía de las diferentes formas de este fenómeno:

“Por un lado introducimos el concepto de autolesiones normalizadas y autolesiones que llamamos estigmatizadas, y por otro las autolesiones públicas y las autolesiones privadas. En la categoría de autolesiones normalizadas situamos el arte corporal y los procesos de modificación corporal, las acciones autolesivas en contexto ritual –cilicios, flagelaciones, ayunos, crucifixiones...- y la autolesión en el medio penitenciario –chinarse, coserse la boca, huelgas de hambre, etc-. En la categoría de autolesión pública pensamos también en contextos rituales. En la autolesión privada pensamos en la autolesión en situaciones de conflicto bélico –autolesionarse para evadir el frente-, en el medio laboral –ante determinadas condiciones laborales-, como signo de identidad entre jóvenes emos⁶⁹ y jóvenes góticos⁷⁰ y también las que son interpretadas bajo un criterio diagnóstico de enfermedad mental.”

Recojo este párrafo para transmitir la idea de que no todas las acciones autolesivas tienen el mismo significado, siendo éste dependiente del contexto cultural y social dónde se produce. Por otro lado, la aparición de estas acciones como criterio diagnóstico para ciertas enfermedades mentales -como en la depresión- es relativamente reciente y “corresponde a un momento histórico específico de disputa por asegurar la hegemonía del modelo médico y el desarrollo de la especialización médica

⁶⁹ Subcultura o *tribu urbana* que nació en los ochenta en EE. UU en torno al género musical *emo*, subgénero del estilo *hardcore punk* y una estética particular, asociada a un carácter especialmente emotivo, sensible, tímido, introvertido, depresivo, etc.

⁷⁰ Subcultura o *tribu urbana* que nació en los setenta en Reino Unido en torno al género musical *rock gótico*. En general, se comparte una estética oscura y un carácter cínico y crítico con el conservadurismo, aunque se definen como un movimiento apolítico.

de la Psiquiatría” (Casadó, 2011:21). Así, creo necesario salir de un enfoque biomédico que las homogeniza, entendiéndolas como “manifestaciones objetivas de estados psicopatológicos” (DSM IV-TR)⁷¹, ignorando las propias narrativas y significados específicos de contextos y personas implicadas.

Casadó también apunta algunos significados posibles desde una perspectiva relacional: descargar la rabia que se ha acumulado hacia otras personas, poder ejercer o padecer un dolor “controlado” -que ejercer una misma y en una zona concreta-, expresión de modelos aprendidos como el odio hacia el propio cuerpo, traspasar un dolor emocional a lo físico trasladándolo así a la esfera de lo material y palpable, pudiendo ser visible para otras/os y para una/o misma/o.

Por otro lado, tuve la suerte de volver a entrevistar a Andrea centrándonos en el tema de las autolesiones, e insistió mucho en lo personal que ese significado era en su caso. Aunque reconoció que puede haber lugares comunes entre las razones que llevan a las personas a autolesionarse, sostenía que cada una lo relatará de una forma determinada y sobre todo que desde un acercamiento puramente racional no se puede abarcar la totalidad del fenómeno porque mucho está en el ámbito de lo irracional.

Otra de las cuestiones que Andrea me hizo notar en esta segunda entrevista fue la idea de continuo también para las acciones autolesivas. Es decir, casi todas las personas, por no decir todas, llevamos a cabo prácticas autolesivas alguna vez en nuestra vida, aunque el nivel de gravedad de las mismas no sean igual o el soporte no siempre sea el cuerpo visible (acciones autolesivas a nivel emocional también se incluirían).

Por lo tanto, mientras las desconexiones son evasiones del propio cuerpo, las acciones autolesivas están profundamente encarnadas, siendo el cuerpo el escenario de la representación. En mi opinión, ambas suponen un proceso de objetivización del propio cuerpo, cuestión que además caracteriza a las actuales sociedades occidentales (Orbach, 2010) dado que las herramientas del biopoder para producir subjetividades son en su mayoría disciplinamientos corporales. Así, en todas estas experiencias corporales descritas se podría recuperar la dimensión de resistencia que podrían tener. Sin embargo, creo que es un tema sobre el que se debería profundizar porque es necesario abordarlo con cautela, puesto que no podríamos afirmar que estas experiencias siempre supongan un significado contrahegemónico. Y en los casos que así sea, se debería analizar cuales son los momentos o circunstancias concretas que lo permiten y/o favorecen.

⁷¹ Citado en Casadó. 2011:27.

Las recuperaciones: lentas, costosas y diversas

En este último apartado se recogen tanto las acciones puestas en marcha por las personas para aliviar su malestar, como los recursos personales y colectivos -ajenos o no a los sistemas de salud- que las han favorecido.

Reflexividad e Intencionalidad: los pilares de la agencia⁷²

Primero, comenzaremos por lo que aparece como el punto de partida para cualquier proceso de recuperación en una enfermedad: la reflexividad sobre el propio proceso, el darse cuenta. Y que quizás constituya uno de los momentos más dolorosos:

“El peor momento fue cuando yo me vi que necesitaba realmente ayuda, que no salía, que ya estaba metida... me sigo emocionando... lo vivía tan mal, es que para mi fue el peor momento” (Rocío)

También por las posibles consecuencias sociales que puede acarrear, como señala Andrea:

“Yo recuerdo no haber ido a pedir ayuda a pesar de que era evidente lo que me estaba pasando, de que ya empezaba a tener conciencia de que se te iba o por miedo de consecuencias que me podría reportar, sobre todo laboralmente, el recibir un diagnóstico.”

Muy unido a lo anterior, es necesario una intencionalidad de cambio, un deseo de curación. Ambas, estarían en la base de la desvinculación con el rol de enferma/o, pues facilitan el darse cuenta de que la incapacitación no es total y de que aún son personas agentes de su propio proceso de salud-enfermedad. Iryna, por ejemplo, señala varias veces la necesidad de no victimizarse “no entrar en el juego de -dice una pava que tengo depresión-” porque sino la persona cae en una espiral de dependencias y negación de las propias capacidades. Rocío dice “Volver a la vida normal del todo me ayudó porque rompí con la sensación que tienes de enferma, con la sensación más que de enferma de discapacitada para hacer cosas, para tomar decisiones.”

Con esta situación, creo que volvemos a topar con un continuo, y esta vez de la condición de sujeto paciente-agente. En un extremo estarían aquellas actitudes mantenidas que imposibilitan la autonomía de la persona, limitando su marco de acción. Y en el otro, las formas en que ellas se empoderan de su situación de salud-enfermedad, proponiendo y probando remedios a los sufrimientos que padecen.

⁷² Quisiera señalar que también se valoró la pertinencia o no del concepto de Resiliencia, pero finalmente se descartó como unidad de análisis por su enfoque más centrado en las personas y menos relacional. De todas formas, es una cuestión a debatir y supone un posible campo para nuevas investigaciones.

Desde esta primera aproximación, podrían entenderse las depresiones como experiencias que tienen que ver con lo que Ortner (2006) denominaba *agencia dirigida al poder*, porque son desviaciones de los comportamientos esperados, normales. Las personas deprimidas no alcanzan el grado normal de energía, ni de felicidad, de comunicación o de placer que se espera de ellas. En este sentido, podríamos incluso pensar que la diferencias de género pueden explicarse porque las mujeres, en un intento -consciente o no- de liberarse de aquello que las oprime (sistema capitalista heteropatriarcal), adoptan una estrategia de huida, de apartarse del mundo, el refugio que Iryna comentaba. Sin embargo, paradójicamente, el nuevo lugar que se habita comienza siendo una escenificación radical de lo femenino: no reconocimiento de una misma, confinación a lo doméstico, ausencia de placeres, etc..

Como Lila Abu-lughod (1990) advertía, hay que tener cuidado de no romantizar los procesos de resistencia al poder; en todos los casos, de lo que nos hablan las personas entrevistadas es de la existencia de relaciones de poder y de su afectación en los cuerpos. Así, resulta difícil pensar en las depresiones como un acto político (orientada a la transformación social y dirigido de forma intencional) y desde mi parecer, estarían más bien ubicadas en el polo de la enfermedad por la incapacidad para llevar una vida normal.

Sin embargo, tal y como Ortner (2006) advertía, la capacidad de agencia puede encaminarse en dos sentidos: la búsqueda de proyectos propios -*agencia dirigida a proyectos*-, o el enfrentamiento a determinadas situaciones y/o estructuras de dominación/sumisión -*agencia dirigida al poder*-, y que al mismo tiempo están muy relacionadas entre sí. Quizás esta última sea la idea que más se encuentra en los relatos.

Por ejemplo, Iryna no quiere entrar en una la situación de dominación que a ella le supone aceptar el diagnóstico y los tratamientos asignados por el equipo psiquiátrico que la atendió. Por esto, comienza la búsqueda de acciones y actividades que la permitan encaminar su vida a deseos y necesidades propias, lejos del control institucional.

O Patricia, que no quiere vivir en la casa familiar donde se siente menospreciada y controlada, por lo que decide irse al extranjero y emprender una nueva vida. También cuando combate el miedo a nuevas agresiones sexuales -una clara estructura de opresión heteropatriarcal- para poder llevar la vida que ella desea: una vida libre de miedos.

Así, la capacidad de agencia es doble o en los dos sentidos, y marcará la actitud de la persona frente

a su proceso de salud-enfermedad adquiriendo o no la condición de sujeto paciente o de sujeto agente.

Articulación de los diferentes recursos: pluralismo médico y autoatención

Como veíamos en las entrevistas, las personas han explicado su recuperación como un proceso multicausal o multifactorial, donde se han articulado tanto los recursos personales:

“Porque las depresiones según como sea la persona le puede costar mucho, mucho y no salir. Y según como sea puedes tener una depresión y salir, pero depende mucho de tí (...) mi marido por ejemplo es muy negativo y le va a costar, le va a costar más que a mí.” (Inma)⁷³

como los recursos colectivos, que pueden pertenecer o no a los diferentes equipos de salud. En este sentido, Menéndez (2005:35) habla de “pluralismo médico”, concepto que se refiere a cómo en las sociedades occidentalizadas las personas utilizan diferentes modelos en la atención de los padecimientos, siendo potencialmente articulables en la carrera del enfermo medicinas alternativas, medicinas populares y biomedicina. Y que si bien esta última deslegitima e ignora a la demás, en el total de prácticas sociales, “observamos una tendencia a integrar las diferentes formas de atención más que a oponerlas, excluirlas o negar unas en función de otras.” (ibídem).

Andrea por ejemplo, se sirvió de la medicación y de la medicina popular con la ayawasca y los rituales shamánicos. Por otro lado señala los grupos de autoayuda creados desde una asociación no lucrativa de la cual forma parte y el activismo en la misma como determinantes en su curación. Además ha estado en terapia en una escuela de la Gestalt, en un programa de prevención de suicidios del servicio de salud pública de Cataluña, en una sesión de terapia *mindfulness*, ha consultado con una experta en temas de gordofobias y participa de un grupo de teatro conformado por personas que también han sido psiquiatrizadas.

Inma, sin embargo, destaca la iniciativa de su red de apoyo (amigas íntimas y familiares) que la insistían y acompañaban en la práctica de tareas y actividades que eran habituales en ella (cocinar, salir a tomar un café, ir a clases de pilates, etc.). También la medicación farmacológica que ella misma negocia con su médico de familia con el que refiere una buena relación, mientras niega las competencias de los equipos de atención psiquiátrica y psicológica de los servicios de salud pública vasca. Esto último se recoge muy bien cuando hace un comentario sobre una sobrina suya que es psiquiatra y a la que preguntó una vez sobre las depresiones:

⁷³ El marido de Inma sufre actualmente una depresión.

“Y ella me explica, pero ella me explica pero en su forma de psiquiatra como digo yo 'si maja, tú muchas palabritas pero a mi no aclaras nada, porque los médicos tienen que hablar con otras palabras porque sino no te enteras' pero ella es muy diplomática, muy psiquiatra.”

Tanto Andrea e Inma, como el proceso de recuperación del resto de entrevistadas, nos hacen pensar en la importancia de la “autoatención”, definida por Menéndez (2005:55) como:

“Representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto a sus padecimientos, incluyendo las inducidas, prescritas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que, en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos, conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se independice, cuando menos en términos de autonomía relativa.”

Idea o situación que se ve reforzada por la constante reducción del tiempo dedicado a los pacientes-agentes por parte los médicos de los servicios de salud pública (ibídem:51) y porque en realidad, la mayor parte de los procesos de prevención y curación son realizados en los mismos grupos sociales, ya sea o no con el consejo de los profesionales de la salud.

Otra característica sobre autoatención que destaca Menéndez (ibídem:58) es que la mayoría de tareas realizadas y de responsabilidades sobre la misma, son llevadas a cabo por las mujeres del grupo. Este hecho coincide con los relatos que hemos vistos, donde son ellas las que se encargan de los cuidados de familiares enfermas/o.

Por otro lado, me parece necesario detenernos un momento en las diferentes relaciones que cada entrevistada tiene con el modelo biomédico por su presencia, casi exclusiva, en los servicios de salud pública del País Vasco y Cataluña. En este sentido, que Rocío o Andrea se dejen apoyar más por el mismo tiene sentido si atendemos a su perfil profesional, aunque él muestra más contradicciones. Inma, sin embargo, mantiene una actitud ambivalente como hemos visto, Patricia tampoco es próxima e Iryna sería contraria y muy crítica con los mismos -quizás por su trayectoria de participación en colectivos de pensamiento antipsiquiátrico, o por la experiencia de la medicalización de su padre convaleciente-.

¿Pero qué determina la relación con el modelo biomédico? Martin (1987:201) advierte de una influencia del grupo socio-económico de pertenencia. Así, las clases más desfavorecidas y, por

tanto, más alejadas de los discursos abstractos de la ciencia y con una experiencia específica de lo corporal por la mayoría de tareas que realizan, suelen demostrar una relación más distante o cuestionadora de este modelo. Pero también, y en mi opinión, podrían estar mediando factores generacionales, puesto que las más jóvenes son más cercanas a medicinas provenientes de otras culturas -apropiadas por los procesos de globalización-, y a la existencia de una tendencia, al menos en EE.UU. y desde los noventa, que pronostica cambios del modelo psiquiátrico hacia orientaciones más dinámicas (Menéndez, 2005:45).

Importancia de las prácticas corporales

Se entiende por prácticas corporales todas aquellas acciones donde el cuerpo tiene una implicación fundamental y decisiva. Aunque toda actividad humana lleva implícita un soporte corporal, nos referimos a ciertas prácticas individuales y colectivas que están más centradas en la transformación, exposición, y autoexploración del cuerpo, y/o un uso instrumentalizado del mismo para determinados fines. En general, todas aquellas actividades que se hacen para “mantener la mente ocupada” (Andrea) haciendo cosas; allí donde el compromiso es con el cuerpo, con la realidad tangible.

En el relato de las más jóvenes (Iryna, Andrea y Patricia) aparecen relaciones directas de causalidad entre recuperación y determinadas prácticas corporales. Por ejemplo, Patricia menciona el tango, los cursos de autodefensa feminista, los deportes de aventura, la gran variedad de actividades artesanas que realiza (artesanía con cuero, fotografía, cerámica, etc.), las muchas disciplinas de relajación que ha probado como el yoga o el pilates, etc. Iryna señala el quiromasaje como una herramienta buscada conscientemente para paliar su depresión y que está funcionando, una renovación estética actual que insinúa una identidad de género en tránsito y expresiones como “cámbialo, con el movimiento, con el levantarse de la cama, con el intentar hablar...”. Y Andrea, a su vez relata la necesidad de realizar actividades que le hagan sentir bien, de tareas en general -hasta el punto que se define a sí mismo como *workaholic*-, y un “vivir por cuotas”, que él describe como “tener un compromiso concreto con el cuerpo, comprometerte, que sea corto, que esté aquí mismo y que te centres sólo en eso, el resto ya está, no le encuentro un sentido trascendental”.

Por otro lado, Inma no da importancia explícita a las prácticas corporales activadas, pero en su narración hay muchas referencias implícitas: maquillarse y “prepararse”, salir con las amigas, realizar pilates, natación, caminar, etc. Rocío relata algunas de forma explícita, como las técnicas de relajación sugeridas por su psicólogo: “técnicas no más agresivas sino más de sentir las, ¿no? como

muscularmente”. Y además de maquillarse y arreglarse, o realizar múltiples actividades como cursillos, salir con el marido y amigas/o, etc., ella cree que necesita activar otras nuevas como el pilates: “Yo creo que ahí estoy fallando, que me tengo que meter en algo”. Pero cuando le pregunto por su recuperación, se refiere a la medicación farmacológica y al cambio de *ikastola* de Josu.

La importancia de estas prácticas corporales nos hace pensar en el concepto de *proyecto de reforma corporal* propuesto por Jean y John Comaroff (1991)⁷⁴ y que se refiere a prácticas que facilitan los procesos de renovación identitaria y la “transformación de las relaciones entre los individuos y los procesos sociales” (ibídem). Y por otro lado, parece evidente su relevancia si atendemos a la gran implicación que el ámbito de lo corporal tiene en la fenomenología y etiología de las depresiones, es decir, parece obvio pensar que si la mayoría de malestares provienen y se expresan a través del cuerpo, las tácticas y estrategias activadas para el cambio deban estar centradas en el mismo.

Sin embargo, como hemos visto, hay diferencias sustanciales en los relatos en cuanto a la importancia otorgada y la conciencia sobre la activación y repercusión de las mismas. En el subapartado anterior comentábamos la influencia de la clase socio-económica o de la edad en esta toma de conciencia de lo corporal; y ahora me gustaría detenerme en el género, porque si el desarrollo de nuevas depresiones está marcado por conflictos con los modelos hegemónicos de feminidad y masculinidad, también esto estaría determinando una relación conflictiva con el propio cuerpo.

Martin (1987) comenta la existencia casi general en las mujeres de relaciones fragmentadas con sus cuerpos, muy marcada por un heteropatriarcado que las confina a tareas reproductivas, que son el sostenimiento directo de lo material. También Esteban (2004:63) señala la importancia de la *reflexividad corporal* en personas cuyos itinerarios vitales las confrontan con su identidad de género cuando realizan tareas que no son propias de su género asignado (mujeres bertsolaris, hombres bailarines, etc.), o donde el cuerpo cobra un protagonismo casi exclusivo (teatro, mundo de la moda, etc.). Esto podría dar cuenta de la implicación de lo corporal en Andrea, que relata una identidad masculina en crisis porque asume un rol pasivo y complaciente en sus relaciones sexuales, o se emociona más de lo que de un hombre se espera. También Iryna y Patricia cuyas experiencias posiblemente estén muy condicionadas por las agresiones sexuales sufridas, induciéndolas a un rechazo de su propio cuerpo o de los cuerpos masculinos, común en personas que han sufrido abusos de este tipo.

En este sentido, creo que un análisis más en profundidad de la implicación de las prácticas

⁷⁴ Citadas/os en Esteban, 2004:242.

corporales en la curación, además de la relación de las mismas con las diferencias por género, edad y clase socio-económica de pertenencia, aparece como una cuestión imprescindible para un entendimiento más complejo de los procesos de recuperación en depresiones.

In-conclusiones

Después del trabajo etnográfico presentado quisiera terminar señalando algunas ideas claves que han ido apareciendo a lo largo de la investigación, y que han sido seleccionadas por su importancia en la afirmación o refutación de las hipótesis de partida⁷⁵. Si bien, muchas de estas ideas tendrían que ser revisadas con una investigación de más alcance, razón por la que no son conclusiones, sino más bien nuevas líneas de análisis.

Primero, parece pertinente señalar que los modelos de feminidad y masculinidad hegemónicos han sido en todos los casos analizados factores determinantes en la aparición de las depresiones. En los relatos de todas las personas entrevistadas hemos visto cómo son fuente de conflicto -consciente o inconsciente-. Si bien, no es un conflicto aislado de las otras esferas identitarias (laboral, familiar, generacional, etc.), sino que surge en estrecha interacción con éstas, presentándose en forma de crisis vital y provocando un cuestionamiento profundo de la autopercepción e interrelaciones en todas estas esferas.

Esta situación provoca la reflexividad, consciente o inconsciente, sobre el propio proceso que, de la mano de algunos factores favorecedores (juventud, redes de apoyo, etc.) puede acabar derivando en una intencionalidad de cambio y el deseo de iniciar nuevas actividades o tareas que puedan ayudar a superar la depresión. Para el empoderamiento de la persona sobre su propio proceso de salud-enfermedad es necesario desligarse del rol de enferma/o asignado desde el modelo biomédico dominante en nuestra cultura, y que asigna a la persona un papel paciente y dependiente, donde la propia experiencia y el autocuidado apenas cuentan.

Muchas de las nuevas prácticas narradas por las personas entrevistadas (salir a tomar café, técnicas de relajación, “vivir por cuotas”, etc.) son activadas por iniciativa de las redes familiares, sociales y sanitarias -públicas y/o privadas-, que aparecen como fundamentales en la puesta en marcha de estas actividades, ya sea aconsejando, haciendo junto a la persona, o incluso obligando. Sin embargo, en relatos como el de Iryna o Patricia, la iniciativa personal tiene más protagonismo (en la realización de prácticas como el tango, quiromasaje, cursos de autodefensa personal, etc.),

⁷⁵ Véase pp. 32-33.

sugiriendo por tanto que las combinaciones entre lo individual, lo social y lo sanitario se presentan en muy diferentes formas. Y en cualquier caso, la persona ha tenido que consentir y/o desear comenzar y continuar con la acción.

La mayoría de estas nuevas prácticas poseen un claro componente corporal, no sólo porque cualquier acción supone movilización física y emocional, sino porque son en su mayoría prácticas que buscan recuperar, en palabras de las propias entrevistadas, una “conexión perdida con el cuerpo” mediante la búsqueda de sentido, el conocimiento, la transformación y/o el entrenamiento del mismo. Esta situación podría deberse a que en las depresiones la mayoría de la fenomenología es específicamente corporal: falta de apetito, falta de deseo sexual, taquicardias, insomnio, etc., con una gran presencia de lo emocional tanto en sentido negativo (no sentir nada, no tener ganas, no disfrutar, etc.), como en sentido positivo (miedos, culpa, tristeza, ira, etc.). A su vez, este panorama nos obliga a romper con el dualismo mente-cuerpo dentro del ámbito de la salud mental.

Así, parece no solo pertinente sino fundamental seguir avanzando en esta línea de investigación para poder aportar nuevos conocimientos que faciliten la agencia y la recuperación de las personas que sufren una depresión.

9. BIBLIOGRAFÍA

ABU- LUGHOD, Lila (1990): “The Romance of Resistance: Tracing Transformations of Power Through Bedouin Women”, *American Ethnologist*, Vol. 17, No. 1, pp. 41-55.

AGUADO VÁZQUEZ, Jose C. (2004): *Cuerpo humano e imagen corporal. Notas para una antropología de la corporeidad*. Universidad Nacional Autónoma de México.

ALMEDA, ELISABET (2005): “Pasado y presente de las cárceles femeninas en España”, *Revista Sociológica*, 6/2005, pp. 75-106.

ALTHUSSER, Louis (2005, 1969): *Ideología y aparatos ideológicos del Estado: Freud y Lacan*. Buenos Aires, Ed. Nueva vision argentina.

AUSTIN, John Langshaw (1982, 1962): *Cómo hacer cosas con las palabras*. Barcelona, Ed. Paidós.

BAJTÍN, Mijail (1989): “Las formas del tiempo y del cronotopo en la novela. Ensayos sobre Poética Histórica”. En *Teoría y estética de la novela*. Madrid, Ed. Taurus.

BASAGLIA, Franco y BASAGLIA ONGARO, F. (1973): *La mayoría marginada. La ideología del control social*. Barcelona, Ed. Laia.

BAYO-BORRÁS, Regina (2010): “¿Son más depresivas las mujeres?”, *Mujeres y Salud*, 29, pp. 8-11.

BERARDI, Franco (2007): “La epidemia depresiva. Una lectura del Cho”. En Espai en Blanc (ed.) *La Sociedad Terapéutica*. Barcelona, Ed. Espai en Blanc y Edicions Bellatera.

BETTENDORFF, M. Elsa y PRESTIGIACOMO, Raquel (2002): *El relato audiovisual. La narración en el cine, la televisión y el video*. Longseller, Buenos Aires.

BLEICHMAR, Emilce Dio (1999): *La depresión en la mujer*. Madrid, Ed. Temas de Hoy.

BOURDIEU, Pierre (1972, 2012): *Bosquejo de una teoría de la práctica*. Buenos Aires, Ed. Prometeo Libro.

BURIN, Mabel (1987): *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano.

BURIN, Mabel; MONCARZ, Esther y VELÁZQUEZ, Susana (1990): *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Barcelona, Ed. Paidós.

BUTLER, Judith (1997): “Performative Acts and Gender Constitution: an essay in phenomenology and feminist theory”. En Comboy, K.; Medina, N. y Stanbury, S. (eds.) *Female embodiment and feminist*. New York, Columbia University Press, pp. 401-417.

CASADÓ MARÍN, Lina C. (2011): *Los discursos del cuerpo y la experiencia del padecimiento. acciones autolesivas corporales en jóvenes*. Tesis Doctoral defendida en la Universidad Rovira i Virgili.

CASTILLA DEL PINO, Carlos (1974, 1966): *Estudio sobre la depresión. Fundamentos de una antropología dialéctica*. Barcelona, Ed. Península.

COMAROFF, Jean y COMAROFF John (1991): *Etnography and Historical Imagination*. Boulder, Westview Press.

CORREA, Martín (2010): *La rebelión de los saberes profanos (otras prácticas, otros territorios para la locura)*. Tesis Doctoral defendida en Universitat Rovira i Virgili.

DE CERTEAU, Michel (1988): *The Practice of Everyday Life*. Berceley, University of California Press.

DI MARTINO, Ernesto (1999): *La tierra del remordimiento*. Barcelona, Ed. Bellaterra.

– (2003): *Sud e magia*. Milano, Ed. Feltrinelli.

– (2004): *El mundo mágico*. Buenos Aires, Ed. Libros de la Araucaria.

DURKHEIM, Émile (2012, 1897): *El suicidio*. Madrid, Ed. Akal.

ESPAI EN BLANC (ed.) (2007): *La Sociedad Terapéutica*. Barcelona, Ed. Espai en Blanc y Edicions Bellatera

ESTEBAN, Mari Luz (2001): *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. Donostia, Gakoa-Hirugarren Prentsa.

– (2004): *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*.

Barcelona, Ed. Bellaterra.

- (2007): “Algunas ideas para una antropología del amor”, *Revista Ankulegui*, 11, pp. 71-85.

ESTEBAN, Mari Luz; HERNÁNDEZ, Jone M. e IMAZ, Elixabete (2012): *Jóvenes y relaciones de género: continuidades, conflictos y rupturas respecto a la desigualdad en el País Vasco*. En prensa.

ETXEARRIA, Itziar (1998): “Diferencias de género en cognición, emoción y conducta moral”. En *Actas del IV Congreso Vasco de Sociología*, pp. 585-591.

FERRÁNDIZ MARTÍN, Francisco (2011): *Etnografías contemporáneas*. Barcelona, Ed. Anthropos.

- (2004): *Escenarios del cuerpo: espiritismo y sociedad en Venezuela*. Bilbao, Universidad de Deusto.

FOUCAULT, Michel (1961): *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires. Paidós.

- (1976) *Historia de la sexualidad. I. La voluntad de saber*. Barcelona, Ed. Siglo XXI.
- (1978) *Microfísica del poder*. Madrid, Ed. La Piqueta.

GOFFMAN, Erving (1969): "The Insanity of Place", *Psychiatry: Journal of Interpersonal Relations*, 32:4 , pp. 357-387.

- (1987): *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Ed. Amorrortu.

GRAMSCI, Antonio (1975): *Quaderni del carcere*. Torino, Ed. Einaudi.

HUSSERL, Edmund (1993, 1949): *Ideas Relativas a una Fenomenología Pura y una Filosofía Fenomenológica*. México, Trad. José Gaos, Fondo de Cultura Económica.

JACKSON, Stanley W. (1989): *Historia de la melancolía y la depresión*. Madrid, Ed. Turner.

KAULINO, Adriana y STECHER, Antonio (eds.) (2008): *Cartografía de la psicología contemporánea: pluralismo y modernidad*. Santiago de Chile, Ed. Lom.

KLEINMAN, Arthur (1988): *The illness narratives; suffering, healing and the human condition*. Ed. Basic Books.

KLEINMAN, Arthur, DAS Veena y LOCK, Margaret (Eds.) (1997): *Social Suffering*. University of California.

LE BRETON, David (1999): *Antropología del dolor*. Barcelona, Ed. Seix Barral.

LOCK, Margaret; KAUFERT, Patricia y GILBERT, Penny (1998): “Cultural construction of the menopausal syndrome: the Japanese case.”, *Maturitas*, 10, pp. 317-332.

MARTIN, Emily (1987): *The woman in the body*. Boston, Beacon Press.

- (2008): “Experiencia interior y trabajo de campo etnográfico”. En BULLEN, Margaret y DIEZ MINTEGUI, Carmen (coords.): *Retos teóricos y nuevas prácticas*. Donosti, Ed. Ankulegi, pp.117-140.

MARTÍNEZ, Ángel (2008): *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona, Ed. Anthropos.

MASLOW, Abraham Harold (1982): *La amplitud potencial de la naturaleza humana*. México, Editorial Trillas.

MAUSS, Marcel (2012, 1924): *Ensayo sobre el don. Formas y funciones del intercambio en las sociedades arcaicas*. Buenos Aires, Ed. Katz.

MEDINA DOMÉNECH, Rosa María (2011): “Sentir la historia. Propuestas para una agenda de investigación feminista en la historia de las emociones”, *Arenal* (En prensa).

MENÉNDEZ, Eduardo L. (2003): “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, *Ciencia y Saude Colectiva*, 8.

- (2005): “Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos”, *Revista de Antropología Social*, 14, pp. 33-69.

MERLEAU-PONTY, Maurice (1945): *Fenomenología de la percepción*. Madrid, Ed. Planeta-Agostini.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2012): *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Centro de publicaciones, Madrid.

ORBACH, Susie (2010): *La tiranía del culto al cuerpo*. Madrid, Ed. Paidós.

ORTNER, Sherry (1979): “¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?”. En O. Harris y K. Young *Antropología y feminismo*, Barcelona, Anagrama, pp. 109-131.

– (2006): *Anthropology and social theory: culture, power and the acting subject*. Ed. Duke University Press.

PARSONS, Talcott (1958): “Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure”. En E. G. Jaco (ed.), *Patients, Physicians and Illness*. Glencoe, The Free Press.

PASTOR MARTÍN, Juan y OVEJERO BERNAL, Anastasio (2006): “Michel Foucault, un ejemplo de Pensamiento Postmoderno”, *A Parte Rei*, 46, pp. 1-8. [En línea] Ver: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/page56.html> [Consulta: 20 de julio de 2014].

PICHÓN RIVIÈRE, E. (1983): *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión.

PIZZA, Giovanni (2005): “Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, “capacidad de actuar” (agency) y transformaciones de la persona”, *Revista de Antropología Social*, 2005, 14, pp. 15-32.

ROGERS, Carl (1997): *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona, Ed. Paidós Ibérica.

ROMERO NOGUERA, Pablo (2013): “Tiqun en el sur de Italia: magia, “crisis de la presencia” y crítica del sujeto clásico.”, *Estudios*, n°3-3, pp.94-106.

RUSSEL HOCHSCHILD, Arlie (2008): *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Buenos Aires, Ed. Katz.

SÁEZ VUENAVENTURA, Carmen (Ed.) y coolabs. (1979): *Mujer, Locura y Feminismo*. Madrid, Ed. Dédalo.

SAHLINS, Marshall (1981): *Historical metaphors and mythical realities: Structure in the early*

history of the Sandwich Islands Kingdom. Ann Arbor, University of Michigan Press.

SCHEPER-HUGHES, Nancy (1997): *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona, Ed. Ariel.

SEWELL, William H. (1992): "A theory of structure: Duality, agency and transformatioos". *American Journal of Sociology* 98 (1), pp. 1-29.

SOLOMON, Robert. C. (1977): "Emotions and Anthropology: The Logic of Emotional World Views", *Inquiry*, 21, 181-199.

STANLEY W. JACKSON (1989): *Historia de la melancolía y la depresión. Desde los tiempos Hipocráticos a la Época Moderna*. Madrid, Ed. Turner.

TERRADAS SABORIT, Ignasi (2004): "La contradicción entre identidad vivida e identificación jurídico-política ", *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 20, pp. 63-79.

TURNER, Victor (1999, 1967): *La selva de los símbolos*. Madrid, Ed. Siglo XXI.

URBANO, Aurora; AROSTEGI, Elisabete y ABEIJÓN, Juan Antonio (2012): *Estudio longitudinal sobre el perfil de usuario-a del sistema de salud mental de la red pública vasca-osakidetza. Análisis de las diferencias por sexos y posibles desigualdades por razón de género*. Beca II Emakunde 2012.

VAN GENNEP, Arnold (1986): *Los ritos de paso*. Madrid, Ed. Taurus.

V.V.A.A. (2002, 2003): *DSM-IV-TR Breviario. Criterios Diangnósticos*. Barcelona, Ed. Masson.

FUENTES DE INFORMACIÓN EN WEB

ASOCIACIÓN ACTIVAMENT. [en línea] Ver: <http://www.activament.org> [Consulta: 1 de agosto de 2014].

CENTRE FOR EUROPEAN SOCIAL AND ECONOMIC POLICY: Terry Ward y Stefanos Grammenos (Coord.) (2007): *Men and women with disabilities in the EU: statistical analysis of the ifs ad hoc module and the eu-silc*. Ed. DG Employment, Social affairs and equal opportunities. [en línea] Ver: http://www.cesep.eu/Synergy%20final_report_en.pdf [Consulta: 10 de mayo de 2014].

DEPARTAMENT DE SALUT. GENERALITAT DE CATALUNYA (Eds.): *Encuesta de Salud de Catalunya 2006 y 2012*. [en línea] Ver:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/vgnextoid=f8ac47d484b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=f8ac47d484b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&newLang=es_ES> [Consulta: 15 de julio de 2014].

EUSTAT: *Encuesta de Salud del País Vasco 2007 y 2013*, [en línea]. Ver:

<http://www.eustat.es/estadisticas/tema_16/opt_0/ti_Estado_de_Salud/temas.html#axzz382FW33oZ> [Consulta: 15 de julio de 2014].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. [en línea] Ver:

http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ [Consulta: 15 de agosto de 2014].

RADIO NIKOSIA. [en línea] Ver: <http://www.radionikosia.org> [Consulta: 10 de agosto de 2014].

SI-SNS (Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud): *Indicadores claves del Sistema nacional de Salud. Versión 2010*. [en línea] Ver:

<http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/iclasns_docs/InformeC_INCLASNS.pdf> [Consulta: 15 de julio de 2014].

ANEXO I: Guión de las entrevistas

Fecha y Lugar:

Persona entrevistada:

Anotaciones: forma de vestir, actitud durante la entrevista, tono de voz, posturas corporales, emociones apreciadas, etc.

0. ACLARACIÓN SOBRE LA IDEA DE PROCESO

1. PRESENTACIÓN. Dejar a la persona que se presente como quiera, pero intentar anotar -al menos- la siguiente información: Nombre, edad, lugar de procedencia y residencia actual.

2. ENTRADA LIBRE

- ¿QUÉ ME DIRÍAS DEL PROCESO, CÓMO FUE PARA TI ESTE PROCESO cronológicamente? (Comienza por lo que quieras/de forma general, luego yo puedo hacer preguntas...)

3. CLÍNICA

- ¿Cómo comenzó todo? ¿qué notabas? ¿con quién lo comentaste? ¿qué hiciste?
- ¿Qué diagnóstico/s recibiste? ¿Quiénes te atendieron? ¿Cómo fue la atención? ¿Durante cuánto tiempo?
- ¿Durante cuánto tiempo estuviste de baja/estuviste más afectada/o?
- ¿Cómo fue para ti esta asignación/¿ cómo recibiste la noticia?
- ¿Qué tratamiento/s tuviste? ¿Te recetaron fármacos?¿Durante cuanto tiempo?¿Los tomabas? ¿Qué efectos producían?
- ¿Cómo era/es tu relación con el equipo de psicólogas/os y psiquiatras o con el resto de terapeutas?
- ¿Fuiste a terapia?¿De qué tipo/escuela?¿Durante cuanto tiempo?¿Te ayudó en el proceso de recuperación?
- ¿Fuiste ingresada/o?¿Cómo fue y durante cuánto tiempo?
- Describir anécdotas o escenas tanto relativas a la consulta o al ingreso

4. AMIGAS/O Y RED SOCIAL/FAMILIAR

- ¿Con qué personas te relacionas, familia, amigas/os, conocidas/os? ¿de qué maneras o en torno a qué actividades, en qué espacios?
- ¿Consideras suficiente tu red de apoyo/social? ¿Las/os consideras un apoyo importante en tu vida?
- ¿Esta red social o tus relaciones han ido cambiando?
- ¿Convives con alguna/o? ¿Cómo es esta convivencia? Cambios en la forma de convivencia
- ¿Cómo fue su reacción ante el proceso que tú viviste? ¿Quiénes estuvieron al tanto de lo que te pasaba?
- ¿Influyeron en el proceso? ¿Influyeron en la recuperación?¿De qué forma?

5. LABORAL/ECONÓMICO

- ¿Trabajas actualmente?¿De qué?
- ¿Cómo definirías tu situación económica actual?
- ¿Estás satisfecha/o con esta situación laboral y económica?
- ¿Qué es para ti el trabajo?¿Cambiarías algo de lo que tú estás viviendo?

- ¿Tuviste repercusiones laborales o económicas a causa del proceso vivido?
- ¿Cómo influyó tu situación laboral y económica en tu proceso de recuperación?

6. IDENTIDAD DE GÉNERO

- ¿Te consideras mujer/hombre/x?
- ¿Qué es para ti ser mujer/hombre/x? ¿Ha habido cambios en tu sentirse mujer, hombre...? ¿A qué nivel?
- ¿Cómo influyó este “ser mujer/hombre/x” en todo el proceso? ¿Encuentras relaciones?
- ¿Qué cambios significativos para ti destacarías a este respecto?

7. CUERPO

- Durante el proceso, ¿hubo algún momento en relación a tu cuerpo que creas importante/significativo para tu recuperación? ¿Alguna anécdota o situación en la que sintieras sensaciones corporales muy fuertes o muy débiles?
- ¿Hubo cambios físicos durante el proceso? ¿Cuáles? ¿Durante cuánto tiempo?
- ¿Cómo te sentiste a nivel emocional durante este proceso? ¿Fue variando?
- ¿Estás satisfecha/o con tu imagen? ¿Ha variado esta sensación durante el proceso?
- ¿Ha variado durante el proceso la forma de sentir/escuchar música u otras artes? ¿Cómo?
- ¿Ha variado durante el proceso tu relación con la comida? ¿Cómo?

8. SEXUALIDAD

- Durante el proceso que viviste, ¿hubo cambios en tu forma de entender la sexualidad? ¿y en la forma de practicarla? ¿crees que influyó para la recuperación?
- Y en la forma de sentir placer, ¿ha habido cambios?
- ¿Tienes o has tenido parejas/relaciones antes, durante o después del proceso?
- ¿Definirías tu sexualidad como hetero, homo o polisexual?

9. NUEVAS ACTIVIDADES/ESPACIOS

- Después de diagnóstico ¿comenzaste con nuevas actividades/tareas? ¿Cuáles? ¿Durante cuánto tiempo?
- ¿Te habían interesado antes?
- ¿Cómo influyeron en tu recuperación? ¿qué cambios propiciaron?
- Durante el proceso ¿tuviste alguna relación especial con algún espacio? ¿Comenzaste a transitar nuevos o evitar viejos?

10. TIEMPO:

- Durante el proceso ¿viviste el tiempo siempre de igual manera? ¿Hubo cambios? ¿Cuáles?